

El compromiso  
con los  
pacientes 6

Sistemas de  
información  
farmacéuticos 18

El mejor regalo  
que puede dejarle  
a su familia 52

RENTA 2008  
Base imponible  
y cuota íntegra 56

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

5 ANIVERSARIO

20 de junio de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Mesa Redonda

## El médico extranjero en España

Pág. 42



**ADEMÁS**

Chequeo autonómico



Castilla y León

(Ver páginas centrales)

SPA  
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES D.L.

Logros que llevan tu firma

(Ver ficha técnica en pág. 62)



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,<sup>1-4</sup> **Artilog®, porque apoyarte es nuestro mayor logro.**

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

42

Mesa Redonda

## El médico extranjero en España

España es quizá el único país de la Unión Europea importador y exportador de facultativos. Según los expertos reunidos por MEDICAL ECONOMICS, la contratación de estos médicos es valorada positivamente siempre que se realice de acuerdo con los requisitos legales.



### VIDA PERSONAL

#### 52 Instrucciones a los herederos

Para evitar problemas posteriores lo ideal es facilitar a su familia instrucciones específicas sobre asuntos financieros y personales cuando Vd. deje de estar con ellos.

### CHEQUEO AUTONÓMICO

#### 25 Castilla y León

Aspectos laborales y profesionales, infraestructuras y prestaciones sanitarias son los tres grandes contenidos de la iniciativa emprendida por la Consejería de Sanidad de Castilla y León, que dedica un tercio del presupuesto de la Junta a Sanidad.



52



25

# PROGRAMA AAP 2008

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



### BILBAO

3 de Julio de 2008

Bilbao Exhibition Center (BEC)

### BARCELONA

17 de Septiembre de 2008

H. Fira Palace

### VALENCIA

23 de Septiembre de 2008

Hotel Hilton

CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

## 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 La lanceta
- 6 Mi punto de vista
- 10 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 12 Gestión en Atención Primaria
- 14 Gestión Profesional
- 18 Tecnología
- 20 Normativa
- 22 Entorno laboral
- 56 Renta 2008 (y V)

## Y ADEMÁS...

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



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que España necesita médicos procedentes del extranjero?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://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](http://www.medecoes.com)



## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

[www.medecoes.com](http://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 Walther

Jefe de Servicio de Neumología  
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones  
United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección  
Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad  
de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente  
Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director  
Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal  
Hospital Clínico de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

### Manuel Díaz-Rubio García

Vicepresidente  
Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina  
y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico  
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva  
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

### José Angel García Rodríguez

Presidente  
Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico  
Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente  
The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología  
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

### Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital La Fe de Valencia

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico  
Dirección General de Farmacia

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Director de Marketing y Comunicación  
Webasistencial

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores  
y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de  
Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito  
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria  
UCM

### Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud  
y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General  
de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias  
CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios  
y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

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

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales  
Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. 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  
-MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al paciente

#### Gloria Herías Corral

Adjunta a Dirección  
Fundación Jiménez Díaz-Capio

# La lanceta

## Chiquilicuatres

La transparencia informativa, componente esencial de la responsabilidad social de la empresa (RSE), es una asignatura pendiente en muchos ámbitos de la sociedad española. Uno de ellos es el sector sanitario, que en ese aspecto presenta, en general, una opacidad decimonónica. Empresas, fundaciones, hospitales, aseguradoras, asociaciones empresariales, consejerías, Ministerio de Sanidad y otras instituciones públicas y privadas (las excepciones, que las hay, confirman la regla) adolecen de ese elemento tan primordial de la RSE. Más que informar, cuando lo hacen, dictan.

Y los dictadores (los que dictan y, además, lo hacen bajo la fórmula del ordeno y mando) aparecen como cómplices, cuando no inductores, de esa política de gafas gordas y oscuras. Son los chiquilicuatres, una especie postrada a la que Rodolfo ha elevado a los altares de la Eurocanción más sórdida y apañada.

El término chiquilicuatre viene a decir no ser nada, poca cosa, inapreciable, pero que arma mucho ruido, se hace notar, se cree importante y se constituye en jefe como si no tuviera a quién reportar. En realidad, los chiquilicuatres son jefecillos, personas acomplejadas o frustradas que se refugian en lo que quisieran ser y no pueden ser.

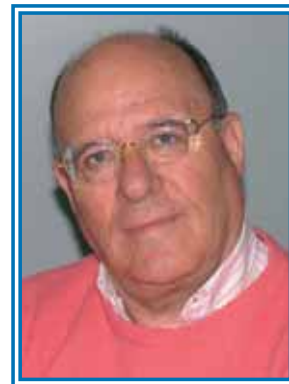
Mal llamados jefes de Prensa o directores de Comunicación, esta especie a la que me refiero se toman la información por su mano, se apoderan de ella y la sirven a su conveniencia, aderezada, eso sí, con argumentos cretinos

y falsos como: “Sometida tu consideración...”, “Elevada tu propuesta...”, “Consultada tu petición...”. Resultan recursos dialécticos bobos y pérfidos, pues, en verdad, a su superioridad no someten, ni elevan, ni consultan nada de lo que el periodista les propone o solicita. Ellos hacen y deshacen a su antojo.

Los chiquilicuatres son una enfermedad, de difícil cura y peor tratamiento, ya que, con frecuencia, los responsables de las empresas, organismos o instituciones en y para las que trabajan les amparan, protegen y, como en el caso del triste Rodolfo, a sus actuaciones les ponen música de concurso eurovisivo.

Armado de cetro y báculo de papel de librillo, el chiquilicuatre salta a la arena informativa y esparce sus milongas infumables. Pero en el mundo periodístico hay mucho fumador pasivo que, consciente o no, se entera del daño que produce esa música de cigarra constipada.

Muchos de los gestores sanitarios se topan, de una u otra forma, con los chiquilicuatres. Identificarles como tales no resulta sencillo, pues se supone que cuentan con el apoyo y beneplácito de la Dirección. Esto resulta preocupante. Pero lo que de verdad deriva en alarmante es la actitud negativa de esa Dirección a la que la transparencia informativa le importa un pimiento. Y hay muchos pimientos sembrados en el sector sanitario. ■



Gonzalo San Segundo\*

\*Director asociado de *Medical Economics*.

Para contactar: gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net

# Mi punto de vista

## El compromiso con los pacientes



Albert J. Jovell\*

» El nuevo paciente tiene un nivel superior de educación, mayor acceso a información de salud y mayor participación en las decisiones que le afectan.

» La evolución de sanidad hacia un escenario de exceso tecnológico, limitación presupuestaria y falta de profesionales requiere la participación de los pacientes.

Uno de los principales retos de los sistemas sanitarios consiste en responder al nuevo modelo de paciente: con un nivel superior de educación, un mayor acceso a información sobre salud y una mayor participación en las decisiones que le afectan. Este tipo de paciente más activo puede visualizarse ya entre los representantes de las asociaciones de pacientes y voluntarios. Estas organizaciones están orientadas a la promoción de los derechos de los pacientes y a la defensa de los intereses compartidos. El hecho de que las asociaciones se orienten hacia condiciones clínicas específicas, o a un conjunto de enfermedades relacionadas entre sí, generó la necesidad de constituir una organización transversal que asumiera la representación del hecho de ser paciente. En el año 2004 se produjo la constitución formal del Foro Español de Pacientes como asociación de federaciones y de asociaciones de pacientes y voluntarios. El Foro adoptó el lema de “*La voz del paciente en democracia*” como reflejo de su compromiso con la democratización del SNS. La misión del Foro es la promoción de los derechos de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en la Unión Europea (UE). En la actualidad el Foro está formado por 21 grandes organizaciones, 685 asociaciones y 287.828 miembros. El Foro está representado en más de 30 comisiones e instituciones relacionadas en los ámbitos autonómico, estatal y europeo. Destaca el apoyo recibido desde el departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y la presencia del Foro en la Junta Directiva del European Patient Forum.

El Foro tiene la “Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes y Usuarios” del año 2003 como carta de derechos de los pacientes. Asimismo, con el propósito de concretar el contenido de la Declaración en 20 propuestas específicas, el Foro hizo pública en el año 2006 la “Agenda Política y Social”. El contenido de la Agenda permite

evaluar el diferente nivel de implantación de los derechos de los pacientes en el SNS. En este sentido, la estrategia actual del Foro plantea la constitución de foros autonómicos que garanticen la representación de los derechos de los pacientes en cada comunidad. Destaca la constitución del Fòrum Català de Pacients, formado por 34.000 miembros y que representa la voz de los pacientes en diferentes instituciones. Además, asume la representación de los pacientes ante el Estado español, la UE, los medios de comunicación, las organizaciones de profesionales, y las empresas y organizaciones del sector. Por otra parte el Foro promueve cada 20 de octubre “El día del paciente en el SNS”, y cada 18 de abril “El día de los derechos de los pacientes en la UE”. Finalmente, organiza actividades de información, formación e investigación mediante el proyecto “Universidad de los Pacientes”, promovido por la Fundación Josep Laporte y la Universidad Autónoma de Barcelona.

La evolución del sector sanitario hacia un escenario de exceso de posibilidades tecnológicas, limitaciones presupuestarias y disminución de efectivos profesionales va a requerir la participación de las asociaciones de pacientes y voluntarios como agentes promotores de la transición del Estado a la sociedad del bienestar. En este sentido, las asociaciones deben asumir el reto de identificar aquellas necesidades que no están adecuadamente atendidas por los servicios de salud y crear estructuras de apoyo que proporcionen la atención adecuada a las mismas. Para asumir esos retos se precisa el apoyo de los políticos y profesionales, en un contexto en el que, además de hablar de los derechos, también se pueda hablar de las obligaciones de los pacientes hacia el SNS. Sólo desde la cohesión y el establecimiento de una relación simétrica entre los diferentes agentes sanitarios se podrá avanzar hacia una sanidad que responda a principios de equidad y calidad. ■

\*Presidente del Foro Español de Pacientes.

# Curso on-line

## Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras



Organizado por



Con el aval de



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

Patrocinado por



### Temario

#### Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado  
Úlceras por Presión (UPP)

#### Unidad 2

Úlceras Vasculares (UV)  
Pie Diabético

#### Unidad 3

Quemaduras

### Calendario

#### Periodo lectivo

1 de marzo-10 de octubre.

#### Periodo de examen

Unidad 1. 1 de marzo-30 de abril.

Unidad 2. 1 de mayo-30 de junio.

Unidad 3. 1 de julio-10 de octubre.

### Coordinadores científicos

#### Justo Rueda

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

#### Luis Arantón

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

#### Esther Armans

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

#### Josep M. Petit

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

#### Xavier Teixidó

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

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

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

**[www.medeco.es](http://www.medeco.es)**

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Confederación Española de Pacientes Reumáticos (Confepar)

## Más de ocho millones de españoles son reumáticos

*Se calcula que en España más de ocho millones de personas conviven con algún tipo de enfermedad reumática. La Confederación Española de Pacientes Reumáticos (Confepar) nació para reforzar la defensa de los derechos de los pacientes ante las dificultades y malas prácticas sanitarias.*

Por Cristina García Blanco

**M**ás de ocho millones de personas en España sufren algún tipo de dolencia relacionada con el reuma, como la artritis o la artrosis. Se trata de una dolencia que incapacita gravemente al paciente para realizar una vida normal (imposibilidad de movimiento y de realizar las tareas diarias) e incluso para desarrollar su trabajo diario. No obstante, se calcula que en nuestro país la mitad de las bajas laborales están motivadas por este tipo de dolencia, constituyen la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria.

### No sólo en los mayores

Las enfermedades reumáticas, en contra de la creencia popular, no solamente son enfermedades de las personas mayores. Algunas enfermedades reumáticas son muy severas, pueden afectar a articulaciones, piel, órganos vitales como el corazón, riñón, ojos, etcétera. Producen dolor, limitaciones, pérdida de movilidad, etcétera. Afectan a niños (osteogénesis incompleta o artritis idiopática juvenil), a jóvenes, adultos y mayores; son patologías crónicas, de una gran persistencia en el tiempo, lo cual causa gran sufrimiento, pérdida de la capacidad vital y falta de comprensión familiar, laboral, social e institucional.

El reumatólogo, por su formación y experiencia, es el médico más adecuado para enfrentarse con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor. Por decirlo de una forma sencilla, el reumatólogo es el médico del aparato locomotor y el traumatólogo es el cirujano del aparato locomotor.

El médico de familia, al igual que ocurre con procesos de otros aparatos y sistemas, puede diagnosticar y tratar con eficacia muchos de los problemas más comunes relacionados con el aparato locomotor. La mayoría de las veces será el mismo médico de cabecera quien nos recomiende acudir al reumatólogo cuando la situación así lo requiera.

Para afrontar todos los problemas que se encuentran los enfermos se ha creado la Confederación Española de Pacientes Reumáticos (Confepar), que une a 33 asociaciones de pacientes reumáticos y que trabaja para atender las demandas de este tipo de pacientes tales como la multiplicación de las unidades de fisioterapia, la atención domiciliaria o las escuelas de ejercicios para pacientes.

Desde la Confederación se quiere incorporar al paciente a la coordinación de la atención especializada y a la enfermería en la labor asistencial. Asimismo, piden que se realicen consultas conjuntas en Atención Primaria y especializada como solución al problema de las listas de espera del primer nivel asistencial y mejor asistencia para los mayores de 65 años con una atención accesible y directa.

Las actividades de Confepar se centran en todos aquellos aspectos y actuaciones que conllevan el intercambio de conocimientos y experiencias tanto personales como sociales, organizativas, etcétera.

A través de la *web* [www.confepar.com](http://www.confepar.com) y de las publicaciones como *Reumáticos. Salud Global*, Confepar ofrece toda la información sobre las enfermedades del aparato locomotor y las actividades que lleva a cabo. ■

» Confepar trabaja para atender las demandas de este tipo de pacientes como la multiplicación de las unidades de fisioterapia, la atención domiciliaria o las escuelas de ejercicios para pacientes.

» El médico de familia, al igual que ocurre con procesos de otros aparatos y sistemas, puede diagnosticar y tratar con eficacia muchos de los problemas más comunes del aparato locomotor.



## “El médico de familia debería tener mayor formación en enfermedades reumáticas”

Carmen Sánchez es vicepresidenta de Confepar.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:



### **MEDICAL ECONOMICS:** ¿Con qué problemas se enfrenta el paciente reumático en su día a día?

**CARMEN SÁNCHEZ:** Las enfermedades reumáticas no sólo afectan al paciente en el aspecto físico, sino también a otros muchos niveles. A nivel psicológico, se produce baja autoestima y depresión; a nivel familiar, existe una gran falta de comprensión ante la enfermedad; a nivel laboral se producen constantes bajas laborales, mientras que a nivel social se dificultan las relaciones.

### **M.E.:** ¿Qué papel tiene el médico de familia en estas patologías?

**C.S.:** Consideramos que los médicos de Atención Primaria deben contar con una mayor formación sobre las enfermedades reumáticas, los medios diagnósticos, los tratamientos y las distintas opciones terapéuticas, con lo que se conseguiría un tratamiento más efectivo desde el primer momento.

### **M.E.:** ¿Cómo valora la atención que se da al paciente reumático en AP?

**C.S.:** La valoración es bastante negativa, puesto que en la mayoría de los casos, el médico de AP, por su falta de formación, tarda en derivar al enfermo al especialista correspondiente, y en muchas ocasiones, prescribe una medicación inadecuada que conlleva habitualmente un empeoramiento de su salud. Otro grave problema es el diagnóstico tardío, con casos en los que pasan varios años hasta que el paciente es diagnosticado correctamente y recibe el tratamiento adecuado.

### **M.E.:** En su opinión, ¿está la sociedad española suficientemente informada sobre este tipo de patologías?

**C.S.:** Rotundamente, no. Existen diversas creencias erróneas respecto a estas enfermedades, como que el reuma es cosa de personas mayores, o que en los lugares lluviosos y fríos hay más enfermos reumáticos. Algunas de las patologías reumáticas no están consideradas como invalidantes, cuando las personas que las padecen sí se encuentran incapacitadas

para las labores diarias más sencillas, y no digamos ya para desarrollar un trabajo. La sociedad en general, considera las enfermedades reumáticas poco importantes, sin tener en cuenta, que somos ya más de 8 millones de españoles los afectados.

### **M.E.:** ¿Qué reivindicaciones hacen desde Confepar?

**C.S.:** El objetivo principal de la Confederación Española de Pacientes Reumáticos es mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas afectadas por estas enfermedades, y lograr una atención de calidad, para lo que se requiere: la creación de servicios de Reumatología en todos los hospitales; potenciar la coordinación entre AP y especializada; establecer protocolos de diagnóstico precoz; garantizar la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos; favorecer el acceso a los tratamientos adecuados; promover los servicios de rehabilitación y fisioterapia; creación de equipos multidisciplinares; acceso a pruebas diagnósticas; y reconocimiento de las enfermedades reumáticas como prioritarias con recursos suficientes. Todas estas necesidades podrían formar parte de un futuro Plan Estratégico de las Enfermedades Reumáticas, ya que son las enfermedades crónicas más frecuentes y las que mayor impacto producen sobre la calidad de vida.

### **M.E.:** ¿Cómo valora los casi dos años de vida de la Confederación?

**C.S.:** Por primera vez, los pacientes reumáticos se representan a sí mismos y Confepar actúa como una estructura capaz de representar a todos los afectados. En la primera entrevista con el Ministerio de Sanidad y Consumo, el pasado mes de enero, se encaminó la elaboración de un Plan Estratégico de las Enfermedades Reumáticas, y en los sucesivos encuentros contamos con que se consiga un acuerdo para hacer efectivo este plan. Esperamos que con el esfuerzo de todos los colectivos afectados, de la Administración y de la sociedad en general, llegemos a situar a las enfermedades reumáticas en el lugar que les corresponde. ■

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

# 203.305

médicos están colegiados en España.

# 187.414

son menores de 65 años, y por tanto están en edad de ejercer.

# 115.775

trabajan en el Sistema Nacional de Salud (57,6 por ciento del total de colegiados).

# 35,5

por ciento trabajan el sector privado o en el extranjero.

# 414

es la media de médicos activos por habitante en España.

# 300

es la media en Europa.

Fuente: Organización Médica Colegial de España.

## COLEGIOS DE MÉDICOS

### Validación deontológica de la objeción de conciencia

**E**n una jornada recientemente celebrada en la sede de la Organización Médica Colegial y moderada por su secretario general, Juan José Rodríguez Sendín, la Comisión Dental de Deontología ha propuesto crear un sistema confidencial de validación de objeción de conciencia que evite la discriminación de ningún profesional a causa de sus principios a la vez que se garanticen también los derechos, legalmente establecidos, del paciente.



Dr. Ricard Gutiérrez, vicepresidente de la OMC.

Por otro lado, la Asamblea General de la OMC dio un respaldo mayoritario (89 por ciento de participación) al candidato único a la vicepresidencia de la OMC, Ricard Gutiérrez, quien en su toma de posesión expresó, entre otras líneas de trabajo, su "interés en mejorar la calidad asistencial de los pacientes como resultado de obtener las mejores condiciones profesionales posibles para los médicos".

## UNIÓN EUROPEA

### Regulación de la jornada laboral en períodos de guardia

**E**l Grupo de Trabajo Permanente de Médicos Jóvenes Europeos (en inglés PWG) ha expresado su oposición a la propuesta, apoyada por Eslovenia, Reino Unido y Alemania, de que los períodos inactivos de guardia no se contabilicen como tiempo de trabajo. Según Manuel Carmona, representante española de la OMC en el grupo, en la reciente reunión de éste se puso de manifiesto el escaso nivel de homogeneización de los sistemas de formación postgrado en Europa, y el creciente interés que despierta en muchos países el sistema español, sobre todo en el aspecto de formación práctica.



## INVERSIONES BURSÁTILES

### El inversor por Internet es soltero y con una edad media de 45 años

**E**l perfil del inversor bursátil *on line* es un hombre, esencialmente madrileño o catalán, soltero, con una edad media de 45 años y con cierta aversión al riesgo a la hora de colocar sus ahorros, según un estudio de la firma de inversión Self Trade Bank, del grupo francés Boursorama. El estudio también desvela que el 84 por ciento de los españoles que invierten a través de Internet son hombres, mientras que el 16 por ciento restante son mujeres. Entre éstas las que más invierten son las murcianas. Los más activos en operaciones bursátiles *on line* son los madrileños, seguidos de los catalanes, valenciano y andaluces.



## BIOMEDICINA

## La investigación española en cáncer, Premio Severo Ochoa 2008

**E**n un acto académico, celebrado en Madrid bajo la presidencia del Secretario de Estado de Investigación, Carlos Martínez Alonso, tuvo lugar la entrega del Premio "Severo Ochoa" en Biomedicina de la Fundación Ferrer Investigación, que ha recaído en el Dr. Xosé R. Bustelo, profesor del Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca, por su trabajo en el campo de las oncoproteínas Vav, que son claves en la génesis y desarrollo del cáncer.

Sergi Ferrer-Salat, presidente del Patronato de la Fundación Ferrer Investigación, manifestó que la filosofía de la Fundación no es sólo reconocer y recompensar la investigación que impulsa el avance y la innovación en biomedicina, sino que también apuesta por aquel trabajo cuyo potencial es el de mejorar el bienestar de la sociedad.



El profesor Bustelo recibe su premio de manos de Sergi Ferrer-Salat.

## MEDICINA PRIVADA

## Las clínicas privadas facturaron 5.145 millones en 2007

**E**n 2007 se mantuvo el positivo comportamiento de la facturación de las clínicas privadas, en un contexto de aumento de los concertos con aseguradoras y de tendencia alcista de los precios, con un incremento del 8 por ciento del volumen de negocio respecto al año anterior.

Las previsiones de futuro apuntan a una prolongación de esta tendencia, si bien con una gradual ralentización en una coyuntura económica menos favorable; los proyectos de inauguración de nuevas clínicas y de ampliación de las existentes se traducirán en un impulso de la facturación, también favorecido por la absorción del aumento de necesidades asistenciales derivado del envejecimiento de la población.



## SINDICATOS

## La CESM estrena Junta Directiva

**A**ndrés Cánovas Martínez, neuropediatra y presidente del sindicato Médicos de la Comunidad Valenciana; y Patricio Martínez Jiménez, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de La Esperanza de Barcelona y hasta ahora secretario general de Metges de Catalunya, encabezan la nueva Junta Directiva de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), como presidente y secretario general, respectivamente. Sustituyen en sus cargos a Ángel Pizarro y Carlos Amaya. La nueva Junta Directiva de la CESM, elegida en el marco de su último congreso nacional celebrado recientemente en Toledo, se completa con los siguientes nombramientos: vicepresidenta, María Jesús Hidalgo, secretaria general de CESM Andalucía; vicesecretario general, Joaquín Pérez Argüelles, vicesecretario general de CESM Madrid, y secretario de Finanzas, Mariano Moragón, secretario general de CESM Castilla-La Mancha.

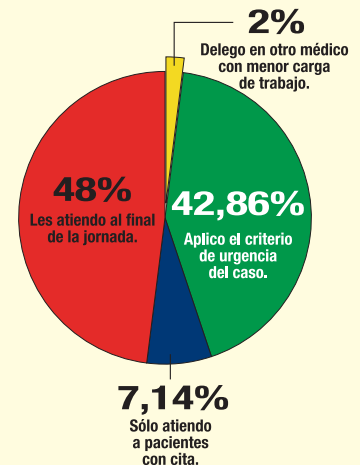


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

## ¿Qué hacer con los pacientes no citados?



La mayoría de los encuestados (48 por ciento), opta por recibir a estos pacientes al final de su jornada, a la vez que un importante porcentaje (42 por ciento), sí lo hace previa aplicación de un lógico criterio de urgencia. Del resultado de la encuesta se extrae la conclusión general de que la amplia mayoría de los médicos suelen prestar atención a los pacientes ya que sólo una mínima parte de respuestas (7,14 por ciento) rechaza esa atención, mientras que casi ninguno (2 por ciento) plantea la derivación del paciente a otro colega.

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

# Gestión en Atención Primaria

## Mirando al futuro



Luis Verde Remeseiro\*

La atención primaria es el pilar básico de nuestro Sistema Nacional de Salud y su evolución ha sido determinante en el desarrollo y el nivel de calidad de la atención sanitaria prestada a la población. Como primer nivel asistencial ha de proporcionar una asistencia profesionalizada, próxima, personal y continuada en el tiempo. Es muy probable que el médico de atención primaria sea el primer profesional que tenga conocimiento del próximo nacimiento de una persona, y también el responsable de proporcionarle asistencia al final de sus días.

Está generalmente aceptado que los sistemas sanitarios más efectivos y eficientes son los basados en una atención primaria de salud potente, universal y accesible. La práctica totalidad de los Gobiernos sitúan a la sanidad entre sus prioridades a la hora de elaborar sus discursos y muchos, atendiendo las recomendaciones de la OMS, manifiestan su intención de reforzar el papel de la atención primaria. La realidad es que en un escenario de recursos limitados y generalmente escasos, esto raramente se traduce en hechos, y los presupuestos siguen creciendo de forma mucho más significativa en el ámbito hospitalario, donde prácticamente hemos convergido con la media de los países europeos de la OCDE, mientras en atención primaria estamos todavía lejos de alcanzarlos.

La asistencia sanitaria ambulatoria (antiguo modelo de atención primaria), tuvo su origen en España a través de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. Fue concebida como una asistencia médica individual, curativa o reparadora y desarrollada ini-

cialmente en consultorios privados y posteriormente en los ambulatorios de especialidades y en los consultorios de medicina general y pediatría, que se construyeron a tal efecto. En el ámbito rural a los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), que hasta entonces tenían encomendada la sanidad local y la atención médica de beneficencia, se les adscribieron las cartillas de la Seguridad Social de su ámbito, y visitaban a los pacientes en consultorios municipales o en los de los propios facultativos.

Han transcurrido ya más de 22 años desde el inicio de la reforma de este modelo de atención primaria, si tomamos como referencia la Ley General de Sanidad, y casi 25 si nos remontamos al Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud. Eran años aquellos en los que las Facultades de Medicina producían licenciados por miles y buena parte de ellos salían de las aulas directamente a las colas del INEM. Pero a nadie se le escapa que se han producido a lo largo de este tiempo importantes cambios tanto epidemiológicos como demográficos; la demanda se ha ido incrementando y junto con ella, el desarrollo de nuevas infraestructuras, la creación de nuevas unidades de apoyo, el aumento de la oferta de servicios y el acercamiento de estos a los usuarios, con la consiguiente incorporación de nuevos profesionales al sistema.

No cabe duda de que el hecho de no tener a profesionales en los que se ha invertido mucho dinero y muchos años de formación, en situación de desempleo, es algo positivo; pero no es menos cierto que es necesario adoptar las medidas organizativas que proceda, para dar respuesta a la demanda asistencial y garantizar a los ciudadanos una atención de calidad,

» Está generalmente aceptado que los sistemas sanitarios más efectivos y eficientes son los basados en una atención primaria de salud potente, universal y accesible.

» La implicación del médico, en un nuevo modelo de gestión integral de la asistencia en atención primaria, nos conducirá hacia una atención primaria sostenible y acorde con los tiempos que están por venir.



cuando acuden a los centros de atención primaria. La colaboración y el entusiasmo de los profesionales, junto con importantes esfuerzos inversores por parte de las administraciones sanitarias, hicieron posible modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria de salud en España. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población, resultó especialmente dificultoso en nuestro país, ya que además de una importante carencia de recursos humanos y de infraestructuras, el envejecimiento de la población y la dispersión de la misma en algunas regiones, supusieron una dificultad añadida.

Se ha realizado una intervención integral que condujo a mejoras en la accesibilidad, capacidad de resolución de problemas, organización de los servicios y gestión de los recursos. Este trabajo ha redundado, con toda probabilidad, en mejores resultados en salud y en el grado de satisfacción de los ciudadanos con la atención primaria, que se evidencia en que la población valora muy positivamente los cambios introducidos en la asistencia. No obstante, sigue habiendo aspectos tales como la continuidad asistencial entre niveles y la capacidad de resolución de problemas de salud, que han tenido un grado de desarrollo muy por debajo del esperado. Mientras, los profesionales continúan quejándose, porque el aumento de la demanda y la presión asistencial que soportan son cada vez mayores y la burocracia se sigue incrementado en la consultas; y el tiempo que pueden reservar para aspectos docentes y de investigación es muy pequeño.

Junto con los cambios mencionados se observan hoy una serie de problemas, que hacen necesario adoptar medidas correctoras que nos encaminen hacia una mejor adaptación de nuestras organizaciones al escenario presente.

Son muchos los retos que ha de afrontar la atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: desde la escasez cada vez más dramática de determinados profesionales y el progresivo aumento de la conflictividad laboral, hasta el envejecimiento de la población, la difusión de nuevas tecnologías sanitarias, el incremento de enfermos crónicos, la

progresiva medicalización de nuestra sociedad, la aparición de nuevas necesidades asistenciales asociadas a la inmigración, así como aspectos estructurales relacionados con la descentralización de la gestión y con una mayor participación de los profesionales. En este contexto, las acciones han de orientarse tanto a los ciudadanos, que han de asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y en el uso de los recursos sanitarios, como a los profesionales de quienes hay que obtener la mayor implicación posible con el sistema, pero sin olvidar las actuaciones sobre la propia organización y gestión de los servicios. La introducción de la cultura de gestión en atención primaria, ha supuesto un revulsivo y avance para el primer nivel asistencial; pero ahora hemos de plantearnos avanzar en la descentralización de las decisiones, mirar hacia el futuro y tratar de ver más allá, permitiendo una mayor autonomía de gestión de los médicos, en un escenario de corresponsabilidad, en la gestión integral de su centro al igual que lo está en el proceso asistencial.

El éxito de nuestra empresa, va a depender de que proporcionemos a los profesionales las herramientas necesarias para asumir una mayor responsabilidad y un mayor peso en las decisiones.

Se hace por ello imprescindible abandonar la confrontación que parece haberse instalado en nuestro Sistema Nacional de Salud y que, de forma cíclica y rotatoria, va afectando a los diferentes Servicios que lo integran. Toca ahora realizar un importante esfuerzo tanto en la formación de los clínicos en aspectos de gestión, como en la motivación de estos. Las Universidades no deberían mantenerse ajenas a esta necesidad formativa de los futuros médicos.

Este nuevo ejercicio de generosidad por parte de todos, clínicos, gestores y representantes de los trabajadores, para conseguir la complicidad e implicación del médico, en un nuevo modelo de gestión integral de la asistencia en atención primaria, nos hará superar este momento de incertidumbre y nos conducirá hacia una atención primaria sostenible y acorde con los tiempos que están por venir. ■

*Sección patrocinada por:*



**Trabajando juntos  
por un mundo más sano™**

# Gestión Profesional

## Calidad: una declaración de principios



Jose María Martínez García\*

» En toda clínica, cuando uno entra, lo primero que debe ver es una declaración de intenciones. Y debe figurar bien visible, para que todos la vean y también se comprometan.

» Este concepto de calidad entra también en el apartado de "calidad percibida por los pacientes" y que no tiene que estar directamente relacionado con lo asistencial.

**A**l empezar a hablar de calidad, conviene decir que, en toda clínica, cuando uno entra, lo primero que debe ver es una declaración de intenciones. Existe en todas partes, en el Parlamento, en la Iglesia, en las instituciones... Y debe figurar bien visible, para que todos la vean y también se comprometan.

Por tanto, y aunque parezca algo banal, a modo de introducción de esta columna voy a indicar los textos que deben, con una redacción más o menos parecida, aparecer en la entrada, bien visibles, y en distintos lugares de la clínica. Son dos: declaración de principios de calidad y declaración de derechos del paciente.

Pondremos ahora un ejemplo de redacción del citado en primer lugar y dejaremos para el siguiente número de esta revista el segundo. La declaración de principios de calidad puede estar redactada como se reproduce a continuación.

"Nuestra clínica ofrece un servicio para el cuidado de sus ojos y su salud visual del máximo nivel asistencial médico. Esta declaración de principios de calidad es aplicable a todas nuestras actividades profesionales y afecta a todo el personal de esta institución.

Nos comprometemos con usted a desarrollar nuestra labor en el marco del debido respeto a los pacientes y de la mejora continua de todas nuestras actividades.

Son nuestros objetivos, en especial:

- Proporcionar a nuestros pacientes la máxima calidad y excelencia en los cuidados de los ojos y la salud visual.
- Informar, en la forma apropiada, de los métodos más idóneos para mejorar su salud desde la perspectiva de la medicina preventiva.

- Cumplir, incluso con mayor exigencia que la propia legislación existente, nuestro compromiso médico con los pacientes y establecer nuestras propias normas allí donde no exista ninguna, en materia de calidad, dentro de los servicios médicos.
- Dotar a nuestra actividad médica de los medios económicos y técnicos necesarios para conseguir nuestros objetivos de máxima calidad.
- Colaborar con otras instituciones, y con nuestros proveedores, para mejorar la calidad de sus productos y servicios.
- Proporcionar la mejor y más apropiada formación a nuestro personal, motivándoles para desarrollar buenas prácticas de calidad.

Se aplicarán principios de gestión de calidad para llevar a cabo estos compromisos que adquirimos con usted. Alcanzaremos nuestros objetivos con la máxima exigencia para proporcionar un mayor bienestar a nuestros pacientes y colaboradores.

Nuestras memorias anuales contendrán una revisión de las actuaciones realizadas, a fin de proporcionar una panorámica, sincera y exacta, de nuestra continua mejora, y agradeceremos sinceramente cualquier observación sobre aspectos de calidad que se nos proporcione".

Y todo ello se cerrará con la firma del director médico y del director gerente del centro del que se trate.

Este concepto de calidad entra también en el apartado de "calidad percibida por los pacientes" y que no tiene que estar directamente relacionado con lo asistencial, y proporciona justas contraprestaciones en cuanto al incremento en el número de visitas o la transmisión de dichas percepciones. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## Asisa lanza un nuevo servicio dental dirigido a las familias

La aseguradora Asisa ha presentado Asisa Dental Familiar, un nuevo servicio que garantiza cobertura dental a toda la familia y cuenta con la última tecnología del mercado con precios muy competitivos.

Asisa ha puesto en marcha Asisa Dental Familiar, un seguro pensado para dar servicio dental a las familias a un coste único muy ventajoso en relación a los productos actuales, ya que garantiza la atención dental de hasta 4 miembros de la familia a un coste de 10 euros al mes. Además, dará servicio a los menores de 8 años y adultos de 65 años o más sin gasto mensual adicional.



Francisco Ivorra, presidente de Asisa.

Este nuevo servicio ofrece importantes ventajas a precios muy competitivos, con las últimas tecnologías al servicio de la Medicina en odontología general, odontopediatría, cirugía oral, ortodoncia, endodoncia, radiodiagnóstico, implantología, estética, etcétera.

### Acto de presentación

El acto de inauguración de la nueva Clínica Asisa Dental tuvo lugar recientemente y al mismo acudieron el presidente de Asisa, el doctor Francisco Ivorra; el presidente de Asisa Dental, Manuel Soria Fernández de Córdoba, así como otros directivos de la compañía y numerosas personalidades.

Esta clínica cuenta con un servicio de urgencias 24 horas los 365 días del año y un amplio departamento de Parafarmacia creado, exclusivamente, para los asegurados de Asisa. Asimismo, el centro, cuenta con una nueva oficina de atención al asegurado con el objetivo de ampliar los servicios y facilitar las tareas administrativas.

Este nuevo centro se suma a la amplia infraestructura que posee Asisa en todo el territorio nacional, con cien oficinas de atención al asegurado, 15 clínicas propias y una participada y 600 clínicas y centros concertados donde se da cobertura a sus más de 1.700.000 asegurados. ■



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

# cristalmina

ANTISEPTICO 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 fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en lligas por decúbito; Desinfección de la piel en proceparatorios. Desinfección del embleje 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 usarse. **CONDICIONES DE CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACION 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. **POSOLOGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya gooteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:**  
Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml  
Cristalmina solución 1% monodosis

**OTRAS PRESENTACIONES:**  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
innovación y salud

## Nuevo rumbo en la Asociación Española de Bioempresas

### Zeltia, nuevo presidente de ASEBIO

La nueva presidencia de ASEBIO apuesta por grandes retos en mejora de la I+D+i, del acceso a financiación de empresas del sector biotecnológico y aumento de la comunicación sobre la industria biotecnológica.



José María Fernández-Sousa-Faro, presidente de Zeltia, sustituirá en la presidencia de la Asociación Española de Bioempresas a Regina Revilla, presidenta en funciones desde el nombramiento de Cristina Garmendia como Ministra de Ciencia e Innovación. ASEBIO agrupa a compañías, asociaciones, fundaciones, universidades, centros tecnológicos y de investigación que desarrollan sus actividades en relación con la biotecnología en España.

La nueva presidencia de ASEBIO apuesta por grandes retos que incluyen reforzar y optimizar los programas de ayudas públicas en investigación, desarrollo e innovación; facilitar el acceso a financiación de empresas del sector biotecnológico; aumentar la presencia en medios de comunicación e impulsar la interlocución con las administraciones públicas y sectores usuarios de la biotecnología. En definitiva "trabajar en aquellas actividades inherentes a los cuatro subsectores de la biotecnología que los socios consideren prioritarias, para lo cual me pongo a su entera disposición" afirma José María Fernández Sousa-Faro. ■

Es el primer no británico que accede a la directiva mundial

### Pablo Juantegui, nombrado managing director del Grupo Bupa



Pablo Juantegui, consejero delegado de Sanitas, ha sido nombrado *managing director* de Internacional Businesses (Negocios Internacionales) para Europa, Oriente Medio, África (EMEA) y América Latina, del Grupo Bupa. Juantegui pasa a ser, de esta forma, miembro del comité ejecutivo de Grupo Bupa

para todo el mundo, labor que compatibilizará con la de consejero delegado de la compañía española hasta que se designe a su sucesor.

Bupa es la compañía líder en sanidad privada en el Reino Unido, España, Australia, Tailandia y Arabia Saudí, además de contar con operaciones en Dinamarca y Estados Unidos y tener presencia en 190 países. Tiene más de 8 millones de clientes y emplea a alrededor de 46.000 personas. Sus actividades principales son los seguros sanitarios, servicios residenciales para personas mayores y personas con discapacidad, prevención de riesgos laborales y servicios de guarderías infantiles. ■

Foro Novartis de Excelencia

### Management en salud

El Foro Novartis de Excelencia reunió en Madrid el pasado 4 de junio a expertos en el campo del management: Michael Porter, autoridad en estrategia competitiva; Muhammad Yunus, Premio Nobel de la Paz 2006; Fernando Trias de Bes, experto en marketing; Eric Cornut, responsable de Novartis Pharma Region Europe. El encuentro aportó ideas en la definición del binomio management y healthcare, a la luz de los trabajos en el área de la competitividad empresarial, gestión de la salud, creación de iniciativas de desarrollo para países pobres, así como el análisis de la influencia del azar y la suerte en el devenir de las empresas.



Inversión farmacéutica en España

### Boehringer invierte 6,3 millones en Cataluña

Una compañía alemana Boehringer Ingelheim pondrá en marcha una nueva línea de producción de inyectables en su planta de Sant Cugat del Vallès, cuyo pleno funcionamiento se prevé para 2011. Gracias a esta inversión de 6,3 millones de euros, la capacidad de producción de la planta aumentará hasta los 254 millones de ampollas anuales. ■

Esteve y Pfizer colaboran con la formación continuada

## Se crean dos nuevas cátedras universitarias al servicio de la salud

Las empresas de la industria farmacéutica, en su compromiso de colaboración con la formación continuada patrocinan la creación de cátedras específicas en la universidades españolas.

### Cátedra Esteve de Oftalmología

El rector de la Universidad de Valladolid, Evaristo Abril, y el presidente de Esteve firmaron recientemente el acuerdo de creación de la Cátedra Esteve de Oftalmología, la cual será tutelada por el Instituto de Oftalmobiología de dicha universidad, dirigido por el doctor José Carlos Pastor.



Universidad de Valladolid.

La nueva cátedra centrará sus estudios en la formación científico-técnica dirigida a los oftalmólogos, participando en la evaluación de la viabilidad técnica y clínica de futuros productos oftálmicos destinados a la curación de enfermedades actualmente sin tratamiento eficaz; así mismo, servirá de plataforma para participar y coordinar estudios de investigación clínica a nivel europeo.

### SEMG-Pfizer-Universidad de Zaragoza

Por su parte, la compañía Pfizer ha establecido un acuerdo de colaboración con la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y la Universidad de Zaragoza para dotar a esta última de la Cátedra SEMG-Pfizer de Estilos de Vida y Comunicación en Salud. Este nuevo espacio de formación fue presentado por el rector de la Universidad de Zaragoza, Manuel J. López Pérez; el presidente de SEMG, Benjamín Abarca; y el director de Comunicación y Relaciones Profesionales de Pfizer, Francisco García Pascual.

Esta cátedra se centrará en el desarrollo de actividades de promoción, divulgación investigación y formación en técnicas y habilidades de comunicación en salud para profesionales sanitarios, con especial atención a la formación de los estudiantes de Medicina en estas áreas complementarias para el mejor ejercicio clínico; así mismo, promoverá la prevención y educar para la salud en la población general. ■



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

**dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

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



Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro

**DERTRASE<sup>®</sup> 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, Nitrofurural (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<sup>®</sup>, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurural, 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.

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

**SALVAT**  
innovación y calidad

# Tecnología

## Sistemas de información farmacéutica



Oscar Gil García\*

**P**ara hablar del desarrollo y evolución de los sistemas de información en el ámbito farmacéutico es necesario diferenciar, al menos, dos entornos distintos: la farmacia hospitalaria y las oficinas de farmacia.

**La farmacia hospitalaria.** Los departamentos de farmacia de los hospitales cuentan desde hace bastante tiempo con una serie de aplicaciones informáticas que les ayudan en su trabajo diario y en sus relaciones con el resto del hospital. Estas aplicaciones son las que tienen en su base de datos la guía de los medicamentos que el hospital utilizará en todos sus ámbitos (BOT o Nomenclator), salvo ensayos clínicos o prescripciones fuera de guía. Sus principales funcionalidades son: soporte a la prescripción, preparación de unidosis, control de *stock* de botiquines, peticiones de reposición de *stock*, etcétera.

El circuito al que da soporte la aplicación es por tanto el siguiente: prescripción con acceso a BOT o Nomenclator por parte del personal médico, soporte a la validación farmacéutica, preparación, dispensación, y administración por parte de enfermería, donde pueden registrar en la aplicación la administración del plan de tratamiento definido por el médico. Al tiempo, la aplicación realiza el control de inventario y almacén del servicio de farmacia.

Los principales productos que se encuentran instalados en nuestro país son los siguientes: Farmatools (de la empresa Dominion), Farmacia (de Savac Consultores).

**Armarios inteligentes.** En numerosos hospitales se están empezando a instalar armarios de dispensación automatizada de fabricantes como Omnicell o Pixis. En ellos, cuando enfermería va a realizar la administración, debe identificarse mediante un teclado que tiene el propio armario o mediante la identificación por huella dactilar. Una vez identificada, el armario tiene una pantalla donde selec-

ciona el paciente al que va a administrar la medicación y donde el propio sistema indica la medicación que tiene prescrita por el médico. Una vez seleccionado, el armario abre únicamente la sección donde se encuentra dicho medicamento. Es claro que estos sistemas necesitan del desarrollo de una integración con la aplicación de gestión de pacientes-estación clínica, así como con el sistema de gestión de farmacia hospitalaria.

Las ventajas son múltiples: añaden seguridad en la administración, disminuyendo el número de errores; proporcionan un lugar de almacenamiento debidamente acondicionado (por ejemplo por temperatura) y más higiénico que los botiquines convencionales; permiten un control *on line* de los *stocks*, lo que facilita la reposición; evitan que “se extravíen” medicamentos; queda perfectamente registrado todo el ciclo: el paciente, el médico que prescribe, el farmacéutico que valida, la enfermera que administra, el medicamento que retira y cuándo lo hace; y automatiza la gestión de caducidades.

**Oficinas de farmacia.** Como no podía ser de otra forma, y como ha ocurrido en general entre Atención Primaria y especializada (al menos en informática), la evolución de los sistemas de información ha seguido caminos diferentes. Una de las aplicaciones más importantes con las que cuentan las oficinas de farmacia es el BOT Plus, que es una base de datos que suministra y mantiene el Consejo General del Colegios de Farmacéuticos y que incorpora productos comercializados de más de 22 países. Es importante destacar los proyectos de receta electrónica cuyo desarrollo por las comunidades autónomas es muy desigual. Destacan Andalucía, donde ya se han prescrito más de 120 millones de recetas, con el 76 por ciento de los médicos cubiertos y el 87 por ciento de las oficinas de farmacia. También Baleares, o Cataluña que tiene en marcha un piloto con 39 oficinas de farmacia. ■

» El BOT Plus, que es una base de datos que suministra y mantiene el Consejo General del Colegios de Farmacéuticos, incorpora productos comercializados de más de 22 países.

» En numerosos hospitales se están empezando a instalar armarios de dispensación automatizada de fabricantes como Omnicell o Pixis.

\*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.

Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

Información al paciente

# El desconocimiento del glaucoma puede causar la ceguera a partir de los 40

La Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares (AGAF) y la compañía Pfizer, con el aval de la Sociedad Española del Glaucoma (SEG), han puesto en marcha la Campaña Nacional "Pon tus Ojos en el Glaucoma".

**E**l 50 por ciento de los afectados por glaucoma desconocen que lo padecen. Un millón de españoles podría tener glaucoma y 500.000 lo ignoran. A más del 65 por ciento de las personas con riesgo de desarrollar glaucoma su médico no le había hablado sobre la consulta al oftalmólogo. Con el objetivo de concienciar a la población sobre esta enfermedad y sobre la importancia de un diagnóstico precoz, la Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares (AGAF) y la compañía biomédica Pfizer, con el aval de la Sociedad Española del Glaucoma (SEG),



De izda. a dcha., Delfina Balonga, Francisco Honrubia; y Francisco García Pascual y Juan Álvarez, de Pfizer.

han puesto en marcha la Campaña Nacional "Pon tus Ojos en el Glaucoma". Según Francisco Honrubia, presidente de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Glaucoma, el mejor consejo es la medición periódica de la presión intraocular y la revisión del fondo de ojo a partir de los 40 años. "Con un diagnóstico precoz se puede detectar la enfermedad hasta 5 años antes de que aparezcan los primeros síntomas", asegura. "El glaucoma es una enfermedad muy traidora porque no notas los síntomas", revela Delfina Balonga, con glaucoma desde los 25 años. "Además, la gente es muy descuidada y no acude al oculista a hacerse simples revisiones de manera periódica". Con esta campaña se quiere informar y concienciar a la sociedad sobre la enfermedad a través de la distribución de un folleto informativo. ■

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

**SKIN FOAM**

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  
info@salvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y salud

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia De Lorenzo Aparici\*

» La teoría o responsabilidad por riesgo viene a suponer que quien crea un riesgo responderá con las consecuencias de los daños que de aquél se originen.

» Deberán conservarse las historias clínicas de los pacientes durante un plazo mínimo de cinco años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

### Teoría del riesgo en la responsabilidad médica

*¿Cuándo y cómo se aplica la teoría del riesgo en la responsabilidad médica?*

La aplicación de la teoría del riesgo en el campo de la responsabilidad médica suele realizarse en casos de responsabilidad de centros sanitarios, acaecimiento de daño desproporcionado, determinados supuestos de medicina satisfactiva y cuando resulte de aplicación el artículo 28.2 de la Ley 26/1984 General para la Defensa de Consumidores y Usuarios.

La teoría o responsabilidad por riesgo viene a suponer que quien crea un riesgo, aunque su actuar originario sea lícito, responderá con las consecuencias de los daños que de aquél se originen, salvo que se acredite que los daños se ocasionaron por culpa exclusiva del paciente o que tuvieron un origen meramente fortuito o se desarrolló fuera del ámbito de la actividad propia de la persona o entidad a quien se impute la responsabilidad. Por ello se atribuye al empresario la obligación de adoptar las máximas medidas de seguridad y protección que garanticen la exención de riesgo en todas aquellas facetas ligadas al ejercicio de la actividad que le es propia.

### Jubilación e historia clínica de los pacientes

*¿Qué ocurre con las historias clínicas de un médico jubilado?*

El artículo 17.1 de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que deberán conservarse las historias clínicas de sus pacientes durante un plazo mínimo de cinco años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

No obstante, se firmaron convenios de colaboración entre las autoridades sanitarias y los colegios oficiales de médicos para que el cada colegio oficial se haga cargo de los historiales clínicos confeccionados por los facultativos de ejercicio individual cuando éstos hayan fallecido o se hayan jubilado.

### Prescripción de faltas disciplinarias

*¿Cuándo prescriben las faltas disciplinarias del personal sanitario?*

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003), establece que las faltas muy graves prescribirán a los cuatro años, las graves a los dos años y las leves a los seis meses.

A efectos del cómputo del plazo de prescripción, éste comenzará a contarse desde que la falta se hubiera cometido y se interrumpirá desde la notificación de acuerdo de iniciación del procedimiento disciplinario, volviendo a correr de nuevo si éste estuviera paralizado más de tres meses por causa no atribuible al interesado.

### Datos de carácter personal sanitario

*¿Qué es un dato de carácter personal referido a la salud?*

El Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD, ha definido los datos de carácter personal referidos a la salud como cualquier información "concerniente a la salud pasada, presente o futura, física o mental, de un individuo", especificando que se consideran datos relacionados con la salud los referidos al porcentaje de discapacidad de una persona y la información genética. ■

\*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.

Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

# II Congreso

SOCIEDAD MADRILEÑA DE  
TRASPLANTES



Madrid 12 - 14 de noviembre de 2008



Secretaría Técnica

DRUG FARMA  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249 (1º) · 28041 Madrid  
Tel.: 91 792 13 65/20 32 · Fax: 91 500 20 75  
secretaria@smtrasplantes.org  
www.smtrasplantes.org



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

SureSkin<sup>®</sup> II   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE IIª 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

# Entorno laboral

## 'Mobbing' en el ámbito sanitario



Héctor Jausás\*

» No todo conflicto entre un trabajador y su superior jerárquico o entre trabajadores de igual categoría ha de calificarse como acoso moral.

» Este tipo de acoso constituye una forma especialmente grave de ataque a la integridad moral de una persona.

El *mobbing*, entendido como acoso moral, acoso psicológico o psicoterrorismo laboral, se ha convertido en una nueva forma de violencia contra las personas, psicológica y extrema, sistemática y recurrente, que sufren tanto los menores en las escuelas como los trabajadores en su entorno laboral y los médicos en su entorno profesional. Hay que tener en cuenta que este tipo de acoso constituye una forma especialmente grave de ataque a la integridad moral de una persona, protegida y garantizada por el artículo 15 de la Constitución, por lo que la persona que lo padezca podrá acudir a los tribunales para recabar protección judicial.

### Tipos de violencia: exógena o institucional

En el ámbito sanitario, especialmente sensible y proclive a la aparición de esta nueva "patología social", los profesionales pueden sufrir varios tipos de *mobbing* o de violencia en función de su procedencia: exógena o institucional; siendo la primera la proveniente de los enfermos o sus familiares y la segunda la ejercida por los compañeros y/o los propios superiores jerárquicos.

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en un caso sobre despido laboral de una profesional sanitaria, la cual alega haber sufrido acoso moral, define el *mobbing* como "una conducta abusiva o de violencia psicológica realizada de forma sistemática sobre una persona en el ámbito laboral, manifestada especialmente a través de reiterados comportamientos, palabras o actitudes que lesionen la dignidad o integridad psíquica del trabajador y que pongan en peligro o degraden sus condiciones de trabajo".

Ahora bien, el Tribunal, que desestima la pretensión de la médico, procede a di-

ferenciar entre lo que se considera acoso moral de lo que constituyen las meras "tensiones ordinarias que subyacen a toda comunidad de personas y de la que no puede excluirse el entorno laboral".

De esta forma, establece que no todo conflicto entre un trabajador y su superior jerárquico o entre trabajadores de igual categoría ha de calificarse, sin más, como acoso moral. Continúa el Tribunal esgrimiendo que para que exista acoso moral en el ámbito laboral, es necesaria una conducta maliciosa y con cierta continuidad en el tiempo, con un claro objetivo degradante para la personalidad del afectado.

También el Tribunal Superior de Justicia de Galicia se ha pronunciado al respecto en un caso en que un médico especialista en la Unidad de Inmunología del Hospital del Meixoeiro, reclama al mismo el pago de una indemnización por haber sufrido daños por la cantidad de 150.000 euros y en concepto de compensación por el acoso moral sufrido.

Pues bien, hay que tener en cuenta que el Tribunal desestima la pretensión y establece que es necesario que concurren una serie de elementos para afirmar que se ha producido *mobbing*.

Estos elementos son: la intención de dañar, la producción de un daño en la esfera de los derechos personales más esenciales y el carácter complejo, continuado, pre-determinado y sistemático, constituyendo ataques directos o indirectos bien a su personalidad o bien a su profesionalidad.

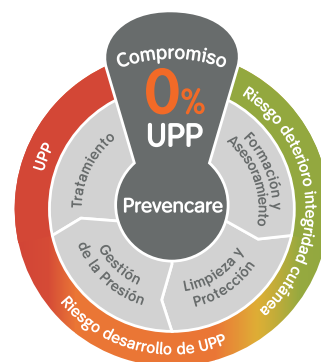
Por todo lo expuesto, podemos concluir que para apreciar la existencia de *mobbing* no sólo deberá producirse un conflicto, sino que será necesario que concurren otros elementos, como la intencionalidad, la permanencia en el tiempo y un daño efectivo en la personalidad de quien lo sufre. ■

\*Socio Director de Jausás Abogados. Artículo escrito con la colaboración de Melania Rosselló.

## Compartimos contigo la pasión por la prevención

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

[www.prevencare.org](http://www.prevencare.org)



### Un claro y decidido compromiso con la calidad de vida

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

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

#### Formación y asesoramiento

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

#### Gestión de la presión

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

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

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

#### Limpieza y protección

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

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

#### Tratamiento

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

# El concepto Prevencare

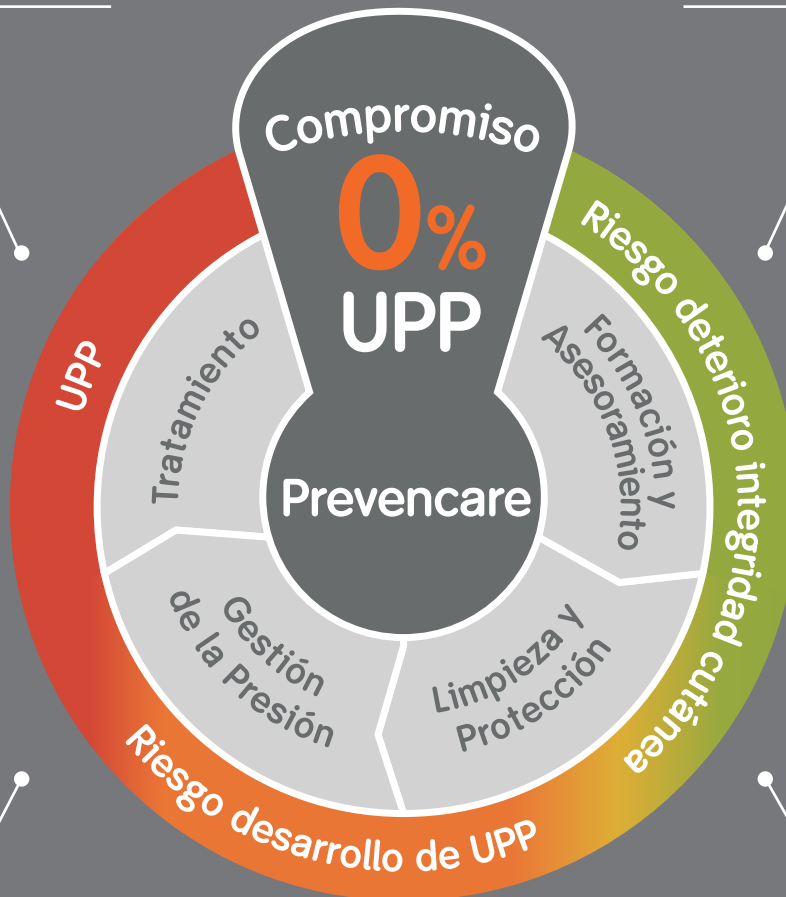
Soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención de las úlceras por presión (UPP) y de las lesiones por incontinencia

## Tratamiento

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

## Formación y Asesoramiento

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



## Gestión de la presión

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

## Limpieza y protección

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

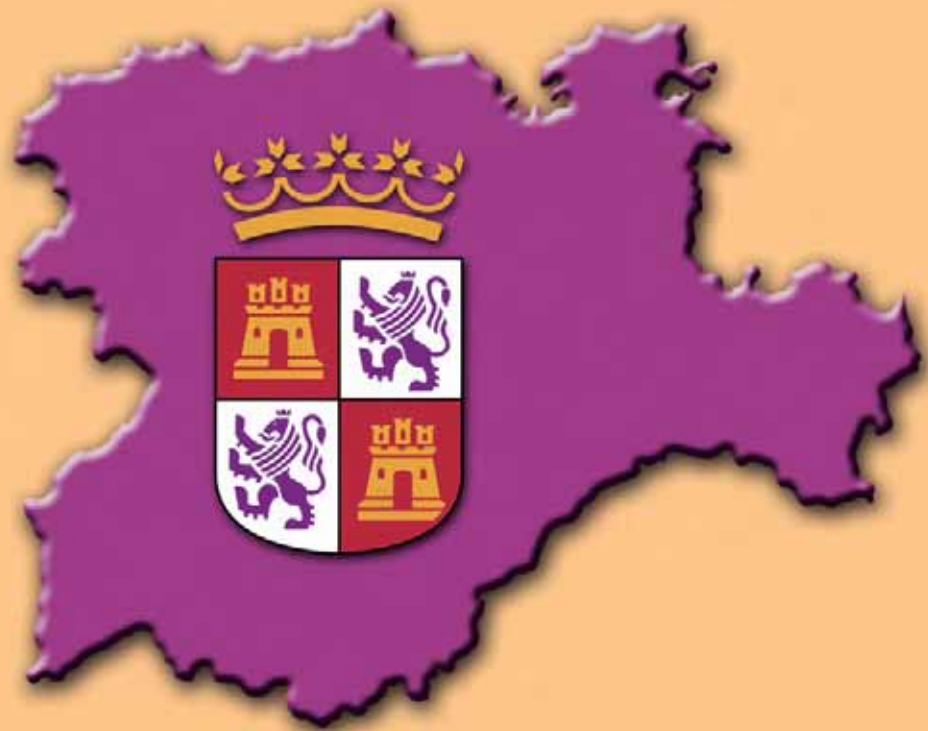
## Curación de Heridas

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

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

Medical Economics

# Chequeo autonómico



# Castilla y León

# La Atención Primaria, más cerca del ciudadano

*Uno de los principales objetivos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León es que la asistencia sanitaria llegue a la población con las mayores cotas de calidad.*

## 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



## 28 Entrevista a Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de Castilla y León

“Queremos culminar un pacto social y profesional por la Sanidad”.

## 30 Un pacto por la Sanidad

Se ha realizado un estudio para conocer las especialidades deficitarias y las zonas geográficas donde se precisan médicos.

## 32 Medicina Rural: Accesibilidad a los servicios sanitarios

La Junta realiza un importante esfuerzo inversor para que los ciudadanos del medio rural accedan a los servicios sanitarios.

## 34 La modernización de los centros sanitarios

El Plan de Infraestructuras Sanitarias 2002-2010 prevé inversiones de 1.316 millones de euros.

## 35 La Biomedicina, un plan estratégico

Apostar por la investigación pasa por un plan estratégico que dé impulso a la Biomedicina.

## 36 Nuevo Plan de Salud

Mejorar de forma permanente la calidad y progresar en la eficiencia del sistema, objetivos del III Plan de Salud.

## 38 La Sanidad en cifras

El presupuesto sanitario de Castilla y León para 2008 asciende a 3.323 millones de euros, un 9,5 por ciento más que el año anterior, los que supone casi un tercio del presupuesto total.

## 39 Entrevista a José Manuel Fontsaré Ojeado, responsable de la Gerencia Regional de Salud

“La telemedicina es uno de los proyectos esenciales y de mayor peso en nuestro Plan Tecnológico de Sistemas”.

# La Junta dedica un tercio de su presupuesto a Sanidad



Aspectos laborales y profesionales, infraestructuras y tecnología y prestaciones sanitarias constituyen los tres grandes contenidos de la iniciativa que ha emprendido la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Se trata de suscribir con todos los agentes sanitarios un pacto social y profesional por la Sanidad.

El primer paso ya se ha dado. Los sindicatos (excepto la CESM) han firmado un acuerdo en el que se fijan los asuntos de negociación hasta 2012, esencialmente de tipo laboral y profesional. Otro pacto, de carácter social, se halla en negociación con el PSOE y con el Ministerio de Sanidad en relación a la necesidad de nuevos profesionales médicos, prestaciones sanitarias y financiación del gasto farmacéutico.

Paralelamente otras iniciativas se ponen en marcha, como la garantía de la accesibilidad a los servicios sanitarios, especialmente en el ámbito rural, para prestar una asistencia de calidad. En este sentido, es esencial la implantación y extensión de la telemedicina, lo que se contempla en el Plan Tecnológico 2008-2011.

Asimismo, el Plan Estratégico de Investigación en Biomedicina y el III Plan de Salud, entre otras medidas, configuran el progreso en la eficiencia sanitaria, en una comunidad que, con una población superior a los 2,5 millones de habitantes y cerca de 7.700 médicos, dedicará la tercera parte de su presupuesto para este año a la Sanidad.



**Francisco Javier Álvarez Guisasaola**, consejero de Sanidad de Castilla y León

## ENTREVISTA

## “Queremos culminar un pacto social y profesional por la Sanidad”

*Fidelización del personal médico, estabilización del empleo e incentivos al puesto de trabajo: tres líneas de actuación para reordenar los recursos humanos existentes.*

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuáles son las principales novedades que presenta el presupuesto de Sanidad de Castilla y León para 2008?*

**FRANCISCO J. ÁLVAREZ GUIASOLA:** De todas las consejerías, es el que más ha crecido. En 2008 ha aumentado un 9 por ciento, hasta un total de 3.323 millones de euros, lo que representa el 32 por ciento del presupuesto total de la Junta. Es decir, el gasto sanitario por habitante ha pasado de los 858 euros en 2002, antes de las transferencias, hasta los 1.316 euros actuales. La partida más importante es la de personal, cercana a los 2.000 millones de euros, y la segunda es el gasto farmacéutico, próximo a los mil millones.

**M. E.:** *Culminar un pacto profesional y social por la Sanidad es, al parecer, el proyecto más importante que afronta su Consejería...*

**F. J. A. G.:** Sí. Recientemente hemos firmado un acuerdo con todos los sindicatos, excepto con la CESM, en el que se fijaron los temas que van a ser objeto de negociación en esta legislatura, fundamentalmente de tipo laboral y profesional. Y estamos iniciando un pacto social con el Partido Socialista para ponernos de acuerdo en algunas líneas básicas de trabajo y que dure, al menos, dos legislaturas. Este pacto abarcaría tres grandes aspectos: laboral y profesional (cuya base ya está firmada con los sindicatos), infraestructuras (centros y tecnología) y prestaciones sanitarias, asistenciales y preventivas.

**M. E.:** *En ese pacto social, ¿tiene algo que decir el Ministerio de Sanidad?*

**F. J. A. G.:** El papel del Ministerio tiene que ser el de coordinador del sistema sanitario. No tiene ningún sentido que un ministerio que cede el 90 y mucho por ciento de sus competencias y su gestión a las comunidades autónomas siga siendo un ministerio clásico. El Ministerio de Sanidad actual tiene que cambiar. Lo que ha ocurrido es que no ha asumido su papel, que es el de liderazgo y homogeneización del Sistema Nacional de Salud. Tiene que ser un elemento de cohesión, no de dispersión, y no escudarse en las competencias de las comunidades autónomas cuando surge un problema que nos afecta a todos. Porque si todo es competencia de las comunidades autónomas, el ministerio sobra.

Y, dentro de ese papel de coordinador, con el ministerio tenemos que tratar tres grandes cuestiones. Una son los recursos humanos, para poner fin a la carrera particular sin fin que cada comunidad autónoma ha emprendido en hacer concesiones de tipo laboral y profesional, lo que conduce a un rosario de reivindicaciones que traen serios problemas a los sistemas sanitarios. Otra cuestión son las prestaciones sanitarias. Por ejemplo, no tiene ningún sentido que cada comunidad autónoma tenga un calendario de vacunación diferente, con tiempos y apreciación de vacunas diferentes. Y el tercer aspecto es la financiación del gasto farmacéutico, según las variables de población, dispersión y envejecimiento.

» El presupuesto para Sanidad ha aumentado un 9 por ciento en 2008, hasta un total de 3.323 millones de euros, lo que representa el 32 por ciento del presupuesto total de la Junta de Castilla y León.

» El Ministerio de Sanidad actual tiene que cambiar. Lo que ha ocurrido es que no ha asumido su papel, que es el de liderazgo y homogeneización del Sistema Nacional de Salud.

**M. E.:** *Objetivo también de ese pacto es solucionar el déficit de profesionales...*

**F. J. A. G.:** Somos la primera comunidad que ha hecho un estudio sobre las necesidades de médicos. Y sabemos muy bien los que necesitamos hasta el año 2018. Hemos tenido en cuenta la situación de jubilación, de emigración y de cada especialidad. Y el estudio nos dice que en los próximos diez años vamos a necesitar 4.000 médicos. ¿Cuántos especialistas debemos de formar para cubrir ese déficit? Tras hacer un análisis de la situación actual y una proyección de futuro, hemos sacado tres conclusiones. La primera: que el número de plazas MIR que actualmente ofertamos en Castilla y León es suficiente. La segunda: que existe una mala distribución de estas plazas de residentes. Y es que hay una docena de especialidades, entre las que se encuentran Pediatría, Ginecología, Traumatología, Cirugía General y Anestesiología, que son deficitarias. Por lo tanto, nosotros tenemos que incrementar la formación en esas especialidades. Y la tercera: que las plazas MIR sólo se cubren en un 70 por ciento.

**M. E.:** *Eso lleva a un aumento de plazas en las facultades de Medicina...*

**F. J. A. G.:** Exacto. Necesitamos que las dos facultades de Medicina que tenemos, en Salamanca y en Valladolid, incrementen la oferta de plazas de ingreso en 200. Y esto se lo hemos transmitido al Ministerio de Educación y, junto con los rectores de ambas universidades, nos han dicho que en cinco años nuestras facultades de Medicina son capaces de absorber esas plazas.

**M. E.:** *¿Y ya hay soluciones en marcha para resolver ese problema?*

**F. J. A. G.:** Hecho el estudio, hemos pactado con los sindicatos y con todo el mundo un plan con tres líneas de actuación: incrementar la formación básica de médicos, reestructurar la formación de especialistas de tal forma que se incrementen en las especialidades que son deficitarias y reordenar y adecuar los recursos humanos existentes. Esto último exige otras tres líneas de trabajo: la fidelización del personal médico, la estabilización del empleo y los incentivos al puesto de trabajo.

**M. E.:** *¿Contratan a médicos extranjeros?*

**F. J. A. G.:** En este aspecto somos bastante restrictivos. Prueba de ello es que en nuestra comunidad actualmente sólo existen 48

médicos extranjeros, 22 en Atención Primaria y 26 en especializada. Esto supone menos del uno por ciento del total de nuestros médicos. Y están concentrados donde existe déficit de profesionales.

**M. E.:** *Otro de los objetivos del pacto profesional y social se refiere a la I+D+i en Ciencias de la Salud...*

**F. J. A. G.:** Potenciar la investigación biosanitaria es uno de nuestros objetivos para esta legislatura. Y la primera medida que hemos tomado ha sido la creación de una dirección general de Investigación, Desarrollo e Innovación. En ella hemos concentrado toda la investigación, que estaba dispersa. Este año hemos incrementado el presupuesto hasta los 18 millones de euros, lo que supone un incremento del 65 por ciento con respecto al presupuesto del año 2007. Pero aquí la novedad, que nos está dando grandes resultados, es que hemos sacado una línea de financiación para proyectos de investigación en Atención Primaria, que este primer año cuenta con un millón de euros y medio centenar de proyectos presentados.

**M. E.:** *Han regulado el derecho a la segunda opinión médica. ¿En qué se diferencia del aprobado en otras comunidades y qué otros derechos de los pacientes tiene en marcha o en proyecto la Consejería de Sanidad?*

**F. J. A. G.:** La diferencia fundamental con las otras ocho comunidades que tienen regulado el derecho a la segunda opinión médica es en el catálogo de enfermedades en el que se puede ejercer este derecho. Son tres tipos de enfermedades: degenerativas del sistema nervioso central, desmielinizantes del sistema nervioso periférico y en los procesos oncológicos. Y hemos creado el registro regional del testamento vital, conectado con el nacional. ■



"Necesitaremos 4.000 médicos en los próximos diez años".

## RECURSOS HUMANOS

# Un pacto por la Sanidad

*Culminar un pacto profesional y social por la Sanidad de Castilla y León constituye, por su envergadura y repercusión, el gran proyecto de esta comunidad autónoma.*

**E**l consejero de Sanidad de Castilla y León, Francisco Javier Álvarez Guisasaola, primer médico al frente de esta consejería, se ha puesto el listón muy alto. En septiembre pasado, al poco de tomar posesión de su cargo, aseguró que el gran proyecto de su mandato será culminar un pacto profesional y social por la Sanidad de esta comunidad autónoma. Y el primer paso dado ha sido la realización de un estudio serio y riguroso para conocer el número de especialidades que son deficitarias y las zonas geográficas donde se precisan médicos. Todo ello con el objetivo de hacer una proyección de futuro y analizar su impacto.

De esa forma se han conocido las necesidades reales de médicos especialistas en Castilla y León para el período 2008-2017. También se ha analizado la situación actual de la formación postgrado y pregrado y formulado una serie de propuestas de actuación, algunas de ellas tra-

ducidas ya en medidas concretas. La realidad es que el número total de facultativos al servicio de la sanidad pública castellano y leonesa



El número total de facultativos al servicio de la sanidad pública castellano-leonesa supera los 7.650.

## Plan Integral de Seguridad

**L**a mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios de Castilla y León pasa también por un Plan Integral de Seguridad, ya que las agresiones que sufren en el ejercicio de su profesión resultan un problema emergente. Este Plan está destinado a proporcionar las herramientas necesarias para prevenir y paliar las situaciones conflictivas que se originan entre médicos y enfermeras y pacientes y usuarios de la sanidad pública, tanto en los centros de trabajo como en el domicilio de los pacientes. Y también para proteger a los profesionales sanitarios y ciudadanos que hacen un uso adecuado de los servicios en el momento en que se produce el incidente violento.

Con el fin de lograr esos objetivos, la Consejería de Sanidad ha puesto en marcha una serie de actuaciones concretas, como la detección de puntos críticos en centros sanitarios e instituciones con mayor número de incidencias; implantación de medidas de seguridad pasivas, como alarmas y videocámaras; medidas de seguridad activas, como campañas de concienciación y acciones de formación para los facultativos; asistencia sanitaria preferente y apoyo psicológico inmediato a los profesionales agredidos; asistencia jurídica gratuita, y la creación de un observatorio y un registro informático de agresiones.



supera los 7.650, de los que más del 44 por ciento son de Atención Primaria. Una plantilla notablemente envejecida, ya que los que tienen edades superiores a los 50 años superan el 46 por ciento. Este problema se agravará en el plazo de cinco años, cuando el personal mayor de 55 años se situará en el 45 por ciento.

Entre las medidas concretas que se han tomado para “rejuvenecer” la plantilla se encuentran las formativas (pregrado y postgrado), que tendrán repercusiones en el sistema sanitario a medio y largo plazo, y actuaciones inmediatas orientadas a reordenar y adecuar los recursos humanos existentes. Por ejemplo, en pregrado, se equilibrará la oferta de plazas de nuevo ingreso con la oferta de plazas MIR del sistema autonómico. Y en postgrado, las entradas MIR en la próxima década deberán alcanzar la cifra de 3.915, número adecuado para cubrir la tasa de reposición por jubilaciones, el crecimiento previsible de plantillas y la pérdida de efectivos tras la formación postgraduada.

### Revisión del marco laboral

Además, la planificación de los efectivos actuales requiere estabilidad laboral, medidas de fidelización, captación de nuevos profesionales y reordenación de los recursos. Ya se han puesto en marcha medidas como destinar, a lo largo de este año, 137 millones de euros para mejorar las condiciones de los trabajadores.

Asimismo, se está reduciendo la alta tasa de interinidad, cifrada en el 16 por ciento. Hoy, los interinos y eventuales suman unos 1.500, según fuentes sindicales, y el objetivo para esta legislatura es reducir dicha tasa al 4 por ciento. De momento, la Consejería de Sanidad prevé hacer fijos en este año a más de 4.500 trabajadores, de los que 811 serán facultativos de atención especializada y 228 de Atención Primaria.

En la formación postgrado, las estrategias de fidelización pasan por aumentar el índice de satisfacción de los especialistas mediante un programa de excelencia de residentes (R4 y R5) con la realización de un contrato por dos años que permita compatibilizar la actividad asistencial con la docencia, formación e investigación.

Actualmente, las especialidades más deficitarias en profesionales en Castilla y León son: Anestesiología y Reanimación, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Reumatología y Urología. Dos de estas especialidades, Ginecología y Urología, se encuentran entre las que presentan una mayor previsión de jubilaciones en los próximos diez años. ■

## Líneas de actuación

El *Estudio sobre las necesidades de médicos especialistas en Castilla y León 2008-2017* marca con detalle las estrategias a implantar en tres líneas de actuación.

### Regulación de la oferta y demanda

- Reordenar la actual oferta de plazas MIR.
- Aumentar el número de plazas acreditadas en las especialidades deficitarias.
- Solicitar acreditación de unidades docentes en Cirugía Pediátrica, Reumatología y Medicina del Trabajo.
- Constitución de unidades docentes multiprofesionales que permitan el acceso de los MIR de distinta titulación.
- Creación de fichero autorizado con información básica para seguimiento de residentes.
- Constituir la Unidad de búsqueda, oferta y facilitación de empleo sanitario de Castilla y León.

### Fidelización de profesionales

Aumentar el índice de satisfacción de los especialistas mediante un Programa de Excelencia de Residentes (R4 y R5) con un contrato por dos años que permita compatibilizar la actividad asistencial con la docencia, formación e investigación, y que incluya: posibilidad de realizar cursos de doctorado, construcción de un currículo investigador, bolsas de ayuda para proyectos de investigación, posibilidad de realizar tesis doctoral y favorecer estancias formativas externas.

### Mejora de la calidad de la formación

- Creación de la red de unidades docentes y asesoras.
- Plan de acogida a residentes.
- Mejoras en la organización y gestión de la formación en los centros asistenciales.
- Aumentar la implicación y profesionalización del personal que participa en la docencia, así como el reconocimiento de la labor docente.
- Actualización de las funciones y procedimientos de actuación de las comisiones de docencia y de los jefes de estudios.

## Medicina Rural

# Accesibilidad a los servicios sanitarios

*La Junta de Castilla y León realiza un importante esfuerzo por garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios a todos los ciudadanos, así como ofrecer una asistencia sanitaria de calidad.*

La extensión geográfica y baja densidad demográfica que caracteriza a la comunidad autónoma de Castilla y León presentan una dificultad para acceder a los servicios sanitarios. La Junta y, en particular, la Consejería de Sanidad, realiza un importante esfuerzo por garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios, a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia.

Para ello, los centros de especialidades de Arenas de San Pedro en Ávila, Villablino en El Bierzo, Cervera de Pisuerga en Palencia, Ciudad Rodrigo en Salamanca y Benavente en Zamora, acercan la atención especializada a las zonas rurales. De este modo se facilita a los habitantes de estas zonas la accesibilidad al Sistema Sanitario.

Asimismo, desde la Junta de Castilla y León se está desarrollando e implantando un nuevo sistema de gestión del transporte, basado en una petición previa del ciudadano,

que se denomina “transporte a la Demanda” y que se dirige y organiza desde un Centro Virtual de Transporte. Este transporte comunica todas las entidades locales de una zona básica de salud con un centro de salud, y está a disposición de los ciudadanos durante los servicios de área prestados en el centro.



La Consejería de Sanidad ha puesto en marcha una amplia red de centros de salud en toda la comunidad (Centro de Salud La Milagrosa-Soria).

## Calidad y acreditación

La puesta en marcha del Centro Regional de Calidad y Acreditación de los Servicios Sanitarios contempla un ámbito de actuación en todo el sistema sanitario, tanto público como privado. Su objetivo final es la excelencia médica. De carácter independiente de cualquier organización gestora de centros sanitarios, y en línea con las recomendaciones del Consejo de Europa, reúne las siguientes funciones:

- Acreditar y evaluar externamente la calidad de la asistencia sanitaria.
- Proporcionar información y garantía a los ciudadanos, a los profesionales y a la propia Administración sanitaria de la calidad que se presta en los centros y servicios sanitarios.
- Promover la investigación, el desarrollo y la innovación dentro del ámbito de la calidad asistencial, la gestión clínica y la mejora continua.
- Favorecer la promoción y difusión de las mejores prácticas sanitarias y de las mejores iniciativas en el campo de la gestión de calidad y de la seguridad clínica.
- Proporcionar información y asesoramiento sobre metodologías de evaluación, certificación, acreditación y gestión de calidad en el sector sanitario.
- Promover cualquier otra actividad que contribuya a la mejora de la calidad asistencial.

En la actualidad, este sistema de transporte está implantado en 63 zonas básicas de salud rurales, beneficiando a 2.397 localidades en las que residen 387.070 ciudadanos. La implantación de este modelo se extiende de forma progresiva a la totalidad de las zonas básicas de salud rurales.

Paralelamente, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha puesto en marcha otras medidas que abordan el problema de la dispersión demográfica. Dichas medidas se concretan en un importante esfuerzo inversor, que ha puesto a disposición de los ciudadanos del ámbito rural un número muy significativo de recursos: 12 unidades móviles de emergencias, cuatro helicópteros sanitarios y 87 ambulancias de soporte vital básico, situadas en



Castilla y León dispone de cuatro helicópteros de emergencia.

Ávila (8), Burgos (12), León (18), Palencia (6), Salamanca (10), Segovia (8), Soria (7), Valladolid (9) y Zamora (9). Además, hay siete ambulancias convencionales de urgencias.

Ese esfuerzo por garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios se complementa con servicios de telemedicina, como la implantación de la teleelectrocardiografía en 174 centros de salud, teleoftalmología en nueve, tele dermatología en 30 y telerradiología en 12. La prestación de la telemedicina se extenderá a lo largo de esta legislatura, impulsando la generación de todo tipo de imagen diagnóstica en formato digital; y se completa con el programa TAC y RNM móviles. De esta forma, técnicas diagnósticas tradicionalmente ubicadas en el ámbito hospitalario pueden realizarse en distintas localidades en cercanía con el lugar de residencia de los pacientes. Este tipo de iniciativas, que suponen una apuesta por los centros de especialidades periféricos de ámbito rural, son adecuadas para poblaciones dispersas, con baja densidad demográfica y con complejidades orográficas y climáticas.

La Unidad de TAC y RNM móvil visita habitualmente cada mes 14 localidades y, en función de las necesidades, está previsto que pueda prestar apoyo a los respectivos hospitales de la Gerencia Regional de Salud en las localidades de Ponferrada, Medina del Campo, Aranda de Duero y Miranda de Ebro. En total, se benefician de este programa más de medio millón de castellanos y leoneses. ■

## Red de centros

**E**n una comunidad como Castilla y León, de población dispersa y envejecida, la accesibilidad a los servicios sanitarios es un aspecto especialmente importante. Con esas premisas, la Consejería de Sanidad ha desarrollado una amplia red de centros: 240 centros de salud y 3.600 consultorios locales, un tercio del total nacional. Las poblaciones de más de 50 habitantes tienen garantizada la consulta médica semanal, circunstancia no equiparable en ninguna otra comunidad autónoma. Además, existen más de 200 puntos de atención continuada con apertura las 24 horas del día todos los días del año.

## Emergencias

**P**ara dotar a la asistencia sanitaria urgente de los suficientes recursos, la Junta de Castilla y León realiza un importante esfuerzo. Si en 2002 se dedicaron más de diez millones de euros a emergencias sanitarias, en 2008 se destinarán 35,5 millones, un 224 por ciento más. La puesta en marcha del nuevo modelo de transporte sanitario integral permite disponer de recursos específicos, con vehículos especialmente acondicionados, para la actuación en situaciones de urgencia: cuatro helicópteros sanitarios, 22 unidades medicalizadas y 110 de soporte vital básico, lo que contribuye a aumentar la calidad de la prestación.

## INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO

# La modernización de los centros sanitarios

*El Plan de Infraestructuras Sanitarias 2002-2010 prevé inversiones de 1.316 millones de euros.*

Cuando Castilla y León asumió en 2002 las transferencias en materia de Sanidad, emprendió un ambicioso Plan de Infraestructuras Sanitarias 2002-2010. Su objetivo es modernizar las instalaciones sanitarias, frente a la situación heredada. El plan contempla una inversión global de 1.316 millones de euros, de los que 908 estarán destinados a obras y 408 millones a equipamiento. Estas inversiones se distribuyen entre los 1.090 millones destinados a atención especializada y los 226 a Atención Primaria (AP). Se trata del mayor esfuerzo inversor que jamás se haya realizado en infraestructuras sanitarias en esta comunidad. Así, en atención especializada se realizan actuaciones en 22 hospitales y en la construcción de tres nuevos centros de especialidades. En AP se van a reformar o ampliar 122 centros de salud, algo más de la mitad de los existentes. El plan también prevé ayudas para la construcción o reforma de

los consultorios locales (unos 3.600), dependientes de los ayuntamientos.

Por otro lado, el esfuerzo inversor para adquisición de equipos de alta tecnología ha sido una constante desde el 2002. En cuanto a las inversiones en equipos terapéuticos cabe destacar la preocupación por la mejora del tratamiento integral del cáncer: unidades de radioterapia y nuevos aceleradores lineales. Otras adquisiciones son angiógrafos digitales y neuronavegadores.

Respecto a los equipos de diagnóstico, cabe destacar la incorporación de la nueva tecnología digital en la radiología. En 2009 se habrá dotado a todas las provincias de, al menos, una resonancia magnética nuclear (RMN), lo que habrá requerido de una inversión aproximada de seis millones de euros. Además, se han instalado tres unidades de cirugía cardíaca, lo que ha colocado a Castilla y León como la tercera comunidad autónoma en *ratio* de este tipo de unidades por habitante. ■

## Plan Tecnológico 2008-2011

La Consejería de Sanidad de Castilla y León se ha propuesto potenciar las tecnologías de la información y comunicación en distintos ámbitos. Para ello se está elaborando el Plan Tecnológico de Sistemas de la Gerencia Regional de Salud 2008-2011, que agrupa las actuaciones a desarrollar en tres apartados:

1. Actuaciones telemáticas: red de comunicaciones entre centros (WAN), redes de área local (LAN) y WIFI, servicios de videoconferencia y servicios avanzados de telefonía.
2. Infraestructuras de los centros de proceso de datos.

3. Infraestructuras de los puestos de trabajo, que supone la renovación tecnológica de microinformática, *software* base y accesibilidad remota a los sistemas.

Sobre esa base se ha comenzado la informatización de los consultorios locales, se está extendiendo la telemedicina a los centros de salud rurales con aplicaciones como teleoftalmología, teledermatología y telerradiología, y se ha puesto en marcha la implantación de la historia clínica electrónica. En estas iniciativas se invertirán este año 27 millones de euros.



## I+D+i EN CIENCIAS DE LA SALUD

# La Biomedicina, un plan estratégico

*Apostar por la investigación pasa por un plan estratégico que dé impulso a la Biomedicina.*

**E**n la investigación sanitaria, el proceso de generación, gestión e intercambio del conocimiento constituye una herramienta imprescindible para la consolidación de un sistema de salud moderno. Así lo entienden la Consejería de Sanidad de Castilla y León, con la puesta en marcha de medidas como la creación de una dirección general para esta área, una dotación presupuestaria para este año de 18 millones de euros (un 65 por ciento más que en 2007) y la elaboración de un Plan Estratégico e Investigación en Biomedicina con los siguientes objetivos:

- Fomentar la investigación sanitaria y biomédica, especialmente en el ámbito de la terapia celular y medicina regenerativa.
- Facilitar la incorporación de investigadores de prestigio al Sistema de Salud de Castilla y León.
- Incrementar la capacidad y velocidad de transferencia de los resultados de I+D+i al ámbito clínico.
- Reforzar el modelo de los institutos de investigación sanitaria, como figuras organizativas que permiten integrar la investigación básica, aplicada y clínica. De esta manera se favorece la traslación de resultados desde los centros de investigación a los centros sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma.

El Plan Estratégico de Investigación en Biomedicina se enmarca dentro de la estrategia de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación de Castilla y León, en el que se hallan directamente implicadas las cuatro universidades de la región (Burgos, León, Salamanca y Valladolid), los hospitales clínicos y los institutos y centros de investigación, como el Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM), un centro mixto de la Universidad de Valladolid y el

Consejo Superior de Investigaciones Científicas, constituido en 1998; el Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA), líder en España en investigación básica y clínica en patologías oculares; el Instituto de Neurociencias, y el Centro de Investigación del Cáncer (CIC), que goza de prestigio internacional. Los dos últimos están adscritos a la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. ■

### Centro en Red

**U**na de las novedades de esta Legislatura es la creación de una Dirección de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación para unificar la política de investigación biosanitaria en un único Centro Directivo. Castilla y León es una Comunidad Autónoma con un alto nivel de investigación sanitaria, destacando el Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular. Este centro recibirá 3,1 millones de euros de la Junta de Castilla y León y del Instituto de Salud Carlos III.

El Centro en Red está formado por la red de laboratorios de investigación básica, con utilización de biomateriales y el centro de producción celular de Salamanca y Valladolid; y la red asistencial para ensayos clínicos, con dedicación a la terapia celular en el infarto de miocardio y reconstrucción de la superficie ocular. Los temas de investigación prioritaria del Centro en Red son: regeneración cardiovascular, patología oftalmológica, sistema nervioso y terapia celular en hemopatías.

## EL SISTEMA Y LOS CIUDADANOS

# Nuevo Plan de Salud

*Mejorar de forma permanente la calidad y progresar en la eficiencia del sistema es la finalidad del III Plan de Salud de Castilla y León. Asimismo, los pacientes cuentan con una nueva regulación de sus derechos.*

**E**l III Plan de Salud de Castilla y León es el instrumento de política sanitaria que orientará las intervenciones en materia de mejora de la salud en la comunidad entre 2008 y 2012. El plan se ha marcado los siguientes objetivos: avanzar en la accesibilidad, mejorar de forma permanente la calidad y progresar en la eficiencia del sistema.

La población castellanoleonesa disfruta, en términos generales, de buenos niveles de salud. Pero existen algunos problemas concretos a los que hay que dar respuesta con el fin de seguir mejorando la salud de la comunidad. Entre es-

tos problemas, que cada vez afectan a más ciudadanos, se encuentran la patología cardiovascular, los tipos más frecuentes de cáncer, la diabetes, la enfermedad respiratoria crónica, la depresión, las infecciones graves e infecciones nosocomiales, la patología osteoarticular, los accidentes de tráfico y el entorno laboral.

Además de esos problemas, en el III Plan de Salud se han incluido otras áreas concretas relacionadas con ciertos riesgos, como la seguridad alimentaria, la sanidad ambiental y el área de confluencia entre salud y dependencia. La inclusión de esta última está motivada por las peculiares características que presenta la población

## Satisfacción de notable

**E**l grado de satisfacción que expresan los castellano leoneses con la asistencia sanitaria pública es de notable, según el último Barómetro Sanitario correspondiente a diciembre de 2007, elaborado por la Consejería de Sanidad de la Junta. En

concreto, la puntuación media otorgada es de 6,81, seis centésimas más que el año anterior. La máxima nota (7,04) la dan los ciudadanos que habitan en localidades de hasta mil habitantes, y la inferior (6,74) los habitantes de las grandes ciudades.

## Resultados generales de 2007\*

Concepto o servicio	%
Emergencias 112	95,3
Personal médico de hospitalización	94,4
Estancia en el hospital	93,7
Enfermería de hospitalización	93,6
Enfermería de Atención Primaria	92,2
Personal médico de Atención Primaria	89,4
Satisfacción global en Atención Primaria	82,1
Atención en el centro de salud	81,0

\* Índice de satisfacción o valoración positiva.



de Castilla y León. El plan, que hace una decidida apuesta por la investigación y la modernización continua de la Sanidad, se someterá a consulta por parte de los diferentes órganos de participación y asesores. Pretende constituirse en el elemento catalizador de alianzas que aseguren el impulso y compromiso de todos los agentes que integran la comunidad sanitaria. Asimismo, quiere ser una herramienta "a la medida" basada en el debate y el acuerdo técnico, científico y social.

**Derechos de los pacientes.** La Consejería de Sanidad de Castilla y León ha realizado una nueva regulación de los derechos de los pacientes con la Ley 8/2003 de Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud. Se trata de una ley pionera que incorpora aspectos de reciente aparición en el ámbito sanitario. Entre otros, cabe citar los relativos al establecimiento de tiempos máximos de espera para determinadas prestaciones, a una segunda opinión médica o al respeto a las decisiones sobre la salud adoptadas de forma anticipada. Asimismo, la ley establece unos supuestos en los que el paciente tiene derecho a disponer de habitación individual en los centros del Sistema de Salud

de Castilla y León y concertados con éste; en todas las áreas de salud se han constituido comités de ética, y se han elaborado documentos que permiten al ciudadano ejercer el derecho a estar informados y a decidir sobre su salud. En el desarrollo de esta ley, recientemente, se ha confeccionado la *Guía de Consentimiento Informado* o el documento sobre la confidencialidad de la información sanitaria. También se ha creado el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

Con el *Plan de Garantía de los Derechos de las personas en relación con la salud*, en proceso de implantación, se quiere armonizar el ejercicio de los derechos de los pacientes con la asistencia sanitaria. Contempla medidas de tipo organizativo que mejoren la actividad asistencial y otras orientadas a mejorar las infraestructuras para que la asistencia se preste en un entorno agradable. ■



Como en otras comunidades, en Castilla y León ya se puede solicitar la segunda opinión médica para determinadas enfermedades.

## Seguridad de los pacientes

Es objetivo prioritario de la Consejería de Sanidad y de los profesionales sanitarios velar por la seguridad de los pacientes. Para ello, en los últimos años se han puesto en marcha diversos programas, especialmente orientados a la minimización de riesgos en el ámbito hospitalario, entre los que cabe destacar:

- Identificación inequívoca de pacientes.
- Identificación biométrica de recién nacidos.
- Promoción de higiene de manos en centros de atención especializada para la prevención de transmisión de infecciones nosocomiales.
- Prevención de fracturas de cadera en pacientes sometidos a cirugía.
- Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Creación de unidades de gestión de riesgo de pacientes en centros de atención especializada.

## Segunda opinión médica

Como en otras comunidades autónomas, en Castilla y León ya se puede solicitar una segunda opinión médica dentro del sistema sanitario público para los siguientes tipos de enfermedades:

- Degenerativas del sistema nervioso central.
- Degenerativas del sistema nervioso periférico.
- Desmielinizantes.
- Neoplasias malignas, con excepción de las de piel que no sean melanomas.

La normativa reguladora de la segunda opinión contempla, además, la posibilidad de que la Consejería de Sanidad amplie este catálogo de enfermedades, por lo que en un futuro se incorporarán más supuestos, en función del impacto de esta prestación, del avance de la técnica y de las disponibilidades del Sistema de Salud de Castilla y León.

## ESTADÍSTICAS 2007

# La Sanidad, en cifras

*Un médico por cada 1.081 habitantes,  
cifra inferior a la media de España.*

**E**l presupuesto sanitario de Castilla y León para 2008 asciende a 3.323 millones de euros, un 9,5 por ciento más que el año anterior y casi un tercio del presupuesto total de la Junta. Es decir, 1.316 euros por habitante, frente a los 858 euros del año 2002, previo a ser transferidas las competencias sanitarias. Dicho presupuesto se destina, entre otros conceptos, a prestar servicios sanitarios y de salud pública a una población superior a 2,5 millones de

habitantes, de los que el 22 por ciento son mayores de 64 años y el 12,6 por ciento menores de 16 años. Y también, cómo no, a remunerar a más de 35.000 empleados, entre los que se encuentran cerca de 7.700 médicos, de los que un 46 por ciento son de Atención Primaria. A cada uno de los facultativos le corresponde una media de 1.081 ciudadanos, y 1.324 a cada enfermero, lo que supone un 37 y un 22 por ciento, respectivamente, menos que la media española. ■

## Presupuestos 2008

Concepto	Mill. de euros
Atención especializada	1.755
Atención Primaria	1.262
Prestación farmacéutica	736
Salud pública	38
Emergencias sanitarias	33
<b>Total</b>	<b>3.323</b>

## Personal

Áreas	Número
Atención especializada	24.202
Atención Primaria	8.295
MIR	1.199
Gerencias de Salud	617
Servicios centrales	472
Emergencias	295
<b>Total</b>	<b>35.080</b>

## Evolución del gasto

Año	Mill. de euros	euros/habit.
2004	2.422	971
2005	2.610	1.039
2006	2.845	1.128
2007	3.038	1.203
2008	3.323	1.316

## Infraestructuras

### Centros (números)

Consultorios	3.647
Centros de salud	240
Centros de especialidades	14
Complejos asistenciales	14
Puntos atención continuada	200

## Lista de espera\*

Ámbito	Día
Lista quirúrgica	57
Primera consulta	24
Pruebas diagnósticas	12

\* Demora media en mayo de 2008.

### Inversiones (mill. de euros)

Atención Primaria	40
Atención especializada	101
<b>Total</b>	<b>141</b>
<i>Media al año</i>	<i>146</i>



## ENTREVISTA

## “La telemedicina es uno de nuestros proyectos esenciales”



**José Manuel Fontsaré Ojeado**, gerente regional de Salud

*El Estatuto Jurídico del Personal Estatutario Sacyl afecta a más de 35.000 profesionales.*

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué prestaciones sanitarias ofrece la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, que superen las contempladas en la cartena básica nacional?*

**JOSÉ MANUEL FONTSARÉ:** En la pasada legislatura fueron 16 las nuevas prestaciones que se pusieron en marcha y, en la actual, está previsto incorporar 21. En AP cabe destacar la atención bucodental, que se ampliará a todos los menores de 18 años. Además, se han incluido los nuevos servicios de deshabituación tabáquica, cuidador familiar, asma infantil, actividades preventivas en el adulto, violencia de género y atención a la demencia. Respecto a la especializada, el aumento de los dispositivos de atención a los trastornos de la conducta alimentaria y a los de déficit de atención e hiperactividad, o la ampliación de los dispositivos para mejorar la asistencia al paciente oncológico.

**M. E.:** *Los castellanos y leoneses valoran con un 6,81 la calidad asistencial de la región, por encima de la media nacional. ¿A qué factores se debe?*

**J. M. F.:** Al buen hacer de los profesionales del Sacyl, que contribuyen decisivamente al cumplimiento de cinco principios básicos: autosuficiencia, mediante la modernización de centros y equipamientos; accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario, mediante planes para reducir la lista de espera, el desplazamiento de especialistas, creación de unidades asistenciales, implantación de la telemedicina, la mejora de los sistemas de cita previa; calidad, a través de planes de mejora, modelo europeo de excelencia, desarrollo profesional, incremento de recursos, formación; participación, mediante fórmulas

que permitan la toma de decisiones y la innovación, a través de la informatización de centros y la implantación de la telemedicina.

**M. E.:** *¿Qué actuaciones tienen en marcha y en proyecto en el aspecto de las nuevas tecnologías?*

**J. M. F.:** Hemos apostado firmemente por la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La telemedicina es uno de los proyectos esenciales y de mayor peso en nuestro Plan Tecnológico de Sistemas. La tele-electrocardiología se halla operativa en todos los centros de salud rurales (171) y, tras la evaluación de un proyecto piloto de teleoftalmología, iniciaremos este año su extensión a más áreas de salud. También utilizamos servicios de telerradiología, generamos las imágenes en centros de AP permitiendo el intercambio y la interconsulta con el hospital de referencia, todo ello en el marco del Proyecto Integral de Digitalización de la Imagen Radiológica.

**M. E.:** *¿Qué destacaría del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario Sacyl?*

**J. M. F.:** Castilla y León ha sido pionera en elaborar un marco jurídico, que establece las condiciones laborales de más de 35.000 profesionales con el fin de lograr una mejor gestión y adecuación de los recursos humanos y una mejora de la calidad asistencial. La ley incorpora una serie de aspectos que tienen que ser desarrollados reglamentariamente: la carrera profesional, la reorganización y modificación del sistema retributivo, los procedimientos de selección y provisión de las plazas y los puestos de trabajo o la negociación de una jornada laboral. ■

» Hemos apostado firmemente por la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La tele-electrocardiología se halla operativa en todos los centros de salud rurales.

» En AP se han incluido los nuevos servicios de deshabituación tabáquica, cuidador familiar, asma infantil, actividades preventivas en el adulto, violencia de género y atención a la demencia.





## Líder en Servicios Integrales de Lavandería



### Calidad de servicio y tecnología

Especialistas en renting de ropa y lavado industrial

Maquinaria de última generación

Hospitales y residencias de mayor prestigio como clientes

### Cobertura nacional

Garantía de servicio en todo el territorio nacional



**30 lavanderías  
propias  
a su servicio**

### Oficinas centrales

Polígono Industrial de Vallecas  
Cmno. del Pozo del Tío Raimundo, s/n  
28031 - Madrid  
Tfno: 91.303.17.37 - Fax: 91.303.13.83  
[www.flisa.es](http://www.flisa.es)

## Médicos extranjeros en España

---

# Bienvenidos, dentro de un orden

En España hay 25.000 médicos extranjeros, mientras que 8.000 españoles ejercen fuera de su país, según datos de la OMC. La paradoja, que convierte quizá a este país en el único de la UE importador y exportador de médicos, no impide que se valore positivamente la contratación de médicos extranjeros ante el déficit de profesionales que padece el sistema sanitario. Pero ha de realizarse con orden y cumpliendo los requisitos legales, lo que no siempre ocurre. Así lo manifestaron un grupo de expertos a los que MEDICAL ECONOMICS convocó en torno a una mesa redonda para debatir sobre este asunto.

---

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

---



## España, primer país de la UE que importa y exporta médicos

**M**uchas comunidades autónomas encuentran en la contratación de médicos extranjeros, principalmente procedentes de Iberoamérica y de Europa del Este, una solución (al menos coyuntural) al déficit de profesionales que padecen. Solución que en ocasiones se adopta incumpliendo la legalidad en cuanto a la homologación de títulos a los médicos extracomunitarios y, en otras, reconociendo el título a profesionales de la Unión Europea (UE) de forma no muy rigurosa. Ello sucede mientras la cuarta parte de los médicos formados en España quiere salir del país en busca de mejores condiciones laborales y profesionales.

Cálculos de la OMC cifran en unos 25.000 los médicos extranjeros que ejercen en España (el 12,5 por ciento del total de médicos colegiados), y en unos 8.000 los españoles que están trabajando en el extranjero. De tal modo que España es el primer país, y quizás el único, de la UE receptor y emisor de profesiona-

les sanitarios. La realidad del médico extranjero plantea, además, otras cuestiones relativas a su perfil académico y profesional; condiciones laborales, culturales e idiomáticas; la calidad de su práctica médica, la satisfacción de los pacientes y su control por los órganos correspondientes, entre otras.

Para debatir esos y otros aspectos en torno al médico extranjero, MEDICAL ECONOMICS reunió en torno a una mesa redonda a cuatro cualificados especialistas: Jerónimo Herrero Manso, gerente de USP Hospital San Camilo en Madrid; Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud; Julián Ruiz Ferrán, consultor experto en sociología médica y socio director de Medical Finders, y José María Verges Blanca, director general de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitaria de la Junta de Extremadura. La mesa estuvo moderada por los directores asociados de la revista José María Martínez y Gonzalo San Segundo.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cómo encajan los médicos extranjeros en la oferta y demanda de profesionales sanitarios en España? ¿Se les homologan y reconocen sus títulos debidamente?*

**ALFONSO MORENO:** Primero, tenemos que conocer la demanda, y no es fácil porque la demanda es cambiante según la población, la implantación de la tecnología, etcétera. Y la oferta la tenemos conocida hasta cierto punto, porque no tenemos un registro fiable de médicos. Hay médicos que no trabajan

en la asistencia directa. Respecto de la homologación...

**JOSÉ MARÍA VERGELES:** Una cosa es la homologación que se produce a médicos de países que no son de la Unión Europea y otra es el reconocimiento del título de aquellos profesionales que están en la Unión Europea.

**ALFONSO MORENO:** La normativa que tenemos tiene en cuenta la duración de los estudios y el contenido de los programas. Y cualquier médico, desde

Perú hasta Ucrania, por citar dos países extremos, que cumpla con seis años su duración de estudios con un contenido similar al programa de aquí y que, obviamente, ha aprobado y tiene el título en su país, pues no tienes razones de peso para no homologarle el título. Otra cosa es, como he leído en algunos sitios, que se falsifiquen títulos.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿De qué países vienen mejor formados, en general, los médicos? ¿Constituye el idioma un problema?*

**JULIÁN RUIZ:** A mí me han contado que vienen médicos sudamericanos que son muy buenos clínicos, pero que nunca han utilizado un montón de tecnología moderna porque no ha estado nunca a su alcance y eso es un problema...



**" Hay un problema muy grave de expolio de profesionales médicos y de enfermería en los países en vías de desarrollo"**

– Julián Ruiz Ferrán

**ALFONSO MORENO:** Pero Julián, si viene un radiólogo de Perú, por ejemplo, y nunca ha manejado un PET-TAC porque allí no existe, el radiólogo que está manejando el PET-TAC en España, hace dos años no lo estaba manejando porque no existía aquí tampoco, o sea, no generalicemos así todo. Pero a lo que

voy, una cosa es la homologación del título de médico y otra cosa es el reconocimiento del título de especialista. Y en el reconocimiento del título de especialista se dice que hay manga ancha, pero lo que hay es manga estrecha.

**JULIÁN RUIZ:** ¿Cuántos médicos sudamericanos hay en este momento trabajando en España, que eran traumatólogos en Colombia y aquí se les ha reconocido el título de médico? Pueden ejercer como médicos, pero su título de especialista no ha sido reconocido y, sin embargo, trabajan aquí como traumatólogos. Existen, los conozco.

**ALFONSO MORENO:** En la sanidad pública, no. En cuanto al idioma, es un tema añadido, pero no es lo nuclear. Y hago un paréntesis: me gustaría que nuestros licenciados de aquí, a veces, se hubieran formado en algunas universidades de América del Sur, como en Perú, donde hay facultades de Medicina que tienen siete años de formación académica.

**JOSÉ MARÍA VERGELES:** Es cierto que hay problemas idiomáticos con los médicos extranjeros que nos llegan. En algunos casos se les hace un examen en su país de origen. En la última convocatoria de examen MIR se les exigió una prueba a través del Instituto Cervantes, y eso fue todo.

**JULIÁN RUIZ:** Un alto cargo de la Comunidad de Baleares me dijo que en el Hospital de Manacor la tercera parte de los anestesiólogos no hablaban español. Y mallorquín, ni te cuento.



Jerónimo Herrero Manso  
**GERENTE DE USP  
HOSPITAL SAN  
CAMILO (MADRID)**

"Es fundamental que se incorporen los profesionales extranjeros al ámbito privado de la sanidad, no podemos esperar diez años a que se acabe de formar un médico español"



Alfonso Moreno González  
**PRESIDENTE DEL  
CONSEJO NACIONAL  
DE ESPECIALIDADES**

"Para que un médico extranjero pueda ejercer la profesión en la sanidad pública española ha de tener el título de especialista, no vale que tenga sólo el título de médico".

**JOSÉ MARÍA VERGELES:** En nuestra experiencia que comentabas con médicos polacos, ellos hacían en su país un curso de nivel básico con un examen final, de nivel básico también, y se venían con ese nivel de conocimiento del idioma. Luego, en Extremadura han seguido dando cursos de español.

Pero en los últimos años estaban accediendo médicos a través del MIR, sobre todo a las especialidades de Medicina de Familia en determinadas comunidades autónomas, que no tenían conocimiento del castellano. Se dieron cifras de entre el 15 y el 20 por ciento. Pero la exigencia del idioma depende de quien contrata.

**MEDICAL ECONOMICS:** *De todas las peticiones de reconocimiento del título de especialista, ¿qué porcentaje se reconoce y cuál se rechaza? Y en la sanidad privada, en USP, por ejemplo, ¿las normas, los criterios de contratación de médicos extranjeros son similares o diferentes a los que imperan en la sanidad pública?*

**ALFONSO MORENO:** No tengo el dato en cuanto a reconocimientos y rechazos, pero el porcentaje de reconocimiento del título de médico es más alto que el de especialista.

Sólo con el título de médico, el extranjero no puede ejercer oficialmente en la sanidad pública de este país. Cuando la Comisión Nacional compara el historial de ese médico con las exigencias del programa formativo para esa especialidad y ve que hay duda, se le somete a un examen, tipo test, al que se presentan menos de la mitad de los inscritos.

**JERÓNIMO HERRERO:** Respecto a la contratación de médicos, nos basamos en dos principios; primero el de supervivencia, y segundo, el de la rentabilidad.



**“ Para médicos de puerta estamos contratando sobre a todo extranjeros, especialmente cubanos, colombianos y peruanos”**

– Jerónimo Herrero Manso

Ahora la guerra es feroz. Nosotros nos las vemos y deseamos para contratar médicos, sobre todo en las especialidades no quirúrgicas. El problema nuestro grave son las especialidades comunes, digamos: anesestesiólogos, médicos de diagnóstico por imagen, analistas, patólogos... Y con los médicos de puerta tenemos problemas como no te imaginas. Y aquí los que estamos contratando son médicos fundamentalmente extranjeros, especialmente cubanos, colombianos y peruanos, con el título homologado, claro.

Nosotros y toda la sanidad privada estamos integrados dentro del sistema sanitario del país, y no se nos está teniendo en cuenta a la hora de planificar la necesidad de profesionales sanitarios. Cuando se dice que la gente que está saliendo titulada al mercado es suficiente, yo estimo que no, porque el sistema privado está soportando el 20 por ciento de la carga asistencial del país. Y se colapsa el sistema privado. De hecho, todos los funcionarios públicos tienen la opción de elegir la sanidad privada. Y vienen casi todos a los hospitales privados.



**Julián Ruiz Ferrán**  
**SOCIO DIRECTOR DE MEDICAL FINDERS**

“Conozco a médicos sudamericanos que eran traumatólogos en Colombia, que están ejerciendo como tales en España sin haberseles reconocido el título de especialista.”



**José María Vergelés Blanca**  
**DIRECTOR GRAL. DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. JUNTA DE EXTREMADURA**

“Hay problemas idiomáticos con los médicos extranjeros. En la última convocatoria MIR se les exigió una prueba a través del Instituto Cervantes, y eso fue todo”.

Hace diez años, Reino Unido empezó a importar médicos -lo que nosotros empezamos a hacer ahora- y Portugal, de donde recibimos médicos, se nos adelantó hace cinco años.

**JULIÁN RUIZ:** La medicina española es surrealista. Somos el único país europeo importador y exportador de médicos al mismo tiempo. El único caso que he podido detectar a nivel mundial es Venezuela, que está importando médicos cubanos y exportando médicos venezolanos, muchos de ellos, por cierto, vienen a España.



La mesa reflejó la diversidad de opiniones que existe en España respecto al déficit de profesionales y la oportunidad de contratar extranjeros.

Quisiera poner sobre la mesa un tema, derivado directamente de la contratación de médicos extranjeros, del cual no se habla en este país y es un tema muy delicado que, a nivel mundial, está haciendo ahora un gran ruido y que lo plantea la Organización Mundial de la Salud. Se trata de la ética del expolio de profesionales de la Medicina y de Enfermería de los países en vías de desarrollo. Ahora mismo hay más médicos eritreos o etíopes en Estados Unidos que en Eritrea. En Malawi quedan cuatro ginecólogos... ¿No creéis que habría que hacer, no solamente en España, sino en toda Europa, un código de conducta, que determine cuándo se puede contratar o no médicos de esos países?

**JERÓNIMO HERRERO:** No puedes evitar que un médico eritreo quiera mejorar sus condiciones de vida, que se marche.

**JULIÁN RUIZ:** Lo que hay que hacer es dar a esos países ayuda europea, por ejemplo; fijar a los médicos en su terreno. El médico eritreo, claro, si gana 100 dólares el pobre hombre se querrá ir, pero habría que pagarle 500.

**JERÓNIMO HERRERO:** El problema es que están deseando marcharse. Los médicos venezolanos se están marchando porque no tienen para comer.

**JULIÁN RUIZ:** Hay un problema muy grave de expolio de profesionales médicos y de enfermería en los países en vías de desarrollo y van a tener problemas mucho más graves que los países occidentales. Y que parte de la ayuda al tercer mundo sería fijar a profesionales en el terreno mediante ayudas pertinentes.

Y se va a producir la paradoja de que vas a tener médicos africanos tratando a pacientes europeos y médicos europeos regularizados por las ONG tratando pacientes africanos. Es una caricatura, la situación es ridícula.

Igual que ya hay un montón de africanos, de indios, de paquistanés en Inglaterra; y los médicos filipinos o paquistanés están desapareciendo porque se van a Estados Unidos masivamente, nosotros podemos hacer lo mismo con los países de Suramérica.

**JERÓNIMO HERRERO:** En Argentina está sucediendo esto que dices. Pero si gano allí 300 dólares y en España 3.000 euros, es que ni me lo pienso.

**JULIAN RUIZ:** Lo que tiene que hacer España es dar ayudas a Argentina para que pague mejor a sus profesionales.

**JERÓNIMO HERRERO:** O no. La caridad bien entendida, como dice la teoría cristiana, empieza por uno mismo, y creo que, por mucho que queramos, esto va a ser muy difícil. Nosotros tenemos 13 hospitales en Marruecos, junto con un grupo francés y otro portugués, y le médico marroquí nos dice: "Oye, yo aquí gano 300, si me das en Madrid 3.000, me voy mañana". ¿Y cómo frenas esto? Es imposible.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Y todo eso ocurre mientras 8.000 médicos españoles ejercen fuera de su país.*

**JULIÁN RUIZ:** Exacto. Lo curioso es que nadie habla de qué esfuerzos habría que hacer para recuperar esos 8.000 médicos que se nos han perdido. Nadie habla de eso, nadie hace nada.

**ALFONSO MORENO:** Lo que tendrían que hacer también es algo para que no se vayan.

**JERÓNIMO HERRERO:** Se está haciendo mucho a través de la iniciativa privada. USP lo está haciendo y me consta que Capio también, porque la única forma que tenemos nosotros de abastecernos es buscando médicos donde los haya.

Respecto a Portugal, nosotros, en nuestro Hospital de San Camilo, tenemos el caso de un profesional español que ha estado nueve años como cirujano hepático de primera línea en Portugal, y se ha venido. ¿Y cómo nos lo hemos traído? A base de soltar dinero.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué tipo de contratos predominan en los médicos extranjeros? Fijos, interinos, eventuales... Si trabajan en el sector público, ¿pueden hacerlo también en el privado?*

**ALFONSO MORENO:** En la sanidad pública, el mismo tipo de contratos que a los españoles y las mismas retribuciones.

**JULIÁN RUIZ:** No hay diferencia alguna en cuanto a trabajar en la sanidad pública y en la privada.

**JERÓNIMO HERRERO:** En la privada, el tipo de contrato es el mismo que cualquier médico nacional. Y las retribuciones, las mismas.

**JOSÉ MARÍA VERGELES:** O sea, en el aspecto laboral no hay ningún tipo de discriminación.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cómo es la relación médico-paciente cuando el médico es extranjero? Hay zonas, con una ele-*

*vada densidad de emigrantes magrebíes, que contratan a especialistas de esos países para facilitar precisamente esa relación. Sucede, por ejemplo, en algunas zonas de Cataluña con los ginecólogos.*

**ALFONSO MORENO:** Es probable.



**“ En el reconocimiento del título de médico especialista se dice que hay manga ancha, pero lo que hay es manga estrecha”**

– Alfonso Moreno González

**JULIÁN RUIZ:** Aquí, la pregunta es: ¿Se tiene que adaptar el país a los emigrantes o los emigrantes al país?

**JERÓNIMO HERRERO:** En España, país de acogida, está entrando gente de todas las culturas, idiomas, religiones y demás. Y creo que la adaptación tiene que ser del que viene al país en el que se encuentra, y no al revés, porque entonces estamos perdidos, lo único que vamos a hacer son guetos. Y si yo en mi hospital, cuando viene la musulmana tengo que tener una médica, y si viene el médico, no sé qué... Esto está pasando en hospitales públicos y ha pasado hace bien poquito en el Hospital de Txagorritxu, en Vitoria, donde plantas enteras se están reservando para población musulmana porque no consienten los maridos de las señoras, en la planta de Ginecología, que se estén compartiendo las habitaciones con cristianos. ¿Qué os parece esto? Es terrible. Es tan ridículo y tan sin sentido que no tiene para nosotros...

Nosotros tenemos hospitales en Torre Vieja, en Marbella, y hay un montón de médicos que no hablan español, pero están atendiendo a numerosa población turista que tampoco habla español. Así de sencillo. Tenemos en estos hospitales personal contratado que habla cinco o seis idiomas, que cobran como no te puedes imaginar, porque nos hacen un servicio muy bueno, pero el médico es,

por ejemplo, sueco y sólo sabe decir hola y adiós.

**JULIÁN RUIZ:** ¿Tampoco les hace mucha gracia a los vascos tener a musulmanes en la habitación con ellos?

**JERÓNIMO HERRERO:** El problema era que las parturientas magrebíes, en la planta de Ginecología del Hospital de Txagorritxu, “montaron unos líos tan importantes” que decían que la cristiana que estaba compartiendo la cama en la misma habitación se fuera. Y se iban, y las tenían que sacar a otra planta.

**JULIÁN RUIZ:** Y yo te digo: ¿a las cristianas vascas les hace mucha gracia tener la musulmana al lado?

**JERÓNIMO HERRERO:** Corren la cortina y no dicen nada.

**JULIÁN RUIZ:** No sea que les llamen racistas.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cómo ha incidido el efecto de la emigración en los últimos años en la medicina privada, en las aseguradoras médicas?*

**JERÓNIMO HERRERO:** Absolutamente.

**JULIÁN RUIZ:** En los últimos años ha aumentado el mercado privado, ha aumentado el número de afiliados a las aseguradoras privadas. Y uno de esos



**“ En el aspecto laboral, no existe ningún tipo de discriminación entre un médico español y otro extranjero”**

– José María Vergeles Blanca

movimientos ha sido la emigración. ¿Por qué? Españoles que iban a centros de salud y empezaban a ver, en ciertas zonas, sobre todo, una afluencia masiva de inmigrantes. Y quien podía pagarse una privada se iba a la privada.

**JERÓNIMO HERRERO:** La paradoja es que vas al Hospital de la Princesa y está la sala de espera de urgencias llena de magrebíes, de colombianos...

**JULIÁN RUIZ:** Y el español que se lo puede permitir va a la privada.

**JERÓNIMO HERRERO:** A que le atienda un médico cubano.

**ALFONSO MORENO:** A eso se le llama discriminación, xenofobia..., llámalo como quieras, pero es así. Es una realidad.

**JERÓNIMO HERRERO:** Hay gente que directamente dice: Mira, me hago de Adeslas, o de Asisa, o de Sanitas..., para evitar la sala de espera, la vorágine, el que me tarden cinco horas en atender.

Me ha pasado con una cría que tenemos de nueve meses, estando de vacaciones, y he estado cinco horas en la sala de urgencias de Pediatría del hospital de León, y todos los que estaban al lado nuestro, toda la gente que estaba esperando eran inmigrantes, lo cual no es ni malo ni bueno, pero es la realidad.

El caso es que con motivo de la entrada de extranjeros es cierto que el número de pólizas privadas que se han hecho ha aumentado. Y uno de los motivos, más bien causa, de la masificación de los centros públicos es por los inmigrantes.

**ALFONSO MORENO:** Uno de los motivos será la masificación, pero no por culpa de los inmigrantes.

**JULIÁN RUIZ:** Uno de los motivos por los cuales ha subido tanto la medicina privada y, concretamente, el campo asegurador sanitario privado en los últimos años, ha sido la inmigración masiva.

**ALFONSO MORENO:** Ha sido la masificación, tanto por la inmigración como por la no inmigración. ¿De acuerdo?

**MEDICAL ECONOMICS:** *Hemos hablado de los médicos. ¿Y qué decir de las enfermeras extranjeras?*

**JERONIMO HERRERO:** Con las enfermeras, vamos a buscarlas, les pagamos el billete y les decimos: “En cuanto vengas, hay alguien de la organización que se ha encargado de buscarte una casa para que tú la compartas con estudiantes”.

**JULIÁN RUIZ:** ¿Eso se lo haces a un canario también o a una de Badajoz?

**JERÓNIMO HERRERO:** No. Y te voy a decir más: en el momento que vienen a España y pasan 15 días trabajando en el hospital, enseguida te dicen que se van, porque las han contratado del hospital público de no sé dónde, aunque tienen firmadas cláusulas de permanencia. ¿Qué le vas a hacer, ponerle una pistola en el pecho? No. Pues adiós.

**JOSÉ MARIA VERGELES:** ¿Una persona que ha viajado miles de kilómetros para venir a España, va a tener alguna limitación para moverse otros 200 e irse, por ejemplo, a Portugal?

**JERÓNIMO HERRERO:** Es así, la gente viene, cubre una necesidad perentoria durante unos días, meses, años, y se va. Mala suerte. Vuelves a contratar a otro.

**MEDICAL ECONOMICS:** ¿Algo más que añadir?

**JULIÁN RUIZ:** Creo que sería muy importante clarificar las reglas del juego en forma de un código de conducta, que mirase tanto al sector público como al privado en España, a la hora de contratar médicos extracomunitarios. Esto está en línea con la preocupación de la Organización Mundial de la Salud en cuanto al expolio de profesionales en países en desarrollo por parte de los países más desarrollados. Según la OMS, en los próximos años habrá un problema gravísimo en cuanto al déficit global de médicos y enfermeras, estimado en cuatro millones de profesionales a nivel mundial, casi todos concentrados en el Tercer Mundo.

**ALFONSO MORENO:** En cuanto respecta a la formación del médico, en-

tiendo que la llegada de médicos extracomunitarios con una buena formación es positiva para el país. ¿Por qué no asimilar a profesionales competentes? Julián, es así, lo siento, pero estamos en la globalización y eso pasa en todos los lados.

**JERÓNIMO HERRERO:** Es fundamental que se incorporen estos profesionales extranjeros al ámbito privado de la sanidad, porque no podemos esperar diez años a que se acabe de formar un médico español. Necesitamos al médico de forma perentoria. Y no debemos olvidar que en España hay cinco millones de



Los expertos posan, finalizada la sesión, junto a José M<sup>a</sup> Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de Medical Economics.

extranjeros *ex novo* viviendo como ciudadanos de pleno derecho o prácticamente de pleno derecho, y recibimos 65 millones de turistas. Los que no son comunitarios vienen casi todos con un seguro, casi siempre privado, y esa necesidad hay que atenderla.

**JOSÉ MARÍA VERGELES:** Para nosotros también es positivo que vengan médicos de otros países. España cuenta con un sistema bastante garantista en lo que se refiere a la homologación y el reconocimiento del título, y esto debe generar confianza en el ciudadano de quien le está atendiendo, independientemente del idioma. ■

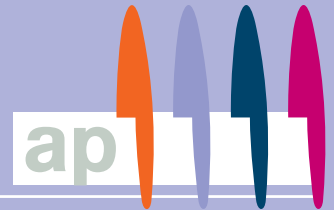
Estimado compañero:

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



# 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<sup>a</sup> 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

**Abierto plazo de inscripción**

**[www.idepro.es](http://www.idepro.es)**



GlaxoSmithKline  
[www.gsk.es](http://www.gsk.es)

# resucitación cardiopulmonar

# RCP

## PERIODO LECTIVO:

1 de mayo a 31 de julio de 2008

## AUTORES :

**Pablo Romero**

Médico de Emergencias 112,  
Castilla-La Mancha.

**Alberto Cabrejas**

Médico de Emergencias 112,  
Castilla-La Mancha

## CADA TEMA INCLUYE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS FORMATIVOS:

- \* **Póster:** Información práctica sobre el tema abordado.
- \* **Guía práctica:** Información complementaria a la expuesta en el póster.
- \* **Casos prácticos guiados:** Casos ilustrativos para la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.
- \* **Tutoría:** Resolución de las consultas realizadas por los alumnos.

## ACREDITACIÓN:

“Resucitación cardiopulmonar (RCP)” está acreditado con 0.8 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Para obtener los créditos correspondientes al tema “Resucitación cardiopulmonar (RCP)”, los alumnos deberán:

- \* Enviar el test de evaluación debidamente cumplimentado entre el 1 de mayo y el 31 de julio de 2008, bien por correo postal bien a través de la web [www.idepro.es](http://www.idepro.es).
- \* Resolver los dos casos clínicos incluidos en la web



# El mejor regalo que puede dejarle a su familia



Facilite a su familia instrucciones específicas para ayudarles a hacer frente a sus asuntos financieros y personales cuando usted deje de estar con ellos.

Por Vicki F. Brentnall

**T**odos hemos oído hablar de hijos en busca de dinero en efectivo tras los tabiques de las casas en las que han vivido, años después de la muerte de sus padres, o de sus maridos dejando tras de sí enormes deudas. El abogado Jeff Scroggin, en Roswell, recuerda los deseos de su difunto padre —un piloto combatiente en la Segunda Guerra Mundial—, de ser enterrado en el Cementerio Nacional

de Arlington. “Arlington necesitaba los documentos sobre el nacimiento de mi padre, o de lo contrario lo habrían tenido ahí durante unos meses, mientras el Gobierno localizaba una copia de la documentación. Tras cuatro días y gastos en innumerables llamadas telefónicas tratando de ubicar otros documentos financieros, había que preocuparse entonces por darle la sepultura que

merecía”, dice Scroggin. “Tuve mucha suerte de encontrar, sólo días después, los documentos metidos en las páginas de una novela en su librería”.

Scroggin tuvo suerte, pero es más probable no tener tanta suerte e intentar evitar la agitación y el trauma para su familia después de que usted fallezca. Muchos recursos, desde cartas breves a documentos más amplios, pueden ayudarle a recopilar todos los documentos relacionados con su vida personal y financiera. Estos documentos complementan su voluntad, pero no son jurídicamente vinculantes. Además de orientar a sus herederos en un momento de confusión, le ayudarán a conseguir orden financiero en su casa. Se beneficiará de tener un escritorio organizado, menos desorden y un sistema de búsqueda rápida de documentos importantes.

**Carta de instrucciones.** Las actas testamentarias y las cartas de instrucciones finales son básicamente los mismos documentos con nombres diferentes. Durante años han sido tradicionalmente utilizados para disponer de los bienes personales menores, como una colección de sellos o reliquias de joyería, fuera de los gravámenes estatales. Estas cartas han crecido para incluir listas de los asesores financieros, los activos y pasivos, un plan detallado de patrimonio, o los arreglos del funeral, todos los temas que, por lo general, no están cubiertos en un testamento. Julian Block, un fiscal y abogado patrimonial de Larchmont, Nueva York, sugiere a sus clientes que preparen sus propias cartas de instrucciones finales, comenzando con la ubicación física de los documentos y registros personales. Debe incluir todo, desde nombres de contacto, números de teléfono y la ubicación de las cuentas financieras, a los pequeños legados y arreglos funerarios. Estas cartas proporcionan a su familia toda la información esencial que deberá conocer inmediatamente en el caso de su incapacidad o muerte.

**Carta a sus familiares.** Más recientemente, los abogados han considerado necesario que sus clientes registren incluso más información, en un documento de fácil acceso. Scroggin dice: “Como abogados, preparamos todos estos documentos de planificación, como los testamentos, y todavía los

herederos acaban con cajas de seguridad con llaves y sin tener ni idea de dónde encontrar la caja en sí”. Y lo que es peor, la falta de información crítica podría terminar costando a su familia miles de euros. Scroggin recuerda una valiosa póliza de seguro de vida que se mantuvo en vigor a través de débitos automáticos de la cuenta de ahorros del

«Es importante que guarde una copia de su carta en algún lugar de su casa, donde esté seguro de que su familia la encontrará con facilidad»»

cliente. Cuando esta persona estuvo gravemente discapacitada, sus hijos le trasladaron a una residencia de ancianos, cancelaron su cuenta bancaria, los bienes transferidos, y no dejaron dirección de reenvío. “Los hijos no fueron conscientes de que habían cancelado la póliza de seguro de vida hasta que su padre murió un año más tarde”, dice Scroggin. “Perdieron más de un millón de euros”.

Situaciones como éstas han llevado a Scroggin a desarrollar una carta que combina elementos de las actas testamentarias, cartas con voluntades de carácter ético (declaraciones de sus valores), y añade mucho más. “Su Carta de Amor a la Familia” incluye cuatro secciones distintas:

- ▶ Una lista de los asesores financieros y profesionales, junto con información financiera detallada.
- ▶ Pólizas de seguro y beneficios laborales.
- ▶ Documentos personales (testamentos, fideicomisos, certificados de nacimiento, documentos de gestión, etcétera) y otros datos, como los números de la seguridad social.
- ▶ La historia familiar y una voluntad ética.

**Cómo preparar su carta.** Existen muchos productos disponibles, además de “los modelos de Scroggin”, para ayudarle

### Puntos clave

» Comience su carta con la ubicación física de los documentos y registros personales.

» Evite a sus herederos una cantidad considerable de tiempo y dinero guardando todo en un solo lugar.

» Evite herir los sentimientos al discutir acerca de sus deseos con su familia.

a documentar los detalles de su vida. Internet es la puerta de acceso a la información sobre organizadores personales en diferentes formatos, de los CD y los sitios *web* de revistas y libros de trabajo. Pero para los abogados es fácil reconocer que es imposible que en cualquiera de los formatos normalizados se contemplen todos los datos financieros de cualquier persona y todas las posibles situaciones personales. El tamaño de dicho documento sería abrumador.

Los asesores deben pensar más allá de formatos normalizados para asegurarse de que cubren los temas propios de su situación.

«Cualquier documento que prepare debe actualizarse por lo menos cada dos a tres años, o después de importantes cambios en su vida –matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo–, etcétera»

Para realizar la tarea de terminar una carta de instrucciones, Julian Block recomienda abordar una sección cada vez, dedicar una noche a los seguros, otra las existencias, y así sucesivamente hasta que la carta quede completada. AXA Advisors ofrece talleres gratis con asesores y abogados en la asistencia a los clientes para completar la carta a los familiares. Jeff Scroggin da su versión a cada uno de sus clientes. “Yo les digo que la completen, y que me den una copia cuando lo hayan hecho”, dice Scroggin. “Es bastante autoexplicativo, pero estoy disponible si tienen alguna pregunta”.

**Qué hacer con su carta.** Guarde una copia claramente etiquetada de su carta completa en algún lugar de su casa donde esté seguro de que su familia la encontrará. Déle otra copia a su abogado y/o asesor financiero, y otra a un familiar cercano.

Donna Pagano, de AXA, sugiere enviar una copia a un amigo de confianza o un familiar en una ubicación geográfica lejos de donde viva usted. Si un desastre como

el huracán Katrina destruye sus documentos, sólo habrá una copia en otro lugar. Algunos asesores fomentan la celebración de reuniones familiares para discutir los aspectos más polémicos del contenido de la carta, ya que los desacuerdos o aspectos sentimentales pueden ser tratados mejor ahora que después de su muerte.

Considere la posibilidad de poner una copia en una caja de seguridad, incluso, pero recuerde que podría ser sellada temporalmente a su muerte si su cónyuge fallece antes que usted y nadie más puede acceder a los contenidos. David J. Schiller, fiscal abogado patrimonial en Norristown, PA, advierte de que un funcionario del Gobierno podría ser llamado para examinar el contenido de la caja. ¿Guarda estas monedas de oro en su caja? Podrían ser clasificados como parte de su patrimonio imponible probado.

**Actualizar documentos.** Cualquier documento que prepare debe actualizarse por lo menos cada dos a tres años, o después de importantes cambios en su vida –matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etcétera– o después de los cambios de pólizas de seguro de vida, las formas de beneficiarios o de cualquiera de sus cuentas financieras.

Tanto si prepara su propia carta testamentaria, como si prefiere usar un programa de normalización de una carta a la familia detallada o un organizador, recuerde que estos instrumentos no están destinados a servir como sustitutos de los testamentos u otros documentos jurídicamente vinculantes.

Muchos abogados recomiendan que en lugar de tener una referencia a ellos, o que sean adjuntados, sean parte del testamento. Schiller analiza cartas de clientes para estar seguro de que, de ningún modo, puede interpretarse como una voluntad.

Por último, es una buena idea que su abogado escanee el documento para asegurarse de que no hay nada en conflicto con sus patrimonios ya existentes.

Un abogado puede revisar entre sus cosas para descubrir cualquier agujero en sus cuentas y planificar aquello que sea necesario abordar. “No dejando piedra sin remover”, puede tener la seguridad de que su familia estará preparada en el momento en que lo impensable ocurra. ■

# JORNADA DE DEBATE



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



Martes, 23 de septiembre de 2008

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](mailto:medeconomics@drugfarma.com) · Persona de contacto: Rosana Sánchez

# Base imponible y cuota íntegra

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Bases imponibles, liquidables y cuota tributaria

#### ¿En qué consiste la naturaleza dual del IRPF?

Una de las principales novedades de la nueva Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) es la de su naturaleza dual. Consiste básicamente en que la renta obtenida por el contribuyente se divide en dos grupos según su naturaleza: la renta general y la renta del ahorro. Dichas rentas se compensan únicamente entre sí (y con limitaciones) y forman dos bases imponibles y liquidables independientes, con unas reglas distintas. A dichas bases se les aplicará un tipo impositivo diferente, dando lugar a dos cuotas distintas que se sumarán para obtener la cuota íntegra total.

### Base imponible general

#### ¿Qué parte o conceptos componen la base imponible o renta general?

La renta general se define por exclusión, al estar formada por los rendimientos y las ganancias y pérdidas patrimoniales que no tengan la consideración de renta del ahorro, y será el resultado de sumar: el saldo resultante de integrar y compensar entre sí, sin limitación alguna, en cada período impositivo, los rendimientos e imputaciones de renta, sea su saldo positivo o negativo, y el saldo positivo resultante de integrar y compensar, exclusivamente entre sí, en cada período impositivo, las ganancias y pérdidas patrimoniales no derivadas de transmisiones patrimoniales, como premios no exentos o ganancias sin justificar.

### Rendimientos

#### ¿Y cuáles son los rendimientos y las imputaciones de renta?

Independientemente de que su saldo sea positivo o negativo, son:

- Rendimientos netos del trabajo: cantidad resultante de aplicar las reducciones correspondientes a los ingresos una vez minorados por los gastos deducibles.
- Rendimientos netos del capital inmobiliario: cantidad resultante de aplicar las reducciones correspondientes a los alquileres minorados por los gastos deducibles.

- Rendimientos del capital mobiliario no incluidos en la renta del ahorro: los más usuales serán los arrendamientos de bienes muebles, negocios o minas, cánones o royalties, y los intereses derivados del dinero prestado a una entidad vinculada.

- Rendimientos netos de actividades profesionales y empresariales, calculados según el sistema que le sea aplicable, estimación objetiva o directa, computándose en este último caso la cantidad resultante de aplicar las reducciones correspondientes a los rendimientos obtenidos minorados por los gastos deducibles.

- Imputación de rentas inmobiliarias: cantidades imputadas como renta presunta por disfrute de inmuebles que no constituyan vivienda habitual ni estén afectos a actividades económicas.

- Otras imputaciones de rentas: por transparencia fiscal internacional, por derechos de imagen, por inversiones en instituciones de inversión colectiva sitas en paraísos fiscales o por agrupaciones de interés económico y uniones temporales de empresas.

### Compensación

#### ¿Y si el resultado de la compensación entre la suma de rendimientos e imputaciones y las ganancias y pérdidas patrimoniales arroja un saldo negativo?

Si el resultado de esta compensación arroja saldo negativo, su importe se compensará con el saldo neto positivo del resto de los rendimientos e imputaciones, con el límite del 25 por ciento de dicho saldo positivo. Si existiera remanente negativo se podrá compensar en los cuatro años siguientes siguiendo el mismo orden. Del mismo modo podrán compensarse los saldos netos negativos de ganancias y pérdidas patrimoniales de 2003 a 2006 con período de generación no superior a un año y que se integrarán en la parte general de la renta del período impositivo. Es decir, se compensarán con el saldo neto positivo de las ganancias y pérdidas del ejercicio a integrar en la base imponible general. Si el saldo después de la compensación es positivo, se integrará en la

» La cuota íntegra general se obtiene en este ejercicio en dos fases, aplicando primero los tipos de la escala general a la base liquidable general.

» La naturaleza dual del IRPF consiste en que se divide ésta en dos grupos: la renta general y la renta del ahorro.

base imponible general y si es negativo podrá compensarse sólo hasta el 25 por ciento del saldo positivo del resto de la base imponible general.

### Base liquidable general

*¿Cuáles son las reducciones que minoran la base imponible general y que dan lugar a la base liquidable general?*

La base imponible general se minorará con las reducciones procedentes, que pueden ser:

- Por tributación conjunta.
- Por aportaciones a determinados sistemas de previsión social (planes de pensiones, mutualidades de previsión social, etc.), a favor del contribuyente, de su cónyuge o a favor de personas con discapacidad.
- Por aportaciones a patrimonios protegidos de personas con discapacidad.
- Por pensión compensatoria del cónyuge y anualidades por alimentos.
- Por cuotas de afiliación y restantes aportaciones a partidos políticos.

La cantidad resultante será la base liquidable general. Si su resultado es positivo, podrá compensarse con bases liquidables negativas de los años 2003 a 2006; y si es negativo podrá compensar bases liquidables positivas que se obtengan en los cuatro años siguientes.

### Cuota íntegra general

*¿Hay alguna novedad este año respecto a la cuota íntegra general?*

La novedad de este ejercicio consiste en que la cuota se obtiene en dos fases: en primer lugar se aplican los tipos de la escala general a la base liquidable general. La escala general se divide en dos: la estatal y la autonómica, ambas con cuatro tramos; si las agregamos, el tipo mínimo sería del 24 por ciento y el máximo del 43 por ciento. La cuantía obtenida se minorará en el importe derivado de aplicar las mismas escalas al mínimo personal y familiar, obteniéndose así la cuota íntegra general estatal y autonómica.

### Base imponible del ahorro

*¿Qué conceptos incluye la Base Imponible del ahorro?*

La renta del ahorro incluye los siguientes conceptos: el saldo neto de los rendimientos netos del capital mobiliario y el saldo positivo de las ganancias y pérdidas derivadas de las

transmisiones de elementos patrimoniales cualesquiera que sea su período de generación.

### Rendimientos del capital mobiliario

*¿Qué conceptos lo integran y cómo se compensan entre sí?*

Rendimientos del capital mobiliario son los dividendos, con un mínimo exento de 1.500 euros anuales con algunas excepciones, los intereses, salvo que procedan de entidades vinculadas con el contribuyente, los derivados de operaciones de capitalización, contratos de seguros de vida o invalidez y rentas que tengan por causa la imposición de capitales. Estos rendimientos positivos o negativos se integran y compensan entre sí y si el resultado es positivo se integra en la base imponible del ahorro, pero si es negativo se compensará en los cuatro años siguientes con el saldo positivo de los rendimientos netos del capital mobiliario que entonces se obtengan.

### Ganancias patrimoniales

*¿Cómo se minoran las ganancias patrimoniales?*

De igual manera, las ganancias patrimoniales se minorarán con las pérdidas de la misma naturaleza generadas en 2007 y, si quedara remanente, con las pérdidas pendientes de compensar de 2003 a 2006 que en esos años integran la base imponible especial (generadas en más de un año). El saldo positivo resultante formará parte de la base imponible del ahorro. Si las pérdidas patrimoniales obtenidas son mayores que las ganancias, de manera que la cantidad resultante de integrar ambos conceptos es negativa, sólo podrá compensarse con las ganancias patrimoniales que se obtengan en los cuatro años siguientes.

### Base liquidable del ahorro

*¿Cómo se obtiene la base liquidable del ahorro?*

Una vez calculada la base imponible del ahorro, pueden restarse los remanentes no aplicados de las reducciones por tributación conjunta, por pensiones compensatorias y anualidades por alimentos y por cuotas y aportaciones a partidos políticos. El resultado de dicha operación constituirá la base liquidable del ahorro. ■

# antisepsia y desbridamiento

## Curso *on-line*



antisepsia  
y desbridamiento



Organizado por



Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua 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 Vascul. 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](http://www.medecoes.com)**

donde encontrará información adicional sobre este curso.

# Cultura

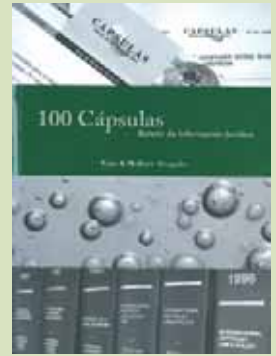
## LIBROS

### 100 cápsulas sobre información jurídico farmacéutica

**C**on ocasión de la aparición del número 100 de su boletín de información jurídica *Cápsulas* el bufete de abogados Faus & Moliner ha publicado el libro "100 Cápsulas" que recopila los artículos que han aparecido en este boletín mensual desde 1997.

En total son casi 400 artículos ordenados por materias (derecho administrativo, comunitario, mercantil, fiscal, protección de datos, etc.) y de forma cronológica, que permiten repasar cómo han evolucionado las principales cuestiones que durante los últimos diez años, han ido configurando el sector farmacéutico en nuestro país. Se trata de un sector caracterizado por una intensa intervención de los poderes públicos, donde el contenido de las normas que lo rigen, su aplicación, e interpretación por parte de los tribunales juegan un papel determinante en su funcionamiento.

*Cápsulas* se ha convertido en una publicación de referencia en el ámbito jurídico sanitario. Es, sin duda, un instrumento de gran ayuda para reflexionar y entender los aspectos jurídicos del sector farmacéutico.



**Título:** 100 Cápsulas  
Faus & Moliner Abogados  
591 págs.

## EXPOSICIONES

### Miró: Tierra, un nuevo punto de vista de la obra mironiana

**T**odo el arte de Miró está muy relacionado con el concepto "tierra" en su acepción más amplia y simbólica: desde la fuerte conexión con su Cataluña natal, su gente y sus tradiciones, o su fascinación por el mundo rural y el culto a los orígenes, hasta los temas relacionados con la sensualidad o la fertilidad, el infierno y la metamorfosis, la vida y la muerte... La muestra, organizada conjuntamente por el Museo Thyssen-Bornemisza y Ferrara Arte, ofrece una relectura del fascinante universo mironiano desde este novedoso punto de vista, y ha reunido cerca de 70 obras (principalmente pinturas, pero también esculturas, dibujos, collages, cerámicas, etcétera) procedentes de numerosos museos y colecciones de todo el mundo. La selección de obras han sido realizada por el comisario de la exposición, Tomàs Llorens, para presentar esta revisión del arte de Joan Miró que abarca toda su trayectoria artística desde 1918, año de su primera exposición individual, hasta su muerte en 1983.

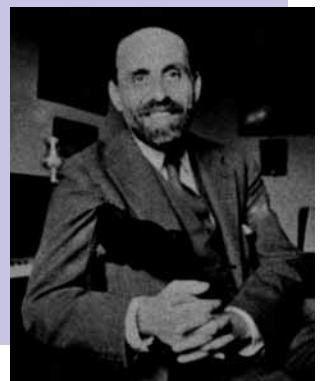


**Título:** La exposición permanece abierta desde el 17 de junio hasta el 14 de septiembre en el Museo Thyssen-Bornemisza. Paseo del Prado, 8. Madrid. [www.museothyssen.org](http://www.museothyssen.org)

### Homenaje al poeta Juan Ramón Jiménez

**L**a Fundación Camilo José Cela, con sede en Iria Flavia-Padrón (A Coruña), acoge una exposición dedicada a la figura de Juan Ramón Jiménez con la que se quiere sumar desde Galicia a los actos que estos días recuerdan el cincuentenario del fallecimiento del poeta. El autor de "Platero y yo" será recordado con una exposición que, además de un recorrido por su vida y su obra, incluye originales manuscritos de algunos de sus poemas, primeras ediciones de sus principales títulos, fotografías y referencias documentales de tanta importancia como las cartas que Camilo José Cela cruzó con la mujer del poeta, Zenobia Camprubí.

La muestra permanece abierta hasta el 31 de julio en la Fundación Camilo José Cela (C/ Santa María, 22 - Iria Flavia, Padrón (A Coruña)).



# Internet

## Hasta 2010 los españoles no tendremos TV por móvil

**M**ientras en Italia hay ya un millón de usuarios de televisión por móvil, en España tendremos que esperar a comienzos de 2010 para disfrutar de los primeros servicios comercializados, eso si el Gobierno cumple con sus compromisos de regular y conceder licencias de aquí a finales de 2008 y desplegar las redes en el curso de

incrementar la gama de productos interactivos. Todo empezará con los clásicos contenidos de deportes, vídeos musicales o dibujos, pero las empresas especializadas apuestan por formatos y contenidos originales para los terminales móviles.

Como España es uno de los países líderes en telefonía móvil y cajeros bancarios, La Caixa ha visto una oportunidad de negocio en ofertar a sus clientes un nuevo sistema virtual para que realicen desde el móvil las mismas operaciones que suelen hacer desde un cajero automático; con excepción –lógicamente– de la retirada de dinero efectivo.

Aunque pueda parecer lo contrario, los españoles no utilizamos el cajero únicamente para sacar dinero, y –según datos que aporta La Caixa– sólo una tercera parte de las operaciones que se efectúan en los cajeros van destinadas a retirar fondos.

Los clientes de la mayor caja catalana ya están acostumbrados a la relación con su entidad a través de mensajes SMS de móvil, mediante los cuales están al corriente de los movimientos de sus tarjetas de crédito.



**El Gobierno esperará al 'apagón analógico' para potenciar la televisión en el móvil.**

2009. La tecnología está contrastada en países como Irán, Rusia o Italia, y en el caso de los dos primeros –además– es una empresa española la que comercializa soluciones de televisión DVB-H.

El DVB-H tiene un formato digital similar a la TDT (Televisión Digital Terrestre) por lo que el Gobierno aprovechará el "apagón analógico" para

## UN VISTAZO A LA RED

### El ciberespacio

Más de 2.000 profesionales e investigadores se reunirán en el Palacio Municipal de Congresos de la capital en 2009, para debatir todo sobre los servicios *web*.

<http://www2009.org/>

### Viajar y no enfermar

Rogelio López-Vélez responsable de la Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid debate e informa sobre la Medicina del Viajero en esta *web*.

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/blogs/saludinternacional.html>



Sección patrocinada por

**Web de I@MUJER**

## CIBERCONSEJOS

### Qué poca vista

**W**indows 7 saldrá a la venta a finales de 2009, incluirá varias aplicaciones para pantallas táctiles como la posibilidad de mover fotos por la pantalla con el dedo. Un ordenador con pantalla táctil con Windows 7, permitirá navegar por un mapa con el dedo o tocar el piano en un teclado virtual gracias a una tecnología bautizada con el nombre de Multi-touch y una nueva aplicación, Touchable Saint.

### Cambio de protocolo

**L**a Comisión Europea alertó que las direcciones de Internet podrían agotarse en 2011 y reclamó a los Estados miembros que faciliten el tránsito del actual protocolo IPv4 al nuevo IPv6, fijando como objetivo que el 25 por ciento de la industria, autoridades públicas y hogares utilicen IPv6 en 2010. IPv4 desde 1984, proporciona 4.300 millones de direcciones e IPv6, solucionaría este problema de espacio.



# Golf

Campeonato de España de la APG

## Victoria de Laura Cabanillas y Javier Colomo

Ana Belén Sánchez, Emma Cabrera y Gonzalo Fernández-Castaño quedaron segundos.

**L**a malagueña Laura Cabanillas –con una tercera vuelta de 69 golpes y menos 4 en total– y el cacereño Javier Colomo –hoyo 68 para 11 bajo par–, se han proclamado campeones de España APG-Gran Canaria en el magnífico campo de Anfi Tauro Golf. Un *play-off* a muerte súbita, resuelto en el



Laura Cabanillas y Javier Colomo posan con sus trofeos.

hoyo 18, ha sido necesario para decidir al campeón masculino, ya que Colomo había terminado empatado con Gonzalo Fernández-Castaño. La segunda posición de la clasificación femenina la compartieron la grancanaria Emma Cabrera (ganadora en la pasada edición) y la malagueña Ana Belén Sánchez con +5. La tinerfeña María Beutell finalizó en el cuarto puesto con dos golpes más.

Laura Cabanillas, la jugadora de Benahavís que también fue campeona de España APG en el 2003 en Alicante Golf, salió tres golpes por detrás de Ana Belén Sánchez, líder desde la primera jornada, que se desinfló y perdió todas las opciones después de unos cuantos *bogeys* y un triple en el hoyo 8. Cabanillas pasó por la mitad del recorrido con menos 3

en total, y a pesar de dos errores seguidos en el 12 y en el 13, se reafirmó en la primera posición con tres aciertos más, uno en el hoyo 14 y otros dos para terminar como una gran campeona: “En el 17 la dejé dada con el *blaster*, y en el 18 también a un palmo con un buen *approach*. Estoy muy contenta, ha sido un torneo increíble y en un sitio increíble. Me he sentido muy cómoda toda la semana, con mis amigos y con mi profesor Rod Bastard. En este campo hay que patear bien y, sobre todo, saber por dónde tienes que fallar los *greens*”. Cuando sólo faltaban dos hoyos para concluir el Campeonato Masculino, todo parecía indicar que el trofeo viajaría a Mallorca con Sebi García Grout (actual número uno del *ranking* Peugeot Loewe), en ese momento con menos 12 en el marcador, pero un doble *bogey* en el 18 le relegó a la tercera posición. Mientras tanto, Gonzalo Fernández-Castaño emprendió el ataque con *birdies* en los tres últimos hoyos, y a Javier Colomo le quedaba un *putt* de unos diez metros para empatar y salir a *play-off*. Colomo la embocó y volvieron a disputar el hoyo 18, donde el madrileño mandó la bola al agua con el segundo golpe y el cacereño lograba su primera victoria profesional. ■

### García Grout, el mejor en la tercera prueba del circuito nacional

**S**ebastián García Grout ha firmado su segunda victoria profesional en el Peugeot Loewe Tour Balneario de Mondariz al imponerse con 9 golpes bajo par en una emocionante jornada final en la que el mallorquín supo evitar el *play-off*. Sebi, que ganó su primer torneo a finales de la pasada temporada en el Peugeot Loewe Tour de La Barganiza, empezó la última vuelta del torneo con *birdie* en el hoyo 1 y siguió con *bogey* en el 7, *birdie* en el 13 y *bogey* en el 16; llegaba al 18 con sólo un golpe de ventaja sobre Sánchez-Palencia, que esperaba pacientemente la posibilidad de un *play-off*.



## CLASIFICADOS

### EMPLEO

Adecco Medical & Science selecciona para los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana:

#### MÉDICOS ESPECIALISTAS

Formación especializada en Ginecología, Pediatría, Anestesiología, Urología o Radiología. Alta ética profesional y orientación al paciente.

Competitivo paquete retributivo.

Interesados pueden enviar CV a [adecco.ms.valencia@adecco.com](mailto:adecco.ms.valencia@adecco.com)

### 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

El Hospital L' Horta Manises, en Valencia, selecciona:

#### JEFES DE SERVICIO Y FACULTATIVOS

##### Se ofrece:

Integración en un equipo de profesionales donde las personas son el primer valor.  
Lugar de trabajo equipado con una tecnología de vanguardia y un moderno equipamiento médico.

Más información en la página web [www.hospitalmanises.es](http://www.hospitalmanises.es).

MERCADONA precisa:

#### MÉDICOS

Se requiere:  
Titulo de Medicina.

Más información [www.mercadona.es](http://www.mercadona.es)

Marinador precisa incorporar:

#### MÉDICOS

##### Se requiere:

Titulación en Medicina. Se valorará especialmente haber trabajado en balneario y mutuas de trabajo.

##### Se ofrece:

Crecimiento profesional.  
Posibilidad de alojamiento en nuestro complejo.  
Remuneración según valía.

Interesados en participar en el proceso de selección enviar CV a [curriculums@marinador.com](mailto:curriculums@marinador.com).  
Teléfono: 964 31 36 02;  
Fax: 964 31 36 08

Sociedad de prevención precisa incorporar en San Sebastián (Guipúzcoa):

#### MÉDICOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

##### Se requiere:

Licenciatura en Medicina y Cirugía.

##### Se ofrece:

Atractiva retribución.  
Jornada continua en horario de mañana.

Interesados pueden enviar sus referencias a través del correo electrónico [nera.cuevas@adecco.com](mailto:nera.cuevas@adecco.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](mailto:info@drugfarmacongresos.com)  
Contacto: Lourdes Panizo

Multinacional farmacéutica en pleno proceso de expansión, necesita:

#### DIRECTOR MÉDICO

##### Se requiere:

Licenciado en Medicina.  
Experiencia de seis años en puesto similar.

##### Se ofrece:

Incorporación a una compañía en plena expansión y a un proyecto con amplias posibilidades de crecimiento.

Más información en la web: [www.seletia.com](http://www.seletia.com).

## INVESTIGACIÓN

# NF21

Nufarm 21  
Inés Prezelin  
Carretera de Húmera 87, 11-3A  
28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid  
Telé: +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

  
**PRODRUG**  
MULTIMEDIA, S.L.

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 POSTDOCTORALES EN GENÓMICA

Organizada por Novartis y el Centro de Regulación Genómica (CRG) ubicado en Barcelona, la beca postdoctoral tendrá una duración de dos años. La remuneración total será de 30.000 euros anuales.

Se requiere estar en posesión del título de doctor, experiencia acreditada en investigación, conocimiento suficiente del idioma inglés, y ser autor o co-autor de al menos tres artículos en revistas incluidas en el Science Citation Index.

Las solicitudes presentadas hasta el 1 de septiembre serán evaluadas por un comité de selección compuesto por científicos españoles de prestigio. El Comité podrá realizar entrevistas a los candidatos, teniendo en cuenta que la incorporación del becario está prevista a partir de enero de 2009.

Más información, bases y formulario en [www.novartis.com](http://www.novartis.com)

## INMOBILIARIAS

Se alquilan consultas médicas espaciosas. 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 m<sup>2</sup> (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 10 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 L" 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 ansiedad 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 de 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. **Pacientes (> 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<sub>cr</sub> 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 reestablecer 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. **Manía.** Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemantes. **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 combinadas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se tratan pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Además existe la posibilidad de un incremento del riesgo de conductas suicidas en adultos jóvenes. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de estos hechos y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Acatisia/inquietud psicómora.** 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 acompañadas de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes crónicos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ticlopidina y dipyridamol), 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 los 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 esto 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 (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente la dosis durante un período de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver "Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento" en el apartado 4.2). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO) 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 desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán 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 conjuntamente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepressivos (tricíclicos, ISRS), neuroleptícos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), meloquinolona, bupropion 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 interferencia 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. Los 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, tioufamida, 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. flecaicida, propafenolol 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. antidepressivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tiacindolona 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 a 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 ventilación, vómitos, hipoglucemia, hipotensión, hipotermia, hipereflexia, temblores, temblores, irritabilidad, letargo, loro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tiempo 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 son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente (≥1/10), frecuente (≥1/100), poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100), rara (≥1/10000, ≤1/1000), muy rara (≥1/10000) o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no pueden estimarse a partir de datos disponibles); Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente (≥1/100, <1/10); Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente (≥1/1000, <1/100); Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido: hombres y mujeres. Anorgasmia: mujeres. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocida (no pueden estimarse a partir de datos disponibles); Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente (≥1/100, <1/10); Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del lenguaje. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Taquicardia. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente (≥1/100, <1/10); Sinusitis, bostezos. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente (≥1/10); Náuseas. Frecuente (≥1/100, <1/10); Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal). Trastornos hepatobiliares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente (≥1/100, <1/10); Incremento de la sudoración. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Equimosis, angioedemas. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y óseo. Frecuente (≥1/100, <1/10); Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Frecuente (≥1/100, <1/10); Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hombres: priapismo, galletorra. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente (≥1/100, <1/10); Fatiga, pirexia. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Edema. Investigaciones. Frecuente (≥1/100, <1/10); Aumento de peso. Poco frecuente (≥1/1000, ≤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 psicómora/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 causa. **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 mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leves a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se recomienda que se debería reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver apartados 4.2 y 4.4). **4.9. SOBREDOSIS. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicadas sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia). **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. LISTA DE EXCIPIENTES.** Núcleo: Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Talco. Croscarmellose de sodio. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa. Macrogol 400. Dióxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERÍODO DE VALIDEZ.** 3 años. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blisters 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). Blisters 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 ser solamente este comercializado 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. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



En **3** años hemos  
corrido mucho...



...ya hemos logrado  
nuestra **5<sup>a</sup>** indicación:  
Trastorno Obsesivo - Compulsivo.



En depresión y ansiedad,  
**rapidez y potencia**  
son decisivas



Lundbeck  **Cipralex**  
escitalopram