

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

5º ANIVERSARIO

11 de julio de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Los que trabajan en verano

## Abierto por vacaciones

Pág. 28



**ADEMÁS**

**ATENCIÓN  
AL PACIENTE**

La información: un derecho  
y una obligación

Pág. 8

SPA

www.medeco.es.com

# En 3 años hemos corrido mucho...



(Ver ficha técnica en pág.46)



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



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



Lundbeck  **Cipralex**  
escitalopram

28

# Abierto por vacaciones

En el verano la salud no descansa; y muchos profesionales de la salud, tampoco, en especial aquellos médicos cuya presencia se hace imprescindible en lugares de afluencia masiva de gente, como son las playas, los cruceros o los parques temáticos. La época estival reclama a estos facultativos y, en ocasiones, con ofertas económicas muy interesantes para ellos.



## PRACTICA PROFESIONAL

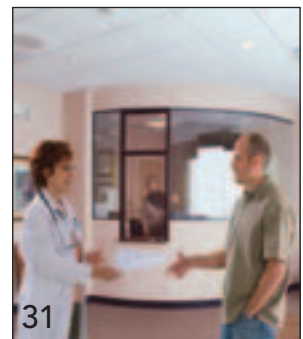
### 31 Dé anotaciones a sus pacientes

Muchas veces el paciente suele olvidar la información que le transmite su médico en la consulta. Una forma eficaz de mejorar el cumplimiento de las pautas y de llevar un registro exacto es facilitar anotaciones claras y concisas a los pacientes.

## SU DINERO

### 36 Ocho vías para mejorar sus ingresos

Un internista preocupado por aumentar su productividad y sus ingresos comparte con nuestros lectores una serie de cambios prácticos que, sin requerir gran esfuerzo, pueden significar un ingreso adicional para su consulta.



36 SU DINERO 11 de julio de 2008 Medical Economics

## 8 vías para mejorar sus ingresos

Estos cambios prácticos no requieren de un gran esfuerzo y podrían significar un ingreso adicional para su consulta.

Por Helen M. Kellin

**C**uando pensamos en agosto a tiempo completo, la mayoría de nosotros pensamos en las vacaciones. Pero para muchos médicos, el verano es una época de gran actividad. En este artículo, comparto con ustedes algunas ideas para mejorar sus ingresos durante este período.

**1. Cambiar su rutina.** Trabaje en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad. Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar, como en un centro de salud o en un hospital. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

**2. Evaluar su dotación de personal.** Considere contratar a un nuevo personal para ayudarle a manejar su práctica. Esto le permitirá aumentar su productividad y sus ingresos.

**3. Ver más pacientes.** Considere aumentar el número de horas que trabaja. Esto le permitirá atraer a más pacientes y aumentar sus ingresos.

**4. Trabajar en un lugar diferente.** Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

**5. Trabajar en un lugar diferente.** Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

**6. Trabajar en un lugar diferente.** Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

**7. Trabajar en un lugar diferente.** Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

**8. Trabajar en un lugar diferente.** Considere trabajar en un lugar diferente al que suele trabajar. Esto le permitirá atraer a nuevos pacientes y aumentar su productividad.

36

Este verano preocúpese de sus vacaciones  
de su **seguridad** se preocupa **A.M.A.**



Más de 500.000 profesionales confían ya en A.M.A.

**SEGUROS PERSONALES** Seguro Automóvil  
Multirriesgo Hogar  
Responsabilidad Civil General  
Multirriesgo Viajes  
Multirriesgo Accidentes  
Multirriesgo Embarcaciones

**SEGUROS PROFESIONALES** Multirriesgo Establecimientos Sanitarios  
Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas  
Responsabilidad Civil Profesional  
Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias  
Defensa y Protección por Agresión  
Multirriesgo Oficinas y Comercio  
Protección Jurídica, Defensa y Reclamación  
Multirriesgo PYME



Más información en:

• Teléfono Central Madrid  
91 042 47 00 / 902 26 26 19

• A través de internet:  
[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

• En las delegaciones AMA de su provincia.

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

José A. Barberá y Miguel Marín.

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual 135,20 €  
Tarifa instituciones anual 109,20 €  
Ejemplar suelto 5,50 €  
Ejemplar atrasado 8,50 €  
Precios válidos para España, IVA incluido


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

### Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

## ACTUALIDAD

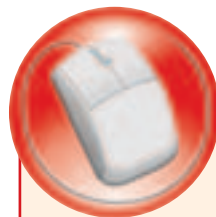
- 5 Opinión lectores
- 7 El termómetro
- 10 Profesión y Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 Gestión Profesional
- 16 Gestión de calidad
- 18 Tribunales
- 20 Capital Riesgo
- 40 Inversiones
- 42 Internet y Medicina

## Y ADEMÁS...

- 8 Atención al paciente
- 43 Tres de últimas
- 47 Clasificados



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Está bien atendida la salud en las vacaciones?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

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



## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

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

© Copyright 2008 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonsel

Secretaría 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 Clínic 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 Abuin

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**  
Secretaría de la Asociación Nacional  
de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

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

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

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

### Impuestos/Finanzas

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

**José Ignacio Alemany**  
Socio Director  
Bufete Alemany Escalona  
& Escalante

### Capital Riesgo

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

### Nuevas Tecnologías

**Marcial García Rojo**  
Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

**Oscar Gil García**  
Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al paciente

**Gloria Herías Corral**  
Adjunta a Dirección  
Fundación Jiménez Díaz-Capio

# Opinión de los lectores

## >> Un médico extranjero

“Dedican su portada del número de MEDICAL ECONOMICS correspondiente al 20 de junio pasado al médico extranjero en España. Llevo cuatro años de radiólogo en España, (tres en el País Vasco, de donde me fui a Zaragoza porque allí resulta muy incómodo trabajar), no tengo contrato fijo, hago guardias y sustituciones, y así voy tirando, como dicen ustedes, pero bastante mejor que en mi país. Me homologaron el título debidamente, con un examen, pero sé de otros compatriotas que ejercen sin haberles homologado el título. Enhorabuena por su revista.

Oswaldo M. Carvajal (*Zaragoza*)

## >> El valor de la gerencia

“He leído en MEDICAL ECONOMICS (25 de abril) un artículo del Dr. Pacheco Guevara, quien reflexiona sobre la tarea de la gerencia. La figura del gerente es en general injustamente denostada. Trabajo en un hospital público y he visto pasar ya por él a varios gerentes: lo triste es ver que esta labor, clave para el buen funcionamiento del centro, está en no pocas ocasiones supeditada al poder político. El gerente debiera tener la independencia suficiente para actuar profesionalmente, eso sí, presentando los resultados exigibles a todo gestor sanitario. Cualquier otro esquema supone no atender el objetivo de su trabajo, el mejor rendimiento del centro considerando todos los intereses.

R. López López (*Sevilla*)

## >> A vueltas con los Colegios

“Soy médico de Atención Primaria y he leído con interés las declaraciones de los expertos reunidos por su revista para hablar del eterno tema: la colegiación (MEDICAL ECONOMICS 25 de abril). Veo que el debate sigue abierto y yo, como creo la mayoría de mis compañeros, sigo pensando que sí, que son necesarios para velar por la profesión; pero no, no sirven de nada tal y cómo funcionan en la actualidad. Por tanto: renovarse o morir.

P. García Puck (*Málaga*)

15 años analizando y dando soluciones

 **cogesa**

Consultoría y gestión sanitaria

# JORNADA DE DEBATE



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



Martes, 23 de septiembre de 2008

Ateneo de Madrid

c/ Prado, 21

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

# El Termómetro

## La RSE, una obligación voluntaria

La responsabilidad social (RSE) es un concepto con arreglo al cual las organizaciones deciden voluntariamente integrar las preocupaciones sociales y medioambientales en sus actividades y en las relaciones con todos sus interlocutores. La principal función de las organizaciones consiste no sólo en crear valor añadido con la producción de bienes y servicios que respondan a las demandas sociales, sino también en generar riqueza y empleo en cantidad y de calidad, mediante entornos laborales adecuados, atractivos e incentivadores que permitan un desarrollo integral del individuo.

El fenómeno de la globalización motivado en parte por una verdadera revolución tecnológica y un mejor acceso a la información (sociedad de la comunicación), entre ellas la sanitaria, está generando nuevas oportunidades para las empresas, pero está aumentando a la vez el grado de complejidad organizativa. Las nuevas presiones sociales y de mercado están transformando los valores y las perspectivas de la actividad empresarial.

La gestión responsable se caracteriza por ser pro-activa, por traducirse en políticas de gestión responsable concretas, y por ir más allá de los necesarios proyectos de acción social, filantropía, mecenazgo o donación; teniendo en cuenta que por acción social entendemos aquellas iniciativas mediante las que una empresa colabora con objetivos sociales ajenos al objeto de la misma. El ejemplo clásico son las donaciones, las actividades de mecenazgo y patrocinio, la contribución a fundaciones, etc. Estas iniciativas filantrópicas suelen ser muy bien recibidas por la sociedad, y en ocasiones se consideran parte de la RSE de las empresas, pero aunque la acción social puede ser una parte relevante de la RSE, no es el todo. La RSE comienza por la propia organización y su entorno, y si bien la acción social puede ser un componente de la misma, no es ni un componente central, ni un sustituto de la RSE.

La implantación de sistemas de gestión ética en las organizaciones que fomenten la cooperación institucional, no sólo ayudan a crear mejores entornos laborales y sociales en el plano local, sino que si se ejerce de verdad y con solidez y no son “conjuntos vacíos”, contribuyen a generar un mundo mejor, un planeta más habitable y sostenible.

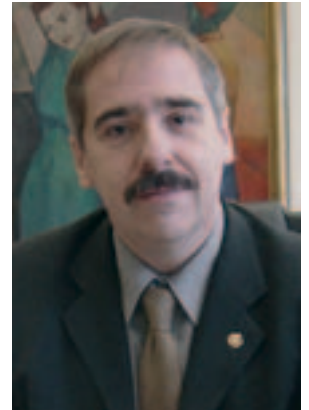
El objetivo final de organizaciones comprometidas es el dejar una huella social sólida, sustentada en una contribución local y un legado sostenible. Ese es el reto que tendremos que afrontar y que abre el camino del nuevo concepto de organización del siglo XXI.

En el ámbito de la salud nuestra sociedad, inmersa en el proceso de globalización, reclama un incremento sustancial de los servicios sanitarios, tanto en cantidad como en calidad, exigiendo unos resultados médicos adecuados y la participación en las decisiones.

El actual usuario de los servicios sanitarios quiere la mejor asistencia, que se le trate como persona, por todos los especialistas precisos, de forma multidisciplinar e integral, en centros sanitarios excelentes; exigiendo, finalmente, asegurar la calidad y con los mejores resultados médicos. Además, solicita recibir toda la información posible, así como una educación sanitaria óptima que permita la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades.

La suma de voluntades y esfuerzos ante un objetivo común, el ser humano, sin apellidos, sin matices, sin reservas, alcanza su máxima expresión en los profesionales sanitarios dedicados al cuidado de la salud en países en vías de desarrollo, implicados en organizaciones internacionales o locales de diversa índole, tercer sector (ONG's, asociaciones y organizaciones humanitarias...), etc..

Imagino que todo este, este sumatorio de esfuerzos, este modelo es el que ha resultado reconocido por el Jurado de los premios Príncipe de Asturias. Enhorabuena por la decisión y felicidades a todos los que hacen posible esta realidad. ■



Fernando Mugarza\*

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

# La información: un derecho y una obligación

*En numerosos artículos, documentos y escritos siempre se comenta que la satisfacción de los pacientes está relacionada directamente con el grado de información que tengan éstos.*



**Gloria Herías Corral\***

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado las organizaciones internacionales con competencia en esta materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, la UNESCO o la OMS trabajaron en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Posteriormente en España, tanto el artículo 43 de nuestra Constitución como en la Ley General de Sanidad se habla de estos derechos. Posteriormente, el Convenio de Oviedo, de ámbito internacional y con carácter vinculante para todos los países firmantes de la Unión Europea, recoge los derechos humanos y biomédicos que tienen los pacientes.

La Ley de Autonomía 41/2002, que emana del anteriormente citado convenio, regula el derecho a la información, el consentimiento informado, la confidencialidad, la intimidad y la calidad de la misma. Por tanto, la información es un derecho de los pacientes y un deber de los profesionales ofertarla con las garantías que se recogen en la Ley.

En numerosos artículos, documentos y escritos siempre se comenta que la satisfacción de los pacientes está relacionada directamente con el grado de información que tengan éstos, y así podemos corroborar este hecho a través de las encuestas de satisfacción y las reclamaciones que realizan los enfermos.

En mi hospital, como en tantos otros, el tema de la información al paciente y su familia destaca por encima de otros, también importantes, como el gran caballo de batalla de la organización.

Informar adecuadamente, tanto desde el punto de vista clínico como sobre aspectos generales de la organización, no siempre se hace de la mejor manera. Somos conscientes de que si informáramos a los pacientes y a sus familias de la forma correcta, garantizando la intimidad, con un lenguaje comprensible, cercano y en el momento indicado, la relación que el paciente y su familia establecen con los profesionales sanitarios sería mucho más satisfactoria para todos.

Por ello, uno de los objetivos prioritarios de la Fundación Jiménez Díaz es trabajar de forma permanente para aumentar la satisfacción de los pacientes. Actualmente, desde el núcleo Promotor de Calidad se generan grupos de mejora donde participan diferentes profesionales del hospital con el fin de elaborar estrategias y acciones comunes que nos lleven a conseguir la excelencia en la prestación sanitaria, tanto científico-técnica como humana, a fin de aumentar la satisfacción de nuestros usuarios.

## Mejor información en Urgencias

Tanto en las encuestas de satisfacción como en las reclamaciones realizadas por los pacientes se recogen muestras de insatisfacción con la información recibida. Para mejorar esa insatisfacción hemos constituido un grupo multidisciplinar, cuyo objetivo es mejorar la humanización en nuestro hospital. Dentro de este plan de humanización hemos priorizado mejorar la información en el Servicio de Urgencias, porque sabemos que si los pacientes están debidamente informados estarán más satisfechos, y aunque tengan que

» La información es un derecho de los pacientes, y un deber de los profesionales ofertarla con las garantías que se recogen en la Ley.

» Si informáramos a los pacientes y a sus familias de la forma correcta, garantizando la intimidad, con un lenguaje comprensible, cercano, la relación con el paciente y su familia sería mucho más satisfactoria para todos.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:

esperar, si les vamos dando información periódicamente, tanto clínica como de los tiempos de demora que hay en este servicio, va a aumentar la satisfacción. Si, por el contrario, esperan poco pero no les informamos adecuadamente, el nivel de insatisfacción va a ser muy alto.

Con el fin de mejorar la información en urgencias hemos elaborado un protocolo de actuación aplicado desde tres ámbitos: información clínica facilitada por los médicos, información sanitaria facilitada por el personal de enfermería e información general que ofrecen auxiliares, celadores y personal adscrito al Punto de Información.

Cuando ingresa el paciente en urgencias, el médico facilita una primera información al paciente y a su familia. Posteriormente vuelve a ofrecer una segunda información tras la valoración clínica del paciente, indicándoles qué tipo de pruebas se le van a practicar. Una vez que llegan los resultados, el médico vuelve a informar para explicar el diagnóstico, el tratamiento, la posible alta o permanencia en Urgencias, según el caso; además debe informar ante posibles cambios clínicos del paciente.

El Servicio de Atención al Paciente tiene una presencia en Urgencias a través del Punto de Información, ubicado en la entrada de Urgencias y cuyo objetivo principal es ofrecer información general al familiar, gestionar la petición de información clínica, ser el nexo de unión entre el familiar y el paciente, intentar resolver los problemas relacionados con los pacientes y familiares, y detectar la mejora de pequeños detalles que ayuden a aumentar su satisfacción.

Para concluir quiero comentar que, en un análisis realizado sobre las reclamaciones de enero a mayo en el Servicio de Urgencias, se observa un descenso im-

portante de las reclamaciones por falta de información, durante el primer semestre de este año, habiendo pasado del 61%, sobre el total de reclamaciones de este servicio, durante el primer semestre de 2007 a un 31% en el año actual. Por lo que se demuestra que los esfuerzos dedicados a informar al paciente y a su fa-



Un paciente debidamente informado tendrá un nivel mayor de satisfacción sobre la atención recibida.

milla aumentan la satisfacción y disminuyen el número de reclamaciones por este motivo. ■

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 800

millones de euros gastan al año los españoles en cirugía estética.

### 3.100

millones de euros anuales factura el sector de la cirugía plástica en España.

### 8

por ciento de las operaciones que se hacen en el mundo se realizan en nuestro país, que ocupa el cuarto puesto.

### 400.000

operaciones se realizaron en 2006 en España, país líder en Europa.

### 2.000

euros es el gasto medio por intervención.

Fuente: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

## ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

### "Médicos y Pacientes", nueva web informativa de la OMC

**E**l Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos pone en marcha un nuevo proyecto editorial, [www.medicosypacientes.com](http://www.medicosypacientes.com), un espacio de información sanitaria, de actualización permanente, que ofrecerá a los lectores aquellas noticias de actualidad sobre temas de salud que sean de mayor interés para los ciudadanos, siempre desde el rigor y la independencia.

Según los estudios realizados, en torno al 60% de los usuarios de Internet buscan información sobre salud; "medicosypacientes.com" va a ser el primero que ofrezca esta información avalado por esta institución colegial que coordina y representa a los más de 200.000 médicos colegiados de nuestro país.



## MALPRAXIS

### Aumentan las demandas por errores médicos

**U**n estudio de la Unidad Docente de la Fundación Tejerina, presentado recientemente por su director, Santiago Delgado, revela que las demandas por errores médicos se han multiplicado por cuatro en los últimos diez años. El trabajo analizó 2000 sentencias de la Audiencia Nacional contra hospitales públicos, con una mayor incidencia de demandas en casos de cirugía de cáncer de colon y actuaciones en la especialidad de de obstetricia. Así mismo se constata la llegada a España de la cultura de la reclamación contra médicos y entidades sanitarias, hecho más habitual en países anglosajones.



## FINANZAS

### Técnicas Reunidas, Bankinter y Abengoa reparten dividendo

**T**écnicas Reunidas repartirá entre sus accionistas el próximo 22 de julio un dividendo complementario de 0,515 euros brutos por título con cargo a los resultados de 2007. El grupo de ingeniería destinará 28,86 millones de euros a este pago, que se une al dividendo ya entregado en enero —de 0,45 euros brutos por acción—, que supuso un desembolso de 25 millones de euros. Por su parte, Bankinter distribuyó un dividendo bruto de 0,071 euros el pasado 5 de julio, y el grupo industrial y tecnológico Abengoa retribuyó a sus accionistas con un dividendo bruto de 0,17 euros por título con cargo a los resultados de 2007 el 2 de julio.



## PROFESIÓN

## Médicos de fin de semana

**P**ara hacer frente a la escasez de facultativos disponibles para trabajar en noches y fines de semana, la sanidad pública británica contrata a médicos extranjeros, la mayoría de origen polaco. Estos facultativos pueden llegar a cobrar una media de 12000 euros al mes por atender el trabajo asistencial en el Reino Unido durante los fines de semana, lo que ha levantado las críticas en distintos sectores de la salud de Gran Bretaña. Los licenciados de universidades británicas se quejan de que hay demasiada competencia extranjera, pero sin embargo optan por hacer horarios de asistencia de lunes a viernes, noches incluidas.



## INVESTIGACIÓN

## España dedica a investigación el 1,2% del PIB

**E**l esfuerzo total de España en investigación (I+D+i) llegó al 1,2% del Producto Interior Bruto (PIB) en 2006, últimos datos oficiales disponibles, frente al 0,79% de 1995. Pese a esa aceleración, el porcentaje queda un 64% por debajo de la media de la UE (1,74%) y prácticamente a la mitad de la media de la OCDE (2,25%). Son datos que recoge el *Informe 2008 sobre Tecnología e Innovación en España* de la Fundación Cotec. En ese sentido, el secretario de Estado de Investigación, Carlos Martínez, ha destacado que el Ministerio de Ciencia e Innovación apostará por la investigación traslacional, es decir, la acción conjunta de universidades, organismos públicos y hospitales, en el marco de la acción estratégica de salud del Nuevo Plan Nacional de I+D 2008-2011.



## BOLSA

## Auge de la inversión farmacéutica en España

**E**l banco de inversión estadounidense Goldman Sachs ha incluido a los laboratorios Grifols en su cartera de valores favoritos y le ha fijado un precio objetivo de 25 euros, un 28% superior al precio de cierre del pasado lunes, 23 de junio. Por su parte, el grupo biotecnológico estadounidense Biogen Idec prevé duplicar sus ventas en España este año respecto a 2007, en el que alcanzaron casi los 26 millones de euros, gracias al fármaco Tisabri para la esclerosis múltiple, según el consejero delegado de la compañía para España y Portugal, Guido Decap. El año pasado, Biogen Idec obtuvo una facturación global de 2.683 millones de dólares (1,731 millones de euros).



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

## Medical Economics

¿Cree que España necesita médicos procedentes del extranjero?



Una amplia mayoría de nuestros lectores encuestados (46,9 por ciento) cree que la solución al actual problema de escasez de médicos en España pasa por planificar la formación en las facultades. En esta línea de opinión se pronuncia un 38,21 por ciento, que consideran que el citado problema es resultado de la mala distribución de recursos. Son minoría clara los que creen que la solución viene del extranjero (5,39 por ciento) y que estos médicos serían bienvenidos si homologaran sus conocimientos en España (9,5 por ciento).

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

De Spanish Publishers Associates, editora de Medical Economics

## Dental Practice y JADA entregan sus galardones 2008

Coincidiendo con el segundo aniversario de su nacimiento, las revistas Dental Practice y JADA (Journal of the American Dental Association), editadas por Spanish Publishers Associates (SPA), hicieron entrega de sus premios Dental Practice & JADA 2008, cuyo objetivo es reconocer y distinguir a los profesionales y entidades españolas que más se han destacado durante 2007 por su actividad en las distintas áreas de la salud bucodental.



De izqda. a dcha., Francisco Javier Alández, Manuel García Abad, Belén Prado, Carlos Berzosa y Felipe Aguado.

### RELACIÓN DE PREMIADOS

ASEGURADORA DEL SECTOR DENTAL	DENTYRED, S.L.
SERVICIO HOSPITALARIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	HOSPITAL GRAL. UNIVERSITARIO DE VALENCIA
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA DENTAL	BRACKETS POLISULFONA (DM CEOSA, S.A.)
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UCM
CAMPAÑA DE DIVULGACIÓN	DENTAID, S.A.
MEJOR LABOR EN TECNOLOGÍA PROTÉSICA	ARAGONESES CENTRO PROTÉSICO DENTAL, S.L.
ENTIDAD PÚBLICA EN APOYO A LA SALUD DENTAL	CONSEJERÍA DE SANIDAD (MADRID)
SOCIEDAD CIENTÍFICA DESTACADA EN 2007	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
ARTÍCULO ESPAÑOL EN DENTAL PRACTICE-EDICIÓN ESPAÑOLA	DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA DEL SENO MAXILAR A TRAVÉS DE MANIFESTACIONES ODONTOLÓGICAS. J.M. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, C. BARONA, N. MARTÍNEZ, J. SANTOS, I. ARRIOLA, J.M. AGUADO.
ARTÍCULO ESPAÑOL EN JADA-EDICIÓN ESPAÑOLA	RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO ODONTOPEDIÁTRICO EN LAS LESIONES ORALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA. C. CARDOSO, G. VILLALÓN, M. MAROTO, E. BARBERÍA.
PREMIO ESPECIAL DEL JURADO	ASTRA SUMINISTROS MÉDICOS, S.L.

El acto, celebrado en el Hotel Ritz de Madrid, fue presidido por Belén Prado, viceconsejera de Ordenación e Infraestructuras Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (CAM) y contó con la presencia de Manuel García Abad, editor de *Dental Practice*; Felipe Aguado, director de publicaciones dentales de Spanish Publishers Associates; Carlos Berzosa, rector de la Universidad Complutense de Madrid; y Francisco Javier Alández, presidente de la Comisión Científica del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región.

Manuel García Abad fue el encargado de abrir el acto y lo hizo recordando la importancia de la formación continuada en la odontología, un área en la que “nunca se termina de aprender”. Por su parte, Felipe Aguado recordó las dificultades al inicio de su andadura como director de las revistas. “No sabíamos qué acogida tendrían, ya que presentaban unos contenidos de marketing e inves-

tigación muy innovadores, pero la evolución de la odontología española ha permitido que tengan éxito”, afirmó.

Durante su intervención, Francisco Javier Alández animó a los responsables de la revista “a continuar con su tarea en el campo de la formación continuada” y así “facilitar la labor de los profesionales en España”. A su vez, Carlos Berzosa señaló la importancia de “colaborar entre todos para la mejora y el beneficio de los ciudadanos en la salud bucal”.

Por último, Belén Prado felicitó a los responsables de *Dental Practice* y *JADA* por el segundo aniversario de las revistas que, según ella, “están destinadas a cumplir más años, ya que constituyen una iniciativa nacida del rigor científico”. Asimismo, subrayó el compromiso de la Consejería de Sanidad de la CAM con la salud bucodental, a través de iniciativas como el programa de atención dental para niños, y aseguró que su reto actual es mejorar la prevención de los problemas bucodentales.

### Entidades premiadas

El objetivo de los premios Dental Practice & JADA 2008 es reconocer a las entidades y personas que más se han destacado en el año precedente por su actividad en el ámbito de la salud dental.

En esta edición, el Hospital General Universitario de Valencia ha recibido el premio al mejor Servicio Hospitalario de Odontoes-tomatología, que fue recogido por los doctores Rafael Poveda y Carmen Gavaldá. A su vez, Dentyred fue distinguida como mejor Aseguradora del Sector Dental, mientras que en el apartado de Innovación Tecnológica Dental se premió al producto Brackets Honey Polisulfona, de DM CEOSA.

A su vez, la compañía Dentaïd, empresa líder en salud bucodental, obtuvo el premio a la mejor Campaña de Divulgación en esta área. En el apartado de mejor artículo español publicado en *Dental Practice*, se galardonó el titulado Diagnóstico del carcinoma del seno maxilar a través del manifestaciones odontológicas”, publicado en *Dental Practice* por los doctores Martínez-González, Barona Dorado, Martínez-González, Santos Marino, Arriola Riestra y Aguado Gil.

Por otro lado, la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid recibió por segundo año consecutivo el pre-



La entrega de los premios *Dental Practice* & *JADA* 2008 congregó a una amplia representación de profesionales del sector dental.



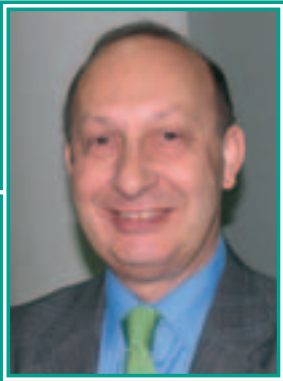
De izda. a dcha., Felipe Aguado, director de Revistas Dentales de SPA; Patricia Flores Cerdán, directora general de Atención Primaria de la CAM; Enrique González, director editorial de Drug Farma; Belén Prado, vice-consejera de Sanidad; y Manuel García Abad, editor de *Dental Practice*.

mio al Proyecto de Investigación más destacado, que fue recogido por Mariano Sanz, decano de dicha institución. La compañía Aragoneses Centro Protésico Dental recibió el galardón a la Mejor Labor en Tecnología Protésica, mientras que el premio a la Entidad Pública en Apoyo a la Salud Dental recayó en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

A su vez, la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) fue distinguida como la Sociedad Científica más destacada en 2007. También fue premiado el artículo “Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia”, publicado en *JADA* por las doctoras Cardoso, Villalón, Maroto y Barbería. Por último, el Premio Especial del jurado fue otorgado a Astra Suministros Médicos, por su contribución a la labor de los odontólogos españoles. ■

# Gestión Profesional

## Derechos de los pacientes, a la vista



Jose María Martínez García\*

**T**ras haber redactado un modelo de documento de declaración de principios de calidad aplicable a una clínica en el anterior número de esta revista, vamos ahora a hacerlo con el otro, al menos tan importante: la declaración de los derechos de los pacientes.

Y, sin que tenga que hacerse al pie de la letra, pues puede encontrarse incluso abundante bibliografía a este respecto, y cada día se pueden seguir conferencias y foros que sobre este tema organizan las propias asociaciones de pacientes, laboratorios farmacéuticos u otros colectivos, la redacción puede ser tal que:

“Siguiendo los principios expresados en el artículo décimo de la Ley General de Sanidad, el centro equis hace constar, para su información, que defenderemos los siguientes derechos de los pacientes:

- Recibir todos los cuidados que protejan su dignidad personal y respeten sus derechos culturales.
- Acceder a la mejor asistencia médica posible para cada enfermedad que se trate.
- Recibir una asistencia considerada y respetuosa con creencias y valores personales.
- Ser informado sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder en nuestro centro.
- Participar en las decisiones sobre su tratamiento y diagnóstico, e involucrarse en todos los aspectos de los mismos, incluyendo a sus familiares, si así lo solicitasen, tras recibir la misma información aportada sobre su caso.
- Compartir decisiones éticas que surjan en el transcurso de su tratamiento.
- Recibir información por escrito cuando vaya a ser sometido a un riesgo adicional para su salud siendo necesaria su previa autorización.
- Expresar sus sugerencias y dar solución a sus posibles quejas o reclamaciones en un plazo razonable de tiempo”.

Todos estos conceptos se pueden contemplar, en teoría de la gestión sanitaria, como gestión de la calidad y como atención al paciente o gestión de subvenciones.

Para finalizar con estas generalidades introductorias que hemos estado viendo en estas últimas columnas diremos que, a nivel legislación, siempre que enfoquemos temas de normativas de calidad hablaremos de cuatro ámbitos geográficos, con sus diferentes aplicaciones en forma de leyes, ordenanzas, reglamentos, etc: Legislación de la Comunidad Económica Europea; Legislación española; Legislación de las Comunidades Autónomas; Legislación local.

Además, deberemos tener en cuenta la legislación sobre residuos, en momento de auténtico auge legislativo por parte de todos los países occidentales. Nosotros hacemos la mención aquí entre España, como individualidad, y Europa:

### Comunidad Económica Europea:

La legislación a este respecto se rige por los siguientes documentos: Directiva 75/442 de residuos en general y modificaciones siguientes: Directiva 78/319 CEE residuos tóxicos y peligrosos; Directiva 91/156 residuos en general; Directiva 91/689 residuos peligrosos.

### Estado español:

En España, las leyes en relación con residuos son las siguientes:

Ley 10/1998 de 21 de abril de residuos; Real Decreto 833/1988 de 20 de julio, por el que se aprueba el reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986 (derogada por la Ley 10/1988). Establece, en detalle, el procedimiento de clasificación, autorización, gestión y control de los rtp (residuos tóxicos y peligrosos). Real Decreto 952/1997 de 20 de junio. ■

» Los conceptos relacionados con derechos del paciente se pueden emplear en la gestión sanitaria, la gestión de calidad o en la propia atención al paciente.

» Las normativas sobre calidad se desarrollan según su ámbito de aplicación (Unión Europea, España, Comunidades Autónomas y Ayuntamiento).

\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.  
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

XXXII Asamblea General en Granada

ASISA creció un 8,42 por ciento en 2007

Representantes de los más de 14.000 médicos que integran ASISA, gestores y directivos de toda España, se reunieron en junio pasado en Granada para hacer balance del ejercicio 2007.

El doctor Francisco Ivorra presidió esta sesión en la que se presentaron los datos de explotación de ASISA que ha experimentado, en el año 2007, un incremento del 8,42% de los ingresos, que ascendieron a 740 millones de euros, 720,5 de los cuales corresponden a primas de seguro. Se han dedicado a prestaciones asistenciales un total de 625,9 millones de euros lo que supone un incremento de 6,79%, sobre el año anterior.

ASISA, con más de 1.700.000 clientes, es la única aseguradora que, por el carácter cooperativo de su propiedad



Francisco Ivorra, presidente de ASISA, presentó los resultados de la entidad en el ejercicio 2007.

y concepción social de la medicina, reinvierte todos sus beneficios en la actividad asistencial, bien en el capítulo de honorarios profesionales o en el mantenimiento, mejora y creación de nuevas infraestructuras.

El capítulo de honorarios médicos ha crecido un 5,28% sobre el año anterior, alcanzando los 293 millones de euros, mientras que las inversiones en infraestructura sanitaria en 2007 han sido de más de 7 millones de euros. Esto hace que los resultados del año 2007 hayan sido de 5,5 millones de euros.

Nuevas áreas de negocio

En 2007, dentro de una decidida política de diversificación, se ha iniciado la actividad en el ramo de vida, lanzando al mercado un nuevo producto, ASISA VIDA, que además de ofrecer precios muy competitivos, incorpora novedades muy ligadas al mundo de la salud, como es el programa vida saludable, pionero en este tipo de productos. ■



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

cristalmina

ANTISÉPTICO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico transparente, eficaz, seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DC) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico. Polisorbato 80. Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, lagas recientes, prevención de infecciones en lagas por decúbito. Desinfección de la piel en preparatorios. Desinfección del ambiglo 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:** Evita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Preservarse de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya gozado 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% mgrodozil  
**OTRAS PRESENTACIONES:**  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml

# Gestión de Calidad: Medio Ambiente

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Elisa Herrera Fernández\*

» Sustancia tóxica o peligrosa es toda aquella sustancia o producto que por sus características físicas, químicas o biológicas entraña un riesgo para la salud o para el medio ambiente.

» Riesgo ambiental es la mera posibilidad de causar daño o contaminar el medio ambiente debido a la actividad humana.

### Concepto de sustancia tóxica o peligrosa

*¿Qué se entiende por una sustancia tóxica o peligrosa?*

Las discusiones doctrinales sobre determinados conceptos no siempre permiten establecer los límites claramente. En el caso que nos ocupa tenemos dos alternativas.

Plantearnos la definición legal de sustancia tóxica y peligrosa, o la definición técnico-científica, que nos permita diferenciarla de la anterior. Nos identificaremos así con la definición legal por varios motivos: en primer lugar, porque es la que va a determinar la actividad de la organización sanitaria en torno a esa sustancia; en segundo lugar, porque para redactar las definiciones legales, el legislador debe haber tenido en cuenta ese aspecto técnico.

Se entiende por sustancia tóxica o peligrosa toda aquella sustancia o producto que, por sus características físicas, químicas o biológicas entraña un riesgo para la salud o para el medio ambiente. Resalto en esta definición el hecho de que la afectación al medio ambiente se encuentra al mismo nivel de protección jurídica que el riesgo de la salud de las personas, aunque en este último supuesto basta con el mero hecho de puesta en riesgo, mientras que en el caso del medio ambiente habría que sobreentender la existencia de daño.

### Concepto de riesgo ambiental

*¿Qué se entiende por riesgo ambiental en acciones humanas?*

Riesgo ambiental es la mera posibilidad de causar daño o contaminar el medio ambiente debido a la actividad humana. Es importante resaltar en este concepto el hecho de que el daño (y el término

contaminación lo podemos considerar como tipo de daño; por lo tanto nos referimos a ambos supuestos) debe provenir siempre de la acción humana, desestimándose por tanto el daño procedente de causas naturales.

### Agentes químicos peligrosos

*¿Cuándo nos encontramos ante un agente químico peligroso?*

Por último, debemos hacer referencia al concepto de “agente químico peligroso”, dada la cantidad de sustancias de este tipo que, en la actividad diaria de una empresa sanitaria, se utilizan habitualmente.

Si bien la legislación se halla principalmente referida a la salud de los trabajadores, los errores en su manipulación provocan en no pocas ocasiones vertidos o residuos que afectan al medio ambiente de forma irremediable y con pocas posibilidades de recuperación de una empresa sanitaria; es un concepto a tener en cuenta. Existen millones de sustancias químicas en nuestro trabajo que afectan a las personas y al medio ambiente.

Por supuesto que una sustancia química puede, o no, convertirse posteriormente en un residuo peligroso. La clasificación de un residuo como peligroso recordemos que depende del sistema de lista.

Efectivamente son sólo aquellos que figuran en la lista de residuos peligrosos, así como los recipientes y envases que los hayan contenido. Asimismo, los que hayan sido calificados como peligrosos por la normativa comunitaria y los que pueda aprobar el Gobierno de conformidad con lo establecido en la normativa europea o en convenios internacionales de los que España sea parte. ■

\*Experta jurídica en Derecho Ambiental.  
Para contactar: elisa.herrera@orange.es

El acto fue presidido por la ministra de Ciencia e Innovación

## Décimo aniversario de la Clínica CEMTRO

El pasado 12 de junio se celebró en Madrid un acto conmemorativo del décimo aniversario de la Clínica CEMTRO, institución creada e impulsada por el doctor Pedro Guillén y que constituye una de las ofertas más completas en el sector asistencial de la medicina privada de la capital.

El acto, al que asistieron numerosos médicos y personalidades del mundo del deporte, fue presidido por Cristina Garmendia, ministra de Ciencia e Innovación, quien se sumó a las felicitaciones al Dr. Guillén y su amplio equipo de colaboradores por el éxito profesional alcanzado en esta década, glosando así mismo su figura como primera persona, de la investigación en el área de la artroscopia y el implante de condrocitos autólogos. ■



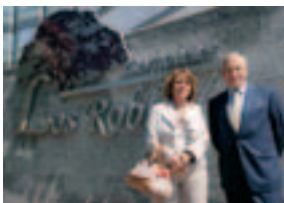
El doctor Guillén (izda.) junto a José María García, Cristina Garmendia y Adolfo Suárez Yllana.

Inaugurada en Madrid

## PSN abre su primera residencia de mayores

El presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN), Miguel Carrero, inauguró la nueva residencia para mayores Los Robles Gerhoteles Madrid, centro de uso exclusivo para mutualistas y profesionales universitarios, comenzando así la prometida red de residencias que PSN quiere extender por toda España.

El proyecto residencial de PSN se basa en tres ejes fundamentales: profesionales universitarios, lugares céntricos y servicios de primera calidad. En Los Robles está disponible una superficie de 10.000 metros cuadrados distribuidos en cuatro plantas, con 100 habitaciones (dobles e individuales) dirigidas a personas válidas y asistidas, a las que ofrece todos los servicios propios de este tipo de centros. ■



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

**dertrase**  
POMADA

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



Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro

**DERTRASE® pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuraz (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. Fungulosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndese una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuraz, 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. Teléfonos: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvabiotech.com

**SALVAT**  
comunicación y salud

# Tribunales

## Era necesario el ingreso hospitalario



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribunal Supremo

Sala de lo Civil  
Sentencia 28 de diciembre de 2007

### Hechos

El 17 de junio de 1998 la familia de un paciente presentó demanda de responsabilidad extracontractual contra un médico del Insalud, esta entidad, dos sanitarios de la Cruz Roja, esta misma entidad y contra la compañía de seguros que cubría la responsabilidad civil del Insalud. El motivo alegado no era otro que el facultativo, en su visita domiciliaria al paciente no apreció la gravedad necesaria para ordenar su ingreso en un centro hospitalario.

El juzgado estimó la excepción de incompetencia de jurisdicción, pues se atribuía, por la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, a los tribunales contenciosos administrativos. La Audiencia Provincial confirmó la incompetencia de la jurisdicción en cuanto a la reclamación contra el Insalud y absolvió a la Cruz Roja y los sanitarios dependientes de la misma. El argumento principal era que no se podía apreciar la vis atractiva (preferencia de los autos a los cuales son acumulados otros) de la jurisdicción civil en el presente caso.

La casación ante el Tribunal Supremo se planteó por tres motivos: que cuando la Administración es demandada junto con otras personas jurídicas privadas, es competente la jurisdicción civil; que la Audiencia debía haber entrado en el fondo del asunto, según jurisprudencia alegada, y que la Audiencia debía haber evitado el peregrinaje jurisdiccional entrando a conocer el fondo del asunto.

### Fallo

Al estimarse los motivos de casación, la sentencia recurrida fue casada, declarando el Tribunal Supremo la competencia de juris-

dicción para conocer de la demanda dirigida contra el Insalud, uno de sus médicos y la aseguradora de aquél. También dejó claro el derecho de ejercitar pretensiones ante quien corresponda, para lo cual estimó procedente retrotraer el procedimiento al momento anterior a dictarse la sentencia de apelación, con el fin de que con la celebración de una nueva vista, si procede, la Sala resolviese sobre el fondo del asunto. No hubo imposición en costas en la apelación ni en la casación, según los artículos 710 y 1715 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La aceptación en estos supuestos de la competencia de la jurisdicción civil en virtud de la vis atractiva constituye una excepción, amparada por las especiales características de la actividad sanitaria, ya que a partir de 1999 se proclama por primera vez, por una norma de rango legal, de modo específico: la competencia de la jurisdicción Contencioso Administrativa para conocer la responsabilidad patrimonial de la Administración y de sus agentes en materia sanitaria.

### ANÁLISIS: La vis atractiva

Los motivos de la casación fueron estimados ya que, en primer lugar, el Tribunal Supremo ha venido aceptando la vis atractiva de la jurisdicción civil cuando se demanda conjuntamente por responsabilidad civil a la Administración y al personal sanitario dependiente de ella, aunque constituye una excepción, a tenor del artículo 145 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ y PAC), y al haberse presentado la demanda antes de la entrada en vigor de la modificación de la legislación administrativa en materia de responsabilidad sanitaria. Y a partir del año 2003 siempre la jurisdicción es la contenciosa, aun demandando conjuntamente a la aseguradora. Los demás motivos de casación fueron rechazados. ■

» A partir de 1999 se proclama por primera vez, por una norma de rango legal, de modo específico: la competencia de la jurisdicción Contencioso Administrativa para conocer la responsabilidad patrimonial de la Administración.

» El Tribunal Supremo ha venido aceptando la vis atractiva de la jurisdicción civil cuando se demanda conjuntamente por responsabilidad civil a la Administración y al personal sanitario dependiente de ella.

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

## I Lección "Clara Campal"

# Medicina genómica en la terapia del cáncer

El Grupo Hospital de Madrid (HM) ha organizado la I Lección Conmemorativa "Clara Campal" para presentar los últimos avances en el tratamiento del cáncer.

**E**l Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), perteneciente al Grupo HM y sede de este simposio científico, nació "con el objetivo de proporcionar una atención clínica integral a los enfermos con cáncer, para lo cual se ha dotado de la más alta tecnología y de un grupo de profesionales de primer nivel", explicó Manuel Hidalgo, director del CIOCC y procedente del Hospital John Hopkins (Baltimore), en la I Lección Conmemorativa "Clara Campal" celebrada el pasado 19 de junio en Madrid.



El Dr. Juan Abarca, que inauguró la sesión, rodeado por los expertos participantes en la misma.

Esta I Lección Conmemorativa fue pronunciada por el Daniel D. Von Hoff, del Instituto de Investigación de Traslación Genómica (Phoenix), quien explicó en su disertación los objetivos básicos del trabajo de su equipo científico en la integración del binomio genómica-medicamentos en el tratamiento del cáncer: "obtener la mejor terapia diana para cada paciente oncológico, buscando el 'talón de Aquiles' del tumor en un contexto de vulnerabilidad genómica y/o clínica, y poner a disposición de los enfermos con cáncer la medicina genómica personalizada". Según Von Hoff, "centros de referencia como el CIOCC son fundamentales para optimizar los cuidados de estos pacientes oncológicos, mediante la evaluación de objetivos en tumores concretos".

La sesión científica, que fue inaugurada por el Dr. Juan Abarca, contó con la presencia de destacados expertos en el abordaje integral del paciente oncológico. ■

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

**SKIN FOAM**  
el apósito de espuma que mimas la herida y su entorno

"NO ADHESIVOS" FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Suave  
Gran control del exudado  
No se adhiere al lecho ulceral  
Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y salud

# Capital Riesgo

## Tipos de innovación sanitaria



Luis G. Pareras\*

**E**xisten muchos marcos de referencia para orientar la innovación y su impacto en sanidad. Uno de los más útiles es el que trata de sistematizar la innovación sanitaria en tres tipos básicos: orientada al consumidor, basada en la tecnología y la innovación integradora. Es importante conocerlos bien. Cada uno de estos tipos de innovación obligará a un distinto camino hacia el éxito y necesitará, por tanto, una distinta estrategia.

**Innovación centrada en el consumidor:** Este tipo de innovación se dirige directamente al ciudadano y trata de cambiar la experiencia de los usuarios de la sanidad desarrollando nuevas formas de relación con el sistema, mejorando la calidad de la atención recibida y/o reduciendo los costes del servicio. En la sanidad del futuro, donde el paciente es el centro de todo, el gran protagonista, los ciudadanos quieren estar al mando de su salud. Ésta es una tendencia que afecta probablemente a todos los sectores de la economía, pero el *empowerment* al que hacemos referencia es especialmente intenso en sanidad, donde la prestación de servicios está tan frecuentemente fragmentada, provista por distintas especialidades y distintos centros, que dejan en manos del consumidor la responsabilidad de integrar su propia salud.

Un buen ejemplo de este tipo de innovación podría ser un *medical device* portátil que midiera los niveles de glucemia de los pacientes diabéticos y mejorara su monitorización durante todo el día. Dado que la diabetes es una enfermedad que necesita un control frecuente y cuidados personales por parte del propio paciente, al proveer una monitorización más activa, los sistemas de salud y los emprendedores esperan que al involucrar al paciente en este nuevo tipo de relación, mejorarán sus resultados y disminuirán los costes de la sanidad (por ejemplo, al tener menos complicaciones asociadas a su enfermedad de

base que motiven por tanto menos ingresos en centros hospitalarios).

### **Innovación basada en la tecnología:**

Pertenecen a este grupo todas las innovaciones en medios diagnósticos, fármacos, dispositivos médicos (*medical devices*), nuevas formas de terapia, etcétera, que se nutren del avance científico y tecnológico. Si un profesional sanitario diseña y patenta unos nuevos catéteres revestidos de antibióticos con el objeto de reducir las infecciones en las vías intravenosas, podemos decir que este profesional ha desarrollado una innovación basada en la tecnología. Diseñar y patentar una nueva prótesis de rodilla también es una innovación basada en la tecnología.

### **Innovación basada en nuevos modelos de negocio:**

Este tipo de innovación se basa en la consolidación, en agregar distintos participantes en la provisión de sanidad para hacerlos más grandes y, en teoría, más eficientes y rentables. La sanidad está muy fragmentada; los profesionales sanitarios somos por naturaleza muy individualistas. Muchos médicos trabajan en la sanidad privada en solitario, o en despachos de menos de tres personas. Existen centros sanitarios que no dependen más que de sí mismos (no forman parte de cadenas de centros). El sector que fabrica material o dispositivos médicos está igualmente fragmentado en miles de pequeñas compañías. Al unir varias de estas iniciativas «dispersas» podemos obtener lo que se conoce como economías de escala: al unir compañías pequeñas para formar compañías más grandes tendremos, por ejemplo, más capacidad de presión para bajar los precios de nuestros proveedores, que no querrán perder un cliente tan importante y ajustarán al máximo sus precios. O, de igual modo, podremos eliminar los costes redundantes que se «repetían» en cada compañía por separado y que ahora, al trabajar juntos, ya no son necesarios. ■

» La innovación sanitaria se puede sistematizar en tres tipos básicos: orientada al consumidor, basada en la tecnología y la innovación integradora.

» La unión de compañías pequeñas permite más capacidad de presión para bajar el precio de los proveedores, que por no perder a un cliente importante, ajustarán al máximo sus precios.

(\*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: [www.healthonomics.com](http://www.healthonomics.com). E-mail: [lluis.pareiras@comb.es](mailto:lluis.pareiras@comb.es)

Celebrada la edición 2008 en Vigo

## Aula SEDAP, referencia para la gestión en AP

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), con la colaboración de Pfizer, ha dedicado el Aula SEDAP 2008 a formación en habilidades de gestión.

El Aula SEDAP, iniciativa ya consolidada como cita de referencia para la formación y la mejora de las habilidades directivas, de gestión y liderazgo en Atención Primaria, se centró en esta edición en revisar y analizar los "Fundamentos de Gestión de Proyectos para Directivos de Atención Primaria". La sesión, celebrada durante dos días en la Escuela de Negocios de Caixanova en Vigo, ha facilitado a los participantes los métodos y las habilidades necesarias para la gestión eficaz de proyectos.

En la inauguración del seminario participaron el secretario general del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Cayetano



Rodríguez Escudero; el presidente de la SEDAP, Luis Verde Remeseiro; y el secretario general de Radio-Televisión de Galicia (CRTVG), Carlos Monclús.

La primera jornada del seminario se centró en los fundamentos y las herramientas de Gestión de Proyectos, abordando aspectos como la definición de conceptos básicos, los tipos de organización y las fases y ciclos de vida de los proyectos, su planificación, control y análisis de costes.

Por su parte, la segunda sesión 'Habilidades necesarias del Director de Proyectos', trató temas como el liderazgo, la motivación o la gestión de conflictos, con especial atención al reconocimiento de las diferencias entre líder y jefe y los factores que determinan su influencia, y orientaciones para afrontar los conflictos en esta área.

El Aula SEDAP, en sus cinco años de actividad, se ha consolidado como cita clave en el ámbito de la gestión sanitaria y el desarrollo directivo, gracias a la colaboración entre la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria y Pfizer. Actualmente es un foro profesional de referencia en su especialidad y el único con una implantación que abarca toda la atención primaria española, con gran representatividad en todos los servicios. ■



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

SureSkin® II  
APÓSITOS HIDROCOLOIDES DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
innovación y calidad

# 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

### Estudio Athena

## Datos prometedores en fibrilación auricular

Los resultados del Estudio ATHENA, realizado con Multaq® (dronedarona), muestran una reducción de un 24% en las hospitalizaciones por causas cardiovasculares o muerte en pacientes con fibrilación auricular.

Este trabajo es el mayor estudio aleatorizado doble ciego realizado en enfermos con fibrilación auricular, y se ha llevado a cabo con la colaboración de más de 550 centros de 37 países y la inclusión de un total de 4.628 pacientes. El estudio Athena es el primer estudio sobre morbilidad, parte del programa de desarrollo clínico de fase III de MULTAQ®, en el que también se han incluido otros cinco estudios clínicos multinacionales, un estudio inicial en pacientes con insuficiencia cardíaca grave, el Andromeda, y un total de 4 estudios internacionales sobre fibrilación auricular, aún en desarrollo.

### Avance clínico

Los resultados de esta iniciativa pueden suponer el mayor avance de los últimos años para el tratamiento de la fibrilación auricular, devastadora enfermedad cardíaca que sólo en España afecta a más de 500.000 personas, provocando más de 50.000 hospitalizaciones todos los años.

Basándose en estos nuevos datos clínicos, Sanofi-Aventis se plantea remitir un informe para su registro a la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y una solicitud de fármaco nuevo (NDA, por sus siglas en inglés) a la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense durante el tercer trimestre de 2008. ■

## Dopodomani en las XVI Jornadas Mediterráneas

El pasado mes de mayo se celebraron en Sitges (Barcelona), las XVI Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética, foro en el que prestigiosos ponentes presentaron las últimas novedades en medicina cosmética, estética y del envejecimiento fisiológico.

El evento contó con la participación de Dopodomani, que mostró sus colecciones y accesorios en su propio stand, siguiendo con la vocación de ofrecer al profesional sanitario un valor añadido a su imagen personal con proyección de elegancia y diseño en su centro de trabajo. Dopodomani quiere agradecer a todos los clientes, amigos y visitantes, así como la organización, el apoyo ofrecido con motivo de este evento científico.

**DOPODOMANI**  
By always

# Dé anotaciones a sus pacientes

Los pacientes olvidan lo que se les dice en la consulta. Usted puede evitarlo dándoles por escrito lo más esencial para obtener mejor cumplimiento de sus pautas y unos registros más exactos.

Por Gail Garfinkel Weiss

Con un historial médico electrónico tomar nota de impresa de las notas y entregarlas a los pacientes es fácil, pero, ¿es una buena idea? El internista y pediatra Salvatore S. Volpe, quien comenzó dando las citas de visita a los pacientes en abril de 2006, responde con un entusiasta “Sí”. Entre las ventajas, Volpe cita:

- Mejora de la comunicación entre médicos y pacientes.
- Existen menos llamadas fuera de horas de consulta.

➤ Los registros son más exactos.

➤ Aumento del cumplimiento y seguimiento de las pautas que dé a los pacientes.

“Cuando los pacientes requieren múltiples pruebas, y en las notas yo he anotado radiografía de tórax y TAC abdominal, no son tan útiles como una nota en la que se enumeren los diagnósticos de las pruebas”, dice Volpe, que tiene una consulta en Staten Island, Nueva York.

“Los estudios muestran que los pacientes olvidan la mitad de lo que nosotros les decimos durante las visitas en la consulta”, sigue

Volpe. “O ellos podrían tener más preguntas que podemos tratar en una visita breve. La impresión de las notas del historial que les doy no sólo tiene mi diagnóstico, el seguimiento de las recomendaciones y la remisión de la información, sino que les facilitamos el que a través de Internet puedan investigar sobre las enfermedades en particular porque contiene los términos relacionados con los problemas médicos de los pacientes”.

Otro de los beneficios, sostiene Volpe, es que los pacientes pueden revisar su interpretación de lo que les dijo el médico, por lo que se pueden asegurar de lo que oyeron, y pueden contactar con él más tarde o pedir otra cita si hay algo que no han llegado a comprender. Además, pueden mostrar esas notas a los especialistas, a sus cónyuges, y—en el caso de los ancianos y enfermos— a los que participen en su cuidado.

### Un poco de historia

Los médicos comenzaron a dar resúmenes a los pacientes mucho antes de que hubiese registros electrónicos sanitarios o incluso fotocopadoras. De hecho, el cardiólogo Edward Gosfield Jr, que abrió una consulta en solitario en Filadelfia en 1950, dictaba las notas de sus visitas, así como cartas a los médicos, delante de los pacientes.

A continuación, las notas se enviaban a un servicio de transcripción que realizaba diversas copias con papel de carbón, una de las cuales Gosfield enviaba al paciente.

Gosfield, que se jubiló en 2002, dice que los pacientes que recibieron las notas de la visita se hacían más proactivos en la atención que recibían. Pero reconoce que su sistema de distribución de estas notas es costoso e ineficiente. Los médicos que disponen de la historia clínica electrónica, sin embargo, pueden generar múltiples copias de esas notas de forma barata y sencilla. Salvatore S. Volpe les dice a los pacientes, durante su primera visita, que deben hacer todo lo que puedan por plasmar de la mejor forma posible en un documento la información, y que al final de esa y las siguientes visitas, obtendrán una copia de lo ocurrido, así como un resumen del seguimiento que se les realice.

A continuación, imprime las notas él mismo y se las da al paciente. O si tiene que trabajar en esas notas un poco más, un miembro de su equipo da la anotación al paciente después de que éste se haya encargado de todos los trámites administrativos.

Otros médicos dan a los pacientes sólo determinada información de las notas de las visitas o informes que, a su juicio, los pacientes encontrarán útiles. Richard Waltman, médico de familia, proporciona a los pacientes textos con sus pruebas de laboratorio y medicamentos, así como gráficos de cómo les va con el peso, la tensión arterial, los niveles de glucosa y colesterol, entre otros. Y el ginecólogo Timothy E. Phelan, de Folsom, California, distribuye a sus pacientes copias de sus pruebas de laboratorio, ultrasonidos, patología y fotografías. “La mayoría de los pacientes no saben qué hacer con la información, pero algunos están muy agradecidos por obtener copias de sus archivos personales de salud”, dice.

Los que deciden no distribuir este tipo de notas de las visitas a los pacientes, exponen como razones la escasez de tiempo y la preocupación de que ese tipo de información esté en manos de personas profanas en la materia. “Los pacientes a menudo sienten pánico en todo aquello que no entienden sobre su expediente médico, y esto es incluso normal”, dice Stephen W. Leslie, un urólogo en Lorain, Ohio. “Es una pérdida de tiempo explicar por qué no existe motivo de preocupación por una próstata de 20 gramos, y tampoco existe motivo para preocuparse por tener un testículo ligeramente más pequeño que el otro”. Del mismo modo, Manoj Singh, un médico de familia de West Chester, Ohio, señala que sus notas contienen información médica con varios tecnicismos y además en latín, que desconciertan a la mayoría de los pacientes. “También, la Atención Primaria es un negocio de bajo margen, y la copia de esas cartas es un gasto añadido que no es reembolsable”, dice.

Raúl Vázquez, un médico de familia de Buffalo, Nueva York, elimina el papel y suaviza el problema mediante la conversión de la información en una tabla formato pdf, que graba en un CD-ROM, y que es entregado a los pacientes.

### La perspectiva de gestión de riesgos

Hasta el momento, Volpe ha recibido únicamente comentarios positivos de los pacientes acerca de dar información escrita. No consultó a un abogado antes del inicio de este sistema, principalmente porque toda la información de los pacientes es detecta-

## Puntos clave

» Los pacientes olvidan fácilmente lo que se les dice en la consulta.

» Con las notas los pacientes pueden revisar su interpretación de lo que les dijo el médico, por lo que pueden asegurar lo que oyeron.

» Algunos expertos creen que los médicos que dan estas informaciones pueden comprometerse de alguna manera.

» Si usted quiere lograr un cambio en la relación que mantiene con su paciente siga las recomendaciones que aquí figuran.



«Los médicos comenzaron a dar resúmenes a los pacientes mucho antes de que hubiese registros electrónicos sanitarios o incluso fotocopadoras»»

—*Salvatore S. Volpe, MD*

ble de todos modos, por lo que la responsabilidad del riesgo no es probable que sea mayor si los pacientes tienen acceso a esas notas. Volpe también da razones por las que la distribución de esas notas mejoran la seguridad de los pacientes, al tiempo que proporcionan a los médicos argumentos en un posible caso de malpraxis. “Un paciente se queja ‘El doctor nunca me dijo X’”. “Bueno, usted no va a tener que pasar por los tribunales si puede demostrar que le dio un informe en el que se indicaba X”.

Alice Gosfield, un abogado experto en derecho sanitario de Filadelfia, está de acuerdo y dice que los médicos que tratan a los pacientes de esta manera tienen, probablemente, menos posibilidades de ser demandados, aún en aquellos casos en los que el paciente obtiene unos malos resultados. “Treinta años de estudios indican que los pacientes no demandan a aquellos médicos a los que aprecian. Sea cual sea el hecho que una a un paciente y un médico, es algo positivo”, dice.

Gosfield añade que “se debe proporcionar únicamente una impresión de lo que se ha discutido. No se debe proporcionar información escrita al paciente acerca de posibilidades sin confirmar, y mucho menos cuando son sospechas de posibles anomalías”.

Eric E. Shore, internista y abogado, mantiene las notas de las visitas en gran parte debido a esa razón: “Cuando valoro a un paciente incluyo varios diagnósticos diferenciales en la parte de las notas dedicadas a “evaluación”, dice. “La mayoría de estas posibilidades nunca llegan a ser relevantes, pero yo las empleo para recordarme a mí mismo lo que busco y aquellas pruebas que tengo que hacer, y así poder mostrar a otros médicos que puedan ver el informe, un resumen de lo que pienso. Si bien el diagnóstico de cáncer o alguna otra enfermedad

que amenaza la vida puede ser a distancia, las palabras llevan ese impacto emocional que preferiría no tener la vivencia por parte del paciente sobre esa posibilidad de forma innecesaria”.

Shore cree que “los pacientes tienen derecho a recibir copias de sus registros si los solicitan”, pero tiene otro motivo para no dar notas de la visita a los pacientes que no las pidan: hay veces que no se quiere hacer hincapié en unos resultados normales. “Si un paciente tiene un historial de una mala dieta y un régimen de medicación cada vez que sus niveles de azúcar en sangre disminuyen”, explica, “yo podría decirle que lo está haciendo mucho mejor, pero todavía tiene que ser cuidadoso. Si el paciente ve el valor como normal, su nivel de azúcar se habrá elevado de nuevo en la próxima visita”.

La abogada experta en derecho sanitario, Sandra E.D. McGraw, directora general de The Healthcare Group in Plymouth Meeting, ve ventajas e inconvenientes en el hecho de que los pacientes vean las notas acerca de sus progresos.

En la parte positiva: “Estás compartiendo tus hallazgos con el paciente, y el régimen de tratamiento es mucho más claro”. “Pero un posible escollo es qué hacer si lo que un paciente pide no está de acuerdo con aquello que cree el médico. ¿Qué prevalece?”

### Adaptación de la información

El médico de familia David E. Bright, daba a los pacientes las notas de su visita, y se refería a “corregir” el problema caso por caso. “Si la petición es razonable, se la concedo”, dice Bright. Por ejemplo, en un apartado se puede leer “el paciente estaba estresado a causa de un incómodo supervisor en el trabajo”, y en otro puede decir,

«La mayoría de las anotaciones que hago nunca llegan a ser relevantes, pero yo las empleo para recordarme a mí mismo lo que busco y aquellas pruebas que tengo que hacer.»»

—Eric E. Shore, MD



“fibrilación auricular, sostenida con medicación”.

Si en el primer apartado queda claro el nivel de ansiedad del paciente, según Bright, el problema se debería enfocar de una forma oblicua. Por el contrario, habría que conservar el segundo apartado debido a las implicaciones médicas, si el paciente tuviera otro derrame cerebral.

Si cambia el registro en respuesta a los comentarios del paciente, McGraw asesora los siguientes procedimientos a seguir: determine la sección que se ha de corregir y, a continuación, inserte la entrada correcta, así como la fecha y la hora de entrada y la razón del cambio. La adición debe ser legible y evidente.

### Educación del paciente

A Gregory Makoul, el director del Centro de Comunicación y Medicina en la Northwestern University Feinberg School of Medicine en Chicago, le gusta la idea de dar a los pacientes notas acerca de sus progresos, pero advierte contra el exceso de confianza en esas notas como un medio de transmitir la información a los pacientes. “Úselas como un complemento o como un adyuvante en una clara comunicación en el encuentro”, dice, “pero no debe sustituir a la comunicación. Usted todavía tiene que hablar con los pacientes y aconsejarles, y asegurarse de que entienden todo”.

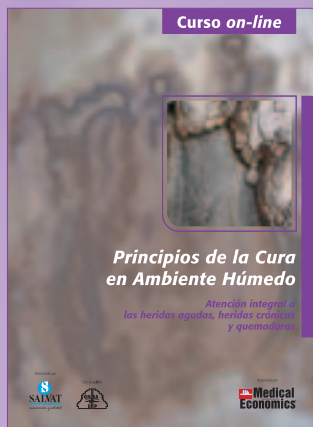
Makoul también piensa que un resumen específico y adaptado después de la visita es la mejor herramienta de educación para los pacientes, antes que un informe detallado de todos sus progresos. “Ese informe puede contener demasiada información para algunos pacientes de forma que no sean capaces de procesarlo y entenderlo”, dice. “Hay que tomar algunas precauciones en

el diseño, teniendo en mente el punto de vista de los pacientes, para llegar al punto en que estas impresiones tengan una utilidad óptima”.

Volpe admite que algunos pacientes se presentan desconcertados acerca de algunos términos que aparecen en sus notas, pero dice que hasta ahora esto ha producido mínimas confusiones. “Yo uso la terminología oficial para el historial y el seguimiento de las recomendaciones, y evito abreviaturas que no es probable que los pacientes lleguen a reconocer”, dice. Él ha ajustado sus notas ligeramente desde que comenzó a dárselas a los pacientes añadiendo los puntos donde se cree que aclarará las cosas, y el suministro de información adicional a medida que se hacen más expertos en la utilización de la historia clínica electrónica.

Cuando comenzó con la entrega de notas, Volpe sugirió que los pacientes las guardasen en carpetas de tres anillas. La mayoría de los pacientes hace caso omiso de esta sugerencia, por lo que ahora Volpe les da ya las carpetas que incluyen el logotipo de su consulta.

En última instancia, esto es, cuando la mayoría de los médicos tengan historiales médicos electrónicos, Makoul espera que la práctica de dar a los pacientes esos resúmenes después de cada visita llegue a convertirse en algo estándar en la atención de los pacientes. En su opinión, “un resumen donde se señala el diagnóstico, el plan de tratamiento, los medicamentos, información de referencia, estilo de vida y recomendaciones acerca de cambios en el comportamiento y de la salud, es un complemento esencial de una visita médica, y una excelente manera de reforzar lo que se ha debatido durante la misma”. ■



## Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras

### Temario

#### Unidad 1

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

#### Unidad 2

Úlceras Vasculares (UV)  
Pie Diabético

#### Unidad 3

Quemaduras

### 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.



## antisepsia y desbridamiento

### TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

### 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 (Lleida). 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

Con el aval de



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

Patrocinado por



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.

# El médico trabaja en vacaciones

*La salud no descansa en verano. Y muchos de sus cuidadores, tampoco. Pero hay lugares de afluencia masiva de gente (playas, cruceros, parques temáticos) donde la presencia del médico se hace necesaria. La época estival reclama al facultativo y, a veces, con ofertas económicas de esas que no se pueden rechazar.*



## Por Gonzalo San Segundo

/// El doctor está de vacaciones”, titulaba en su portada MEDICAL ECONOMICS ahora hace justo un año. En esta ocasión, la revista centra su atención informativa en el médico que trabaja en vacaciones. En ese profesional sanitario que, por exigencias del negocio, imperativo legal o necesidades económicas, tiene que estar al pie del cañón durante la época estival en lugares vacacionales: playas, balnearios, complejos turísticos, parques temáticos y de atracciones, campamentos infantiles, piscinas públicas, cruceros de placer, etcétera. O realizando sustituciones veraniegas en cualquier otra parte. O trabajando como en cualquier época del año, pues los centros sanitarios están abiertos también en vacaciones.

### Medicina estival

Las ofertas de empleo dan buena cuenta de la necesidad que, para el verano y en esos destinos mencionados, hay de médicos generales, con o sin experiencia. Éste, aparecido en el diario *El País* el pasado 1 de abril, es un ejemplo: “... precisa incorporar un médico general para conocido parque acuático en la provincia de Tarragona... Se trata de un trabajo para cubrir el verano de 2008. De junio a septiembre...”. Ofrecen un sueldo de 31.000 euros brutos al año. O este otro, publicado el 24 de mayo en MundoAnuncio.com: “Se necesita médico para piscina en el municipio de Algete, del 14 de junio al 14 de septiembre en horario de 12 a 20 horas de lunes a jueves. Alta en seguridad social, retribución neta diaria aproximadamente 142 euros, puede ser factible media jornada de 4 horas compartida entre varios”. Y un tercero, leído en InfoJobs.net el 8 de junio: “Buscamos profesional para in-

corporarse al servicio médico de empresas clientes parques de atracciones y parques temáticos de la provincia de Barcelona. Horario según necesidades del servicio (mañana, tarde, o festivos). Contrato mercantil”.

En la playa, por ejemplo, surgen con frecuencia enfermedades de la piel de diversa índole y procedencia. Y ahí está el dermatólogo, dispuesto a quitar un tatuaje, tratar una quemadura de sol o aplicar una crema sobre una picadura de medusa o mosquito. La experiencia de *Un dermatólogo en la playa* la cuenta en primera persona Enrique Gargallo Santa-Eulalia, director médico de la Clínica Medinorte de Valencia. En su artículo, escribe: “Al pasear por la playa... nos encontramos con múltiples pieles rojas, y no son indios de las películas del lejano oeste, sino pieles





que sufrirán por las noches un intenso prurito y en algunas zonas ampollas que deberán ser tratadas en el presente y que, en el futuro, pueden ser causa de envejecimiento, lesiones precancerosas o incluso cáncer cutáneo”.

En los parques temáticos o de atracciones los profesionales de los centros médicos ahí existentes no paran en verano. Tal es el caso de Francisco Fernández Henares, del Departamento Médico de Isla Mágica, en Sevilla: “El personal sanitario que trabaja en el parque, tanto médico como de enfermería, con

que se encuentran “personas jóvenes, quienes tienen un ritmo de vida acelerado y cada vez más preocupados por su bienestar, tanto físico como psíquico”, señala Ricart en *En un ambiente marino*. Y finaliza así: “El equipo médico trabaja en vacaciones atendiendo a las personas que disfrutan su tiempo libre, siendo el objetivo principal el conseguir que las vacaciones sean placenteras y saludables, consiguiendo mejorar su calidad de vida”.

Objetivo que también se proponen los médicos que están al cuidado de la salud de los participantes en campamentos infantiles, los bañistas de las piscinas públicas, los turistas de los cruceros fluviales y marítimos, y de todos cuantos procuran el descanso veraniego, ya sea en su localidad de origen o en cualquier otro destino del país o fuera de él. La atención médica, si se precisara, está asegurada.

El lector podrá leer en las páginas que siguen los artículos mencionados, en los que se narra, junto a experiencias personales, cómo es la práctica médica en diversos lugares vacacionales; así como unas proposiciones de viaje atractivas, refrescantes y culturales para todos aquellos que sí toman vacaciones (a pesar de la crisis) y se disponen a disfrutarlas. Para ellos la revista ha elegido tres destinos: China que, además de su peculiar y milenaria medicina, este año tiene el añadido de las olimpiadas; la vikinga Noruega y sus espectaculares fiordos, y el tranquilo y relajante golf de Los Flamingos, en Benahavís (Málaga).

Que usted lo disfrute. ■

«Los médicos que trabajan en vacaciones garantizan que éstas sean saludables»

una contrastada experiencia en medicina de Urgencias y Emergencias, facilita el trabajo y transmite mucha tranquilidad a familiares y enfermos dado que la seguridad y la toma de decisiones de manera rápida y eficaz es el secreto de una asistencia adecuada y eficiente”, comenta en su artículo *Medicina en el parque*.

Y mientras cientos de familias descansan en una ciudad de vacaciones como Marina d'Or, en la localidad de Oropesa del Mar (Castellón), el director de su Centro Médico Especializado del Balneario de agua marina, Juan Ignacio Ricart i Codorniz, cuida, con su equipo, de sus pacientes, entre los

# Un dermatólogo en la playa

Enrique Gargallo Santa-Eulalia

**Q**ué momento más dulce; dejamos el frío y empieza una nueva estación, el verano. Paseando por la playa, observo los intensos rayos de sol, que se reflejan en las aguas con sus olas y la cálida arena a nuestros pies, todo ello ansiado por los playeros hace que tomen de igual manera los baños en el mar como los baños de sol.

La playa es uno de los pocos lugares donde todos somos prácticamente iguales, a la hora de vestir, cada uno con su bañador, toalla y prácticamente pocas prendas más.

Un buen observador se encuentra en este lugar con todo el espectro de nuestra sociedad: niños haciendo castillos de arena, adolescentes jugando a la pelota, gente tumbada al sol y otros caminando por la orilla, mayores con sus sombrillas y mesas para jugar.

Durante un paseo como dermatólogo, quizás por defecto profesional, percibo múltiples lesiones o enfermedades que durante el año sólo se aprecian cuando acuden a la consulta los pacientes preocupados por unos síntomas que presentan.

Lógicamente, lo más llamativo son los tatuajes, son los que menos se ven en invierno y los que más lucen en verano; muchas personas los llevan con orgullo por su perfección en su ejecución, pero otros, al cabo de unos años, comprueban que ya se han cansado de ellos y deciden quitárselos, para lo cual contamos actualmente con láseres que logran su eliminación con mínimos efectos secundarios.

Al contrario que los tatuajes, que no sufren alteraciones con el sol, las lesiones névicas o luna-

res sí pueden sufrir cambios, y precisamente el sol es el enemigo número uno. Por ello debemos valorar los cambios en la asimetría, los bordes, el color, el diámetro o la evolución que pueden experimentar durante el año dichas lesiones, pero lo cierto es que durante el verano son más observables por parte de familiares y amigos.

La fotoprotección, tanto oral como tópica, además de mediante elementos playeros como

«La exposición solar continuada y sin protección adecuada puede causar lesiones cutáneas graves»

sombrillas, gorras o prendas de vestir que cubran una mayor porción de la piel, siempre será considerada beneficiosa por parte del dermatólogo, teniendo presente que el 80 por ciento de nuestro caudal solar se adquiere antes de los 18 años.

Al pasear por la playa observo todo tipo de personas y también de fototipos cutáneos, del 1 al 6, desde las pieles de leche hasta las pieles negras; entre ellas, y aparte de toda la gama de marrones, nos encontramos con múltiples pieles rojas, y no son indios de las películas del lejano oeste, sino pieles que sufrirán por la noche un intenso prurito y en algunas zonas ampollas que deberán ser tratadas en el presente y que, en el futuro, pueden ser causa de envejecimiento, lesiones precancerosas o incluso cáncer cutáneo.



El autor hace un repaso de las múltiples afecciones de la piel que se pueden observar en cualquier playa en verano.

Tampoco hay que olvidar que algunas reacciones alérgicas se producen por la ingesta de medicamentos (antibióticos, antiinflamatorios, etcétera) en los cuales está contraindicado el sol.

En muchas personas, pero sobre todo en mayores, se observan durante el paseo múltiples lesiones en la piel benignas (quistes, verrugas seborreicas, acrocordones, siringomas, puntos rubí, etcétera) las cuales, debido a su localización y molestias, pueden ser susceptibles de eliminarse por métodos quirúrgicos siempre después del verano.

También es frecuente observar patología infecciosa como la bacteriana (impétigo) sobre todo en niños, y que deberemos tratar tanto tópicamente como oralmente con antibióticos; la fúngica (pitiriasis versicolor, pie de atleta, onicomicosis, tiñas, etcétera) susceptibles de tratar con

antifúngicos orales y tópicos; así como las víricas (herpes) sobre todo el labial, causado por la exposición solar durante los primeros días de verano y que trataremos con cremas tópicas. También las picaduras (mosquitos, medusas, etcétera) son importantes en este período estival susceptibles de tratamiento con cremas y antihistamínicos.

El acné, las dermatitis (atópica y seborreica) y las alopecias han mejorado o están estabilizadas durante el verano pero, como sabemos, después del verano llega el otoño, y algunos solicitarán una cita en la consulta para intentar solucionar alguno de sus males, y el dermatólogo, con más color de lo habitual, estará preparado con su bata a diagnosticar y tratar la sintomatología que los pacientes presentan. ■

## Medicina en el parque

*Francisco Fernández Henares, director del Dpto. Médico de Isla Mágica (Sevilla)*

La incidencia de patologías dentro de las instalaciones de Isla Mágica es de lo más variada, pero en general tenemos que considerar que teniendo en cuenta su tamaño, la fácil localización y evacuación, sin olvidarnos de la inestimable colaboración del Servicio de Seguridad del Parque hacia el centro de Primeros Auxilios, hace que en un tiempo mínimo podamos asistir a cualquier persona dentro de las instalaciones.

La proximidad de un hospital público universitario a escasos diez minutos de nuestras instalaciones y la dotación adecuada de las mismas nos permiten poder atender desde una simple herida hasta una patología que precise de un soporte vital avanzado.

No debemos olvidar que el personal sanitario que trabaja en el parque, tanto personal médico como personal de enfermería con una contrastada experiencia en medicina de Urgencias



El personal sanitario de los parques temáticos tiene una especial formación y experiencia en medicina de urgencias.

y Emergencias, facilita el trabajo y transmite mucha tranquilidad a familiares y enfermos dado que la seguridad y la toma de decisiones de manera rápida y eficaz es el secreto de una asistencia adecuada y eficiente.

Los casos que nos encontramos en Isla Mágica dada su ubicación geográfica y la época de apertura son principalmente golpes de calor en los meses de junio, julio, agosto y primeros de septiembre, y después las lesiones de carácter normal producidas por las atracciones mecánicas del tipo síndrome vertiginoso y cuadros de mareos.

Una comunicación constante con el servicio de prevención del parque y con el centro de control ha contribuido a la subsanación, prácticamente en tiempo real, de las

posibles circunstancias que hayan provocado un accidente o puedan producirlo en un futuro, con lo que después de diez años la incidencia de este tipo de accidentes es mínima.

Los consejos que detallamos en nuestros folletos acerca de diversos aspectos como la importancia de ropa de protección solar y el consumo constante de bebidas y el disfrute de las atracciones cubiertas (cines, Capitán Bala, teatros y circo del Cóndor, etcétera) en las horas de mayor calor, han contribuido a disminuir la incidencia de los citados golpes de calor de manera considerable y ha favorecido el criterio de bienestar y disfrute de nuestros clientes que, en resumidas cuentas, es uno de nuestros principales objetivos. ■

## En un ambiente marino

Juan Ricart, director del Centro Médico Marina d'Or

**E**n nuestro caso el médico trabaja en el Centro Médico Especializado del Balneario de agua marina Marina d'Or, donde estamos inmersos en un ambiente marino, con las propiedades que nos aporta el agua de mar, por su riqueza en minerales y oligoelementos, potenciada por los elementos marinos como el sol y el clima mediterráneo saturado de microgotas de agua de mar que actúan como aerosoles naturales; la arena, donde al pasear conseguimos activar la circulación periférica; y los limos y algas marinas, que se mezclan con el agua de mar para su aplicación en las técnicas hidrotermales en nuestros programas terapéuticos y de salud.

Un entorno así es el destino ideal para uno de los tipos de pacientes que recibimos, perfil que corresponde con personas jóvenes, quienes tienen un ritmo de vida acelerado y cada vez más preocupados por su bienestar tanto físico (descanso, dormir mejor, mejora cardiovascular, osteomuscular, de la piel y cuidar la propia imagen personal) como psíquico (disminuir el estrés, la ansiedad, recuperar la tranquilidad emocional).

En la consulta médica siempre se aconsejan los programas de modo personalizado y, como en general, los pacientes están más receptivos se incide en mejorar los hábitos saludables como el ámbito del sueño, la alimen-



La balneoterapia constituye una forma de ocio saludable de creciente demanda en nuestro entorno.

## Tres destinos

*Medical Economics le sugiere tres ideas sugerentes de actividades para realizar en estas vacaciones.*



**CHINA.** Conocer in situ la medicina china tradicional, su práctica y tratamientos, es uno de los alicientes, más allá de los circuitos y monumentos turísticos clásicos, a tener en cuenta para viajar al país de

Gengis Kan. Los Juegos Olímpicos, que se celebrarán en Beijing, la antigua Pekín, durante el mes de agosto, se presentan (sólo este año) como otro de los grandes atractivos para conocer la cultura milenaria de las dinastías Han, Yuan y Quing, así como su variada, rica y sorprendente gastronomía, diferente en cada cantón.



**FIORDOS.** Los países escandinavos se configuran siempre como una opción de lo más refrescante, especialmente Noruega, con sus ciudades medievales de sabor vikingo, como Oslo y Bergen y, sobre

todo, una visita en barco por los fiordos, declarados Patrimonio de la Humanidad por la Unesco. Se trata de uno de los parajes naturales más hermosos del mundo, con estrechas y empinadas montañas que alcanzan hasta 1.400 metros sobre el nivel del Mar Noruego y se extienden 500 metros por debajo.



**GOLF.** España es uno de los países de Europa donde hay más y mejores campos de golf. Y entre el colectivo médico se encuentran muchos aficionados, y buenos, a este deporte. Flamingos Golf Club

es uno de los enclaves más hermosos de Marbella, situado en Benahavís, desde cuyos campos se puede disfrutar de magníficas vistas al Mediterráneo, África y Gibraltar, mientras se intenta superar el par de cualquiera de sus dos campos, diseñados por el arquitecto malagueño Antonio García Garrido.

tación, la ingestión diaria de agua o la práctica continuada de ejercicio físico.

Durante las vacaciones disponemos de más tiempo para nosotros mismos, es una buena época para mejorar la salud no sólo a nivel terapéutico, sino también preventivo. Es momento de recuperación y tratamiento de las distintas patologías con los programas terapéuticos, sobre todo antirreumático, circulatorio, respiratorio o fibromialgia. Estas acciones corresponden a un perfil de 40 a 70 años. También aprovechan el periodo vacacional para hacerse un chequeo médico preventivo de salud, el más completo que existe a nivel mundial, con un equipo médico de alto nivel y aparatología de última generación para detectar los factores de riesgo y prevenir la enfermedad o diagnosticarla en fases iniciales donde la terapéutica se realice con éxito.

### Salud integral

Otra oferta asistencial de este centro es el poder realizar durante su estancia en Marina d'Or – Ciudad de Vacaciones, desde una revisión bucodental en nuestro servicio de Odontología, una consulta al podólogo, iniciar o continuar con tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, un estudio del sueño o realizar el programa Braining, exclusivo de este centro, para estimular la atención y la memoria en combinación con la balneoterapia y así conseguir una mejora global en la salud.

Dada la búsqueda del bienestar, tenemos una gran demanda de los programas de belleza y relajación tales como el antiestrés, anticelulíticos, adelgazantes y puesta en forma. A nivel facial se solicitan, sobre todo, tratamientos de luminosidad, rejuvenecimiento y revitalización en el área de medicina estética, con la combinación desde la toxina botulínica hasta los implantes de última generación de ácido hialurónico.

A los pacientes que buscan mejorar su imagen a través de la cirugía les realizamos intervenciones de cirugía estética tanto faciales (lifting, párpados, nariz, orejas) como corporales (abdomen; mama de aumento, de reducción o remodelación; liposucción; etc.) en el bloque quirúrgico de nuestro centro, beneficiándose de un postoperatorio apropiado, con total privacidad, en un entorno vacacional.

El médico o equipo médico en nuestro caso, trabaja en vacaciones atendiendo a las personas que disfrutan su tiempo libre, siendo el objetivo principal el conseguir que las vacaciones sean placenteras y saludables consiguiendo mejora su calidad de vida. ■

# CHINA A SU ALCANCE

Oferta exclusiva para los médicos  
lectores de *Medical Economics*

Descubra las maravillas del gigante asiático por solo **1.680 €**

## ITINERARIO

- Día 1. Madrid / Beijing.**  
**Día 2. Beijing:** Plaza Tian An Men, Ciudad Prohibida.  
**Día 3. Beijing:** Espectáculo y clase de Taiji, Templo del Cielo, Clínica Tong Ren Tang (medicina tradicional china), Jardín Imperial-Palacio de Verano.  
**Día 4. Beijing:** Gran Muralla (tramo Ba Da Lin), Fábrica de Cloisoné.  
**Día 5. Beijing / Xian:** Antigua Muralla, Gran Pagoda de la Oca Salvaje, cena-espectáculo en el Palacio Tang.  
**Día 6. Xian / Hangzhou:** Terracota (Tumba Imperial de Qin Shihuang) y fábrica de terracota; Hangzhou: Paraíso terrestre, Lago Xi.  
**Día 7. Hangzhou:** Barco por el Lago Oeste y el Jardín de Flores y Peces, Templo del Alma Escondida, Clínica Hu Qing Yu Tang (medicina tradicional china), Long Jin y Museo del Té.  
**Día 8. Hangzhou / Suzhou:** Suzhou: Jardín del Maestro de Pescadores y Colina del Tigre.  
**Día 9. Suzhou / Shanghai:** Jardín Yu, visita al Bund y Zona Nueva Lu Jia Zui.  
**Día 10. Shanghai:** Templo del Buda de Jade; Fábrica de Seda; Universidad de Medicina China Tradicional (acupuntura).  
**Día 11. Shanghai:** día libre.  
**Día 12. Shanghai / España.**



## EL SERVICIO INCLUYE

Alojamiento con desayuno buffet en hoteles de categoría 5 estrellas, traslados privados con asistencia de habla hispana, visitas con guía local de habla hispana, entradas de visitas indicadas en el itinerario, media pensión en los días de visita, billete de vuelo doméstico en clase turista con tasas incluidas (Beijing/Xian y Xian/Hangzhou) y billete de vuelo internacional (regular) en clase turista: Madrid/Beijing y Shanghai/Madrid (tasas aparte).

El servicio no incluye: visados, propinas, tasas de aeropuerto (263€/pax aprox), gastos privados ni excesos, early check-in ni late check-out.

**CHINA  
INTERNACIONAL  
TRAVEL**

**Especialistas exclusivamente en China**

OFICINA EN MADRID  
Gran Vía 40, 9 Of.2  
28013 Madrid - Spain  
Tel: +34 915 314 446  
Fax: +34 915 311 925  
madrid@chinatravel-cit.com



[www.chinatravel-cit.com](http://www.chinatravel-cit.com)

Más información

OFICINA EN CANARIAS  
Nicolás Estévez 53, bajo  
35009 Las Palmas de GC - Spain  
Tel: +34 928 273 157  
Fax: +34 928 273 169  
canarias@chinatravel-cit.com

\*Precio neto por persona en habitación doble, para noviembre de 2008 en base a 3 grupos de 25 pax, promoción válida hasta el día 30 de Julio de 2008; suplemento neto de habitación individual 420 €/pax

# vías para mejorar sus ingresos

Estos cambios prácticos no requieren de un gran esfuerzo y podrían significar un ingreso adicional para su consulta.

Por Helen M. Kollus

## Puntos clave

- » Cambie su esquema de trabajo para acomodarse a las necesidades de los pacientes.
- » Advierta de sus nuevos horarios en su web, diarios locales, etc.
- » Adquiera las herramientas necesarias para poder ofrecer la realización de pruebas que antes derivaba a especialistas.
- » Eche un vistazo a cómo almacena y codifica el contenido de sus visitas.
- » Piense en la contratación de un asociado para poder dar respuesta a las nuevas demandas.

**C**omo internista ocupado a tiempo completo, lucho constantemente para aumentar mi productividad y mis ingresos. Dado que no puedo hacer mucho con los pequeños ingresos procedentes de fuentes tanto estatales como privadas, puedo examinar mi trabajo para ver cómo aumentar mis ingresos. Después de haberlo puesto en práctica recientemente, he podido comprobar cómo varios cambios en mi trabajo han supuesto el aumento de la productividad y los ingresos en más del 25 por ciento. Me gustaría compartir estos sencillos métodos prácticos para que usted, también pueda sacar provecho de ellos.

**1** **Vea más pacientes.** Sé que muchos internistas dedican 40 minutos para nuevos pacientes y 20 tanto para los pacientes de seguimiento como para las vistas urgentes, aquellas visitas de los pacientes que no pueden esperar una semana para una cita, pero que no están lo suficientemente enfermos como para ir a urgencias directamente. Acepte el reto de disminuir los tiempos a 30 y 15 minutos. O bien, añadir dos pacientes a la programación cada día, convirtiendo seis visitas de 20 minutos existentes en 8 visitas de 15 minutos de duración urgentes. Haciendo doble reserva tanto a las 11:00 como a las 13:00 para la hora del almuerzo, y dedicando 20 minutos cada mañana, he aumentado mi carga de pacientes en cuatro cada día. Lo que se podría traducir a 80 citas adicionales al mes en la práctica.

**2** **Cambie su rutina.** Podrá maximizar su tiempo —y, por tanto, sus ingresos— realizando un análisis detallado de su programación. Estudié mi programación laboral durante tres meses antes de que llegara a una conclusión útil. Mis horas de tarde-noche estaban siempre completas, al igual que los martes, jueves, viernes y sábados. El miércoles no estaba tan ocupado, así que ahora es el día que empleo para cumplir con mis obligaciones de docencia. Tome su tiempo libre durante el día que menos trabajo tiene y los otros para aprovechar una pesada carga de pacientes.

**3** **Evalúe su dotación de personal.** Si decide aumentar sus horas de oficina, necesitará personal adicional de cobertura. En lugar de un empleado de trabajo de 40 horas a la semana a tiempo completo con beneficios, considere la posibilidad de cambiar a dos trabajadores del personal de trabajo de 30 horas semanales con un costo más bajo y a tiempo parcial. Organice un calendario en su oficina con la mayoría de la cobertura durante los picos altos, y con más tiempo libre durante los valles. Es posible que el resultado final sea que pueda encontrar el personal de su oficina durante varias horas más cada semana con un escaso coste adicional.

**4** **Publicidad.** Tendrá una buena excusa para anunciarse si amplía el horario de atención de su consulta. Abra antes y permanezca hasta más tarde para satisfacer las necesidades de los pacientes. Señale a los pacientes la comodidad de poder verlo los

fin de semana, por la noche, o antes de iniciar su jornada laboral. Mis pacientes de edad más avanzada tienden a salir de casa más temprano, y son los que llenan las horas entre las 7 y las 8 de la mañana. Junto con su nuevo horario de oficina, puede anunciar el café y el zumo a primera hora de la mañana, para dar la bienvenida a los pacientes. Publique sus anuncios en diarios locales y de barrio, y en las organizaciones de la comunidad.

## 5 **Disminución de las citas que no se presentan.**

Existen muchos sistemas que pueden ayudarle a recordar a sus pacientes que mantengan sus citas, y depende de usted el decidir cuál de ellos funciona mejor para su caso concreto. Un internista colega mío llama personalmente a cada paciente el día antes de su cita. Él les dice que está esperando para verlos, y responde a todas las preguntas médicas con “vamos a hablar de eso mañana”. Su tasa de no presentación es enorme. Si no tiene tiempo para llamar a sus pacientes usted mismo, haga que su personal lo haga de palabra en lugar de un recordatorio. O hacer lo que hizo otro colega cuando se enfrentó a una alarmante tasa de 60 por ciento de ausencias: enviar un cuestionario para que los pacientes lo completasen y lo entregasen en la primera visita. Este simple paso redujo su tasa de no presentaciones a la mitad. Una técnica similar, la más común, es el correo escrito con recordatorios de citas con una semana de antelación.

## 6 **Oferte más pruebas.**

Nosotros, los médicos de Atención Primaria, somos dolorosamente conscientes de lo poco valorados económicamente que estamos en las visitas en la consulta. La realización de pruebas, a menudo se paga mejor. Eche un vistazo a los niveles de reembolso para aquellos que las realizan y compárelas con lo que usted hubiera obtenido en otras visitas. Si encuentra que, al igual que yo hice, que se obtiene más por la realización de este tipo de pruebas, vuelva a evaluar las que usted puede hacer o en las que puede ser entrenado para poder hacerlas, y consiga estos ingresos que ahora deriva a la consulta del especialista. Algunas posibilidades incluyen pruebas de laboratorio o dermatológicas, y pruebas de estrés. No todos los procedimientos requieren grandes inversiones en equipos como los sistemas de depilación láser. Los internistas, por ejemplo, pueden añadir la administración de las inyeccio-

nes y la eliminación de cerumen en su oferta, casi sin coste alguno para la práctica. Sólo asegúrese de que está debidamente capacitado y cualificado antes de llevar a cabo los nuevos procedimientos.

## 7 **Analice su codificación.**

Evalúe si está empleando correctamente la codificación de visitas en su consulta. Cuando veo a los pacientes para las visitas de seguimiento, con dos o tres problemas para consultar, me puede resultar médicamente necesario la realización de pruebas de laboratorio o el cambio de medicamentos, debido a un empeoramiento de una enfermedad crónica. Esto cumple con los criterios para una cuarta o quinta visita, y sin embargo muchos de mis colegas sólo lo harán en la tercera visita. Maximice su potencial de ingresos mediante la prestación plena de visitas posteriores en su consulta cuando esté médicamente indicado. Pero asegúrese de que su documentación incluye todos los elementos necesarios para justificar el nivel de facturación que está realizando. Y para los problemas más comunes que puedan presentarse, utilice formularios preimpresos o registros médicos electrónicos que requieran sólo marcas de verificación o clics en lugar de largas notas manuscritas.

## 8 **Gastos de alquiler asociados.**

Si tiene que alargar su tiempo de oficina a 12 horas al día, más los sábados por la mañana, es posible que usted no pueda trabajar todas esas horas extra. Considere la posibilidad de la contratación a tiempo parcial, o incluso a tiempo completo, de un asociado. Busque a alguien que añada más de un par de manos a su ejercicio profesional. El candidato ideal será capaz de complementar sus conocimientos y prestación de servicios o de satisfacer las necesidades que la práctica no puede satisfacer. Tal vez encuentre a alguien que pueda realizar las pruebas que usted no puede. Tal vez sus pacientes de sexo femenino prefieran que sea una mujer la que les realice los exámenes ginecológicos. Sus pacientes que no hablen inglés, pueden apreciar un médico que puede hablar su idioma. La contratación de un asociado no es un trabajo leve, sin embargo, tómese con calma. Usted querrá estar seguro de encontrar a la persona adecuada, tanto para sus pacientes y como para poder asegurarse de que él o ella supondrá la consecución de ingresos adicionales suficientes para cubrir lo que invertirá en otro sueldo. ■

# Él no es mi paciente, es mi padre

Éste es nuestro particular tributo a los pacientes. Una forma de recordarle que, al menos en una de sus relaciones personales, usted no es el médico.

Por Mary. B. Wirshup



“**D**r. Wishup, su madre al teléfono.” Debería haberme dado cuenta entonces que había un problema. En 17 años de consulta nunca me habían llamado mis padres al trabajo. Cuando cogí el teléfono, mi madre dijo: “A tu padre le duele la pierna, cariño. ¿Puedes traerle alguna medicina?”

Comencé a plantearme el diagnóstico diferencial de un dolor en la pierna: flebitis, celulitis y varias causas de dolor músculo-esquelético. Tras hablar con mi padre y escuchar la descripción de los síntomas pensé que podía ser ciática. Pero cuando intenté explicarle mi diagnóstico comenzó a discutir conmigo.

Le receté un antiinflamatorio y un relajante muscular y le expliqué que si continuaba con dolor durante una semana debería ir a su médico. Me frustró no poder verle, pues vivo en Pennsylvania, a dos horas y media de la casa de mis padres en las afueras de Nueva York.

La semana siguiente, tras hablar con mi hermana Nancy, que es practicante, viajé hasta Nueva York para ver a mi padre. El examen neurológico confirmó el diagnóstico de ciática. Pero mirando atrás, me doy cuenta de que se estaba sentando más de lo habitual.

La semana siguiente mi padre me llamó para pedirme más medicación ya que el dolor persistía. Me metí en mi papel de “médico de familia” y empecé a dictar órdenes. Insistí en que viera a su médico y que le hicieran una

radiografía de columna lumbar, ya que tenía antecedentes de cáncer de colon y próstata. Lo hizo y la radiografía fue negativa. Su médico confirmó el diagnóstico de ciática. Me sentí aliviada de que no hubiera un cáncer y pensé que dentro de poco se sentiría mejor.

Una semana después, cuando llamé para preguntar cómo se encontraba, me enteré de que le dolía tanto que necesitaba un andador para poder moverse. Le dije a mi madre que los pacientes con ciática no necesitan un andador. Pero cuando le dije que avisaran a su médico de nuevo me dijo que no querían molestarlo: mi padre tenía la cita dentro de tres semanas y esperarían hasta entonces para hablar con el médico.

Mi hermana Nancy me llamó al trabajo la semana siguiente y me dijo que a mi padre le había dado un mareo esa mañana, golpeándose en la cabeza cuando cayó. Le pregunté si alguien había llamado al médico, pero me contestó que mis padres sólo la habían llamado a ella. Me pidió que no llamara al médico de mi padre o que le dijera a mi madre que me había llamado. Cuando protesté, ella me dijo que no querían ver al médico, que era su derecho y que tenía que respetarlo.

Aunque quería y respetaba a mi padre, en ese punto la médico que hay en mí estaba preocupada por todo, desde un hematoma subdural hasta una enfermedad significativa de

la espalda. Cuando llamé al día siguiente, mi madre me informó de su estado: había tenido una “pequeña caída”, pero estaba bien ya. Mi madre es una eterna optimista, creyendo que las cosas siempre irán mejor a la mañana siguiente. Esta vez, sin embargo, las cosas obviamente no iban a mejorar. Me empecé a dar cuenta también de que la pasividad de mi padre estaba en relación con el temor al cáncer por su experiencia previa.

El fin de semana siguiente era el Día de la Conmemoración, con lo que planeé visitar a mis padres. Fui de nuevo a Nueva York, feliz por poder analizar de cerca la situación. Cuando llegué el viernes por la noche me encontré a mi padre sentado en su habitual silla, sin dolor aparente. Pero cuando lo examiné me sorprendí al descubrir que ambos pies se le caían y que tenía parestesias. Cuando se levantó casi se cayó hacia atrás por el dolor de espalda. Más tarde, cuando esa noche intenté caminar con él, me dijo que estaba demasiado cansado y fue a acostarse.

Me di cuenta entonces que mi padre tenía una compresión radicular y necesitaba ir al médico de inmediato. Pero, ¿cómo podía hacer para que me creyera? Y, ¿debería llevarlo a urgencias un fin de semana de vacaciones? En la cena del sábado mi padre finalmente aceptó llamar al médico. Pero el suyo no estaba de guardia ese fin de semana y mi padre aceptó que le dejáramos un mensaje y le enviáramos un correo electrónico, pero me pidieron que no le dijera lo que tenía que hacer. Así que simplemente le dije lo que veía.

En la mañana del domingo, Nancy y yo nos dimos cuenta de la gravedad de la situación, pero mis padres se negaron a hacer nada. Antes de que me marchara ese día, estuvieron de acuerdo en llamar al médico el martes (tras los días de fiesta) para pedir una cita. Me fui sintiéndome muy



Las hermanas Bernardette, Helen, Nancy y Mary “tratan” a su paciente más difícil.

Sabía que si fuera uno de mis pacientes las cosas hubieran sido mucho más sencillas y lo tendría bajo control; pero se trataba de mi padre.

frustrada. Sabía que si fuera uno de mis pacientes las cosas hubieran sido mucho más sencillas y lo tendría bajo control. Pero no se trataba de un paciente; se trataba de mi padre.

Vio a su médico ese martes. Tras explorarle el médico le citó para realizarle otra exploración a la mañana siguiente, que mostró una masa en L3-L4. Esa tarde le vio un

traumatólogo, que le iba a operar de inmediato. Yo estaba muy desanimada. Con el antecedente de dos cánceres previos estaba segura que era una metástasis de la próstata o el colon. Pensar que iba a sufrir me llenó los ojos de lágrimas.

Al día siguiente llegué al hospital donde se iba a operar mi padre. La intervención duró más de cuatro horas. Cuando finalmente salió, el cirujano me dijo que mi padre tenía el disco más fracturado que había visto nunca. Pero me alivió que no fuera un cáncer.

Mi alivio no duró mucho. El cirujano me dijo que mi padre había tenido una fuga de líquido cefalorraquídeo y que probablemente no volvería a caminar, ya que cuando un nervio queda atrapado más de 24 horas no se recupera.

Pasé esa noche con mi padre en el hospital, mientras me asaltaban esos pensamientos. En su visita habitual a los pacientes, el cirujano informó a mi padre de la situación, miró arriba y dijo: “Mi hija se casará en Las Bahamas dentro de seis semanas y quiero bailar en su boda”. El cirujano sonrió, lo cual implicaba que eso era muy improbable. No conocía a mi padre.

Seis semanas después mi padre me tenía en brazos, bailando en la boda. Comencé a llorar, pero había que divertirse. Me miró y me dijo: “Siento no haberte escuchado antes y ser tu paciente más difícil.”

Mientras seguíamos bailando le contesté: “Está bien, eres mi padre”. ■

# Inversiones

## Balance de resultados empresariales



Natalia Aguirre Vergara\*

» Se aprecia desaceleración en el ritmo de crecimiento de los resultados respecto a las tasas que se veían en el primer trimestre de 2007, pero no debacle (como parte del mercado parecía temer) y no se han producido grandes sorpresas.

» La desaceleración de la economía doméstica no se ha dejado notar tanto en los resultados del Íbex, por dos razones: la creciente internacionalización de las compañías españolas, y los sectores poco cíclicos como el de telecomunicaciones o el eléctrico, que tienen una elevada ponderación en el selectivo.

Mucho se ha hablado en los últimos meses de cuál va a ser el impacto de la crisis de crédito y de la desaceleración económica global (especialmente intensa en el caso español) en los resultados de las empresas españolas. Una vez finalizada la temporada de resultados correspondiente al primer trimestre de 2008, es hora de hacer balance. Lo primero a destacar es que no se ha producido el temido colapso en los resultados empresariales; por el contrario, los resultados han resistido bien en el actual entorno de desaceleración, si bien el contexto macroeconómico actual nos lleva a pensar que las tasas de crecimiento actuales no son sostenibles para el resto del ejercicio, de acuerdo con la desaceleración esperada a nivel global y con mayor intensidad en España, y la creciente presión sobre los márgenes derivada de los incrementos en costes de materias primas, energéticos, competencia y mayores restricciones crediticias. Así, y de cara a fin de año, los crecimientos en los beneficios por acción podrían desacelerarse hasta tasas del 8-10% en el caso del Íbex (índice bursátil que agrupa a las 35 compañías más líquidas en España).

Entrando en el análisis de los resultados de las compañías que componen el Íbex 35, si tomamos datos sin ponderar, el beneficio neto se habría incrementado un 5,4% y el beneficio por acción (promedio) un 15,5%, aunque con amplias divergencias entre valores/sectores. Sin embargo, nos parece más relevante analizar los datos ponderados por el peso de cada valor en el Íbex. De este análisis se extrae un crecimiento del beneficio neto del 32%, que a nivel de beneficio por acción se modera hasta +22% (por el efecto de un mayor número de acciones en circulación tras las ampliaciones de capital realizadas para financiar adquisiciones), apoyado por una evolución aún sólida de las ventas (+26%) aunque con cierto dete-

riorio en márgenes operativos frente al primer trimestre de 2007.

Varias son las conclusiones que se pueden extraer de estos resultados. En primer lugar, se aprecia desaceleración en el ritmo de crecimiento de los resultados respecto a las tasas que se veían en el primer trimestre de 2007, pero no debacle (como parte del mercado parecía temer) y no se han producido grandes sorpresas. En líneas generales, los resultados han cumplido con lo esperado o han superado estimaciones, permitiendo confirmar el atractivo de las valoraciones actuales. En segundo lugar, y aunque el beneficio por acción crece a tasas del 22%, hay que recalcar que se trata de una mejora muy concentrada; de hecho, este fuerte incremento se debe en un 92% a tan sólo cuatro valores, como son Santander, Telefónica, Iberdrola y Repsol. Por último, cabe destacar que en el primer trimestre de 2008 el PIB español sufrió una marcada desaceleración hasta +2,7% frente a +3,5% en el cuarto trimestre de 2007.

Sería lógico pensar que esta ralentización habría tenido un significativo impacto negativo en los resultados de nuestras empresas. Sin embargo, esta desaceleración de la economía doméstica no se ha dejado notar tanto en los resultados del Íbex, fundamentalmente por dos razones: la creciente internacionalización de las compañías españolas, especialmente de los *blue chips* (con mayor peso en el Íbex), y los sectores poco cíclicos como el de telecomunicaciones o el eléctrico, que tienen una elevada ponderación en el selectivo, mientras que los valores/sectores más dependientes del ciclo español, con un mayor impacto negativo en sus resultados (inmobiliarias, constructoras, banca doméstica, medios de comunicación), tienen un menor peso relativo en el Íbex. Dos buenas razones que seguirán apoyando un crecimiento cercano a doble dígito en los resultados de las principales compañías españolas en 2008. ■

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

# Valores del mes

## Solidez y diversificación

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

Por **N. A. V.**

### Qué ofrecen

Indra es la compañía líder en España del sector de tecnologías de la información. Ofrece servicio en una amplia gama de áreas de negocio (transporte y tráfico, telecomunicaciones y media, financiero, energía, administraciones públicas y sanidad y defensa). El mercado nacional representa en torno al 69 por ciento de los ingresos, 17 por ciento resto de Europa, 9 por ciento Latinoamérica, 2 por ciento Estados Unidos y 4 por ciento otros países.

Técnicas Reunidas es un contratista general internacional que se dedica a la ingeniería y construcción de instalaciones industriales destinadas a los negocios de pe-

tróleo y gas, refino y petroquímica, energía e infraestructuras e industrias. Posee una sólida cartera de proyectos, que asciende a 4.646 millones de euros. Un 89% de la cartera corresponde a la división de petróleo y gas y el 11 por ciento a la división de energía, y está bien diversificada geográficamente: 31 por ciento en Europa, 27 por ciento en España, 14 por ciento en Arabia Saudí, 20 por ciento en el Resto de Oriente Medio y 7 por ciento en resto del mundo. Las positivas expectativas del sector, con necesidad de nuevas infraestructuras de gas y petróleo, deberían seguir apoyando los resultados de la compañía.

### Los elegidos

#### Indra

Ha registrado unos buenos resultados en el primer trimestre del año, que nos permiten ser optimistas con el cumplimiento de sus objetivos de cara al conjunto del año 2008: crecimiento de ingresos entre el 9 y el 10 por ciento (que la compañía ha revisado tras la publicación de los resultados desde el 8 al 10 por ciento positivo estimado inicialmente); la contratación, con un aumento entre el 9 y el 10 por ciento; el margen operativo, del 11,3 al 11,5 por ciento, y el beneficio neto creciendo a tasas entre el 18 y el 22 por ciento. Indra es una de las compañías más sólidas y con mejor comportamiento histórico en cuanto a cumplimiento de objetivos. El elevado importe de la cartera de pedidos ofrece una gran visibilidad de resultados, a lo que se suma el hecho de que la diversificación del negocio y su posición de liderazgo siguen siendo claves para la consecución de los objetivos.

#### Técnicas Reunidas

Ha presentado unos resultados correspondientes al primer trimestre de 2008 con notables crecimientos interanuales en sus principales magnitudes: en cartera de pedidos, un 39 por ciento; en ingresos, el 32 por ciento; el beneficio operativo aumentó un 39 por ciento, y el beneficio neto, un 35 por ciento. La buena evolución de las ventas y la mejora de las condiciones contractuales en los proyectos adjudicados recientemente han apoyado el buen comportamiento de la cuenta de resultados. ■

Concepto	Indra	Técnicas Reunidas
Ticker	IDR	TRE
PER 2008	16	19
Rentab. dividendo (%)	3,5	1,8
Precio actual	16,53	52,90
Precio objetivo	19,6	60,2

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 24/6/08

# Internet y medicina

## Accesibilidad y portales de salud



Marcial García Rojo\*

**L**a Iniciativa de Accesibilidad a la Web (WAI, <http://www.w3.org/WAI/>) tiene como objetivo que las personas con discapacidades puedan utilizar la *web* eficientemente.

Esta iniciativa comprende las dos acepciones de la palabra 'accesible' en el diccionario de la Real Academia Española: de fácil acceso y de fácil comprensión: por ello pretende una mejora general en el número de personas con acceso satisfactorio a la *web* y extiende sus beneficios a personas mayores cuyas habilidades pueden ir disminuyendo con la edad, o a personas con conexión lenta a Internet o que sólo pueden acceder al texto de páginas *web*.

El Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, regula las condiciones básicas que deben cumplir las administraciones públicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social. Se inspira en los principios establecidos en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, que son, fundamentalmente, accesibilidad universal y diseño para todos, y tomando como referencia la Norma UNE 139803:2004 de "Aplicaciones informáticas para personas con discapacidad. Requisitos de accesibilidad para contenidos en la *web*".

La accesibilidad se evalúa mediante 14 guías WCAG (Guías de Accesibilidad de Contenidos Web), cada una de ellas con una serie de elementos que deben valorarse. Por ejemplo, la Guía 1, llamada "proporcionar alternativas equivalentes al contenido sonoro o visual" tiene 5 elementos, y el primero es "proporcionar una versión en texto de todos los elementos que no sean texto, como una etiqueta de texto para las imágenes o las animaciones". A cada elemento a evaluar se le asigna una prioridad 1 (obligatorio), prioridad 2 (preferible) o prioridad 3 (posible).

Esto permite clasificar los sitios *web* en tres niveles de accesibilidad: básico, medio y alto, que se conocen como niveles A (se cumplen

todos los elementos de prioridad 1); AA (se cumplen todos los elementos de prioridad 1 y 2); y AAA (se cumplen todos los elementos de prioridad 1, 2 y 3).

Las páginas nuevas de las administraciones públicas o con financiación pública deberán ajustarse a la prioridad 1 de la Norma UNE 139803:2004 desde la entrada en vigor del Real Decreto. Las páginas existentes deberán adaptarse a la prioridad 1 de la Norma UNE 139803:2004 en el plazo de 6 meses desde la entrada en vigor.

Adicionalmente, el mencionado Real Decreto especifica que el grado de accesibilidad mínimo de obligado cumplimiento aplicable a las páginas de Internet de las administraciones públicas son las prioridades 1 y 2 (es decir, nivel AA de accesibilidad). Estas medidas serán exigibles desde el 4 de diciembre de 2009 para todos los productos y servicios nuevos, y desde el 4 de diciembre de 2013 para todos aquellos existentes que sean susceptibles de ajustes razonables.

La accesibilidad de los sitios dedicados a salud hoy día sigue siendo una asignatura pendiente. El Departamento de Oftalmología de la Universidad Johann Wolfgang Goethe de Frankfurt, en Alemania, ha analizado la accesibilidad de 139 sitios *web* para pacientes y comprobó que sólo el 18% cumple los niveles A, un único sitio cumple con los criterios exigibles para el nivel AA y ningún sitio cumple con el nivel AAA.

Para que Internet pueda convertirse en una plataforma universal de promoción de salud, debe realizarse un esfuerzo significativo en accesibilidad y facilidad de uso o navegación de los sitios *web* sobre salud. Disponemos de herramientas y técnicas adecuadas, como las técnicas cualitativas (cuestionarios y entrevistas) y cuantitativas (medir tiempos o reacciones y participación de los usuarios) que aplicadas al diseño y a la estructura de los sitios *web* sobre salud permiten mejorar la navegación de los usuarios. ■

**>> El Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, regula las condiciones básicas que deben cumplir las administraciones públicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información.**

**>> Para que Internet pueda convertirse en una plataforma universal de promoción de salud, debe realizarse un esfuerzo significativo en accesibilidad y facilidad de uso o navegación de los sitios *web* sobre salud.**

\* Patólogo. Coordinador de Sistemas de Información del H.G. de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. E-mail: marcial@cim.es

# Cultura

## LIBROS

### El Derecho Farmacéutico en 100 cuestiones básicas

La Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASE-DEF) presenta esta obra, patrocinada por Bayer Schering Pharma, en la que se recogen las novedades legislativas nacionales y comunitarias con motivo de la publicación de la Ley 29/2006 de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En ella han colaborado 45 autores de prestigio de la Administración, la universidad, la industria farmacéutica y reconocidos juristas, analizando la totalidad de las cuestiones jurídicas que afectan al sector en el momento actual.



### Pacientes satisfechos

Mediante esta obra, elaborada a partir de las colaboraciones de médicos, gestores y representantes de distintas administraciones, todos ellos preocupados por la salud de la población, el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social quiere dejar patente el derecho del paciente y de la sociedad a recibir información de calidad sobre salud, sino también apoyar la figura de un nuevo ciudadano que quiere participar activamente en todos los aspectos relacionados con su salud.



## EXPOSICIONES

### De Goya a Gauguin

Esta exposición recoge la amplia y variada colección de pinturas y esculturas del siglo XIX que ha reunido el Museo de Bellas Artes de Bilbao. La cuidadosa selección de obras de artistas del siglo XIX incluidos en esta exposición propone un recorrido por manifestaciones tan variadas como el cuadro de gabinete, el paisaje realista, el retrato, la pintura costumbrista y la pintura histórica. Entre las obras presentes en la muestra aparecen grandes nombres de proyección internacional, desde Goya, Cézanne y Gauguin hasta Madrazo, Sorolla y Picasso. Especialmente importante es la presencia de artistas vascos, como Guiard, Regoyos, Iturrino y Zuloaga, entre otros.



Museo de Bellas Artes, Bilbao. 16 de junio de 2008 – 28 de septiembre de 2008.

## MÚSICA

### Música para el estío sevillano

El Cenador de la Alcoba del Real Alcázar de Sevilla será escenario desde el próximo 25 de junio y hasta el 7 de septiembre, de los 75 conciertos musicales de la IX edición del ya tradicional ciclo “Noches en los Jardines del Real Alcázar”, que en 2008 tiene como principales novedades la ampliación en el número de conciertos musicales; el adelanto en 15 minutos el inicio de los mismos, a partir de las 22.15 horas, así como la venta de entradas por internet a través de la web [www.servicaixa.com](http://www.servicaixa.com) y de cajeros automáticos.



Se trata de una actividad cultural consolidada y de prestigio que a un precio asequible, 4 euros, se pone al servicio de los ciudadanos para que disfruten de los jardines del Palacio Real más antiguo de Europa, al mismo tiempo que se disfruta de distintas épocas de la música: antigua, clásica y otras músicas.

En esta edición de 2008 se conmemoran efemérides como el 450 Aniversario del emperador Carlos V; el 800 Aniversario del Cantar del Mío Cid; el 150 aniversario de Puccini, junto al Bicentenario de José Celestino Mutis y el Año Europeo del Diálogo Intercultural.

# Internet

Sección  
patrocinada por  
Web de I@  
**MUJER**

## Alierta y Gates pactan en Iberoamérica

**S**u pacto no ha sido en esta ocasión para conjurar la amenaza de sus competidores en Iberoamérica, sino para desarrollar y mejorar el uso de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones por parte de los profesores y alumnos iberoamericanos. Bill Gates, presidente de Microsoft, y César Alierta, de Telefónica, suscribieron un acuerdo en Miami (Florida) para desarrollar el programa "Profesores Innovadores en EducaRed".

La iniciativa proporciona a los docentes mejoras formativas, les permite desarrollar capacidades profesionales e intercambiar conocimientos. El sitio de "Profesores Innovadores" está integrado en el portal EducaRed y el foro on line ha sido desarrollado por Microsoft.

En 2004, se puso en marcha en España este programa innovador, uniéndose en 2007 profesores procedentes de México, y en 2008, de Colombia, alcanzando en estos momentos una "comunidad" de 37.000 profesores inscritos, con más de 100.000 consultas mensuales.

Fundación Telefonica, Virtual Educa y Relpé están desarrollando un proyecto educativo, llamado Red Iberoamericana Virtual de Centros Educativos, que entrará en vigor en septiembre próximo y está orientado a facilitar la integración educativa de los hijos de inmigrantes iberoamericanos que llegan a nuestro país, y facilitar el conocimiento a los docentes españoles de los distintos sistemas educativos existentes en los países de origen.



**Bill Gates, presidente de Microsoft.**

En una primera fase, los profesores españoles tendrán acceso a los contenidos educativos de Argentina, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Perú, y más tarde se incorporarán otros países.

En Iberoamérica, Fundación Telefónica y la Cepal han renovado su colaboración, suscribiendo un nuevo convenio para profundizar en el impacto de las TIC en el desarrollo cultural, social y técnico de Latinoamérica y el Caribe. ■

## UN VISTAZO A LA RED

### Plan renovación total

Las redes sociales de comunicación, tienen un futuro prometedor, pero a la vez buscan cómo ampliar su cuota de abonados. A ellos va dirigida esta nueva imagen y contenido más comercial.

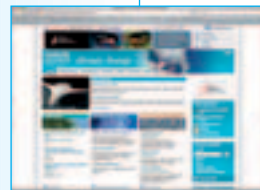
<http://www.myspace.com/>



### Cambio climático

Pocas webs como ésta recopilan la gran cantidad de informes sobre los factores que inciden en el cambio climático. Muy detallada y actualizada, ofrece datos muy relevantes.

<http://www.nature.com/climate/index.html>



## CIBERCONSEJOS

### Mecado negro de dominios .es

**L**a venta de dominios '.es' comenzó en 1997, pero en 2005 hubo un cambio de normativa para hacerla más barata. Red.es, la entidad pública que gestiona estos dominios, espera que la última semana de junio se registre el dominio '.es' número un millón, cuyo dueño recibirá una grata sorpresa, pero deberá registrarse con un nombre "políticamente correcto". Registrar un dominio cuesta cinco o diez euros en organizaciones de Red.es, pero el precio medio de un '.es' en el mercado de segunda mano es de 3.000 euros.

### Si tú me llamas, también pagas...

**L**a Comisión Europea tiene previsto someter a consulta pública antes de finales de mes, que se facture a los usuarios que reciban llamadas a sus móviles, como ocurre en Estados Unidos, para bajar los precios finales de las comunicaciones. El objetivo es abaratar los precios que las compañías telefónicas cobran a otros operadores por el uso de su red cuando la llamada se dirige a uno de sus abonados, algo que en última instancia beneficiará al consumidor. Cada operador cobraría sólo a sus clientes propios y mejoraría la competencia en el mercado y reduciría los costes a los consumidores.



# Golf

PGA de Wentworth

## Una gran victoria de Jiménez

Entrevista a Miguel Ángel Jiménez, líder de la Orden de Mérito del Circuito Europeo.

**C**on 20 años en el Circuito Europeo, Miguel Ángel Jiménez logró en Wentworth, Inglaterra, su victoria más importante. Un título que le mete en el equipo europeo de la Ryder, le coloca entre los 20 primeros del ranking mundial y líder también de la Orden de Mérito del Circuito Europeo.

**PREGUNTA:** No está nada mal esta victoria en Wentworth...

**RESPUESTA:** Llevo 20 temporadas jugando el Circuito Europeo, este es justo el año 20 y ¡qué mejor celebración que regalarme un PGA.

**P.:** ¿La última jornada fue vital para la victoria, verdad?

**R.:** Empecé arrancando bien la moto, con *birdies* en el tres y el cuatro. En el hoyo cinco pegué el hierro cuatro, me gustó mucho y pensé que era muy bueno y se iba a quedar muy cerca, ¡y se metió! No ví la bola entrar, pero sí a todo el mundo en el *green* chillando y con los brazos en alto.

**P.:** ¿Pensaste que lo ganabas?

**R.:** Estaba jugando muy bien, después de hacer *birdie-birdie-hoyo* en uno-par-*birdie* pensé: lo vas a ganar. Pero eso a veces resulta muy peligroso y me dije: tranquilo, Miguel Ángel, ármate de paciencia, que te va a hacer falta y mucha. Y, mira si yo sabía que podía tener *putts* que en el ocho hice tres *putts*.

**P.:** Y Wilson no se rendía...

**R.:** En el 12 volví a hacer otro *birdie*, pero Oliver Wilson iba jugando muy bien y estaba también ahí, y a partir de ese hoyo el juego ha sido prácticamente una vigilancia constante, parecía que Robert Karlsson se alejaba y empezó una verdadera lucha entre Wilson y yo.

**P.:** Vaya susto que te diste en el 15 con ese *putt* de apenas 20 centímetros.

**R.:** Sí. Yo estaba en la línea de Karlsson y decidí terminar el hoyo, tal vez lo hice un poco acelerado y fallé desde un palmo. Aquello fue como una daga en el corazón. Me dije: a ver si la vas a fastidiar otra vez como en el Open de España en Sevilla.

**P.:** ¿Cómo superaste esa difícil situación?

**R.:** Conseguí quitarme el pensamiento de la cabeza, en el 16 hice el par, y en el 17 tuve ocasión de *birdie* desde tres metros, pero no entró. En el 18 tenía la bola en el *rough*, pasé el palo por abajo y la dejé a la entrada del *green*, a la altura de la bandera, pero dí como un salto de rana, luego un *rodillo* y a un palmo del hoyo. Salimos a jugar el *play-off* y en el primer hoyo los dos pegamos un buen *drive*, más o menos en el mismo sitio. Oliver estaba en *bunker* y tenía unos tres metros para *birdie*, yo estaba en el ante *green*, pateé muy fuerte y me pasé.

**P.:** ¿Y luego...?

**R.:** En el segundo hoyo de *play-off* yo fui más o menos al mismo sitio otra vez. Pegué la madera tres y la dejé a unos 5 ó 6 metros a la altura del hoyo. Él estaba en el *rough*, la sacó a calle, luego tiró a *green* y la dejó a cinco metros. Conseguí hacer *birdie* y gané.

**P.:** Me imagino que una victoria así es la culminación de un buen trabajo, ¿no es así?

**R.:** Estoy muy contento, ha sido una victoria magnífica. En el golf no hay límite de edades, ésa es una de las cosas únicas y maravillosas que tiene este deporte: todavía estamos dando guerra algunos cuarentones, no muchos, pero ahí estamos, una situación excepcional. ■



Jiménez logró en Wentworth el triunfo más importante de su carrera individual.

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** CIPRALEX 10 mg comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Ciprolex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprolex 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprolex 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. Ciprolex 10 mg comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Ciprolex 15 mg comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y M" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Ciprolex 20 mg comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y N" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Los comprimidos de 10,15 y 20 mg pueden dividirse en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **4.2. FARMACOCINÉTICA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Ciprolex se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y las dosis deben reevaluarse regularmente. **Anianos (> 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 Ciprolex en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes anianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** Ciprolex no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver apartado 4.4). **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida ( $Cl_{cr}$  menor a 30 ml/min). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un período de, al menos, una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver apartados 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual. **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5). **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los IRS (Inhibidores Selectivos de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** Ciprolex 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 adaptase 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 IRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con IRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los IRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de IRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un IRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos de suicidio.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolésiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se trata 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. **Actisial/inquietud psicomotor.** El uso de IRS/IRSN se ha asociado con la aparición de actisial, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud molesta y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañada de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** En el uso de IRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados con concomitancia 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 purpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con IRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes y con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipléticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroides (AINES), tildipidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de IRS 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 triptofano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban IRS 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 IRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de IRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5). **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver apartado 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo. El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leve 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 no planeada. 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 OTROS FARMACOS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un IRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO) y también en pacientes que han dejado de tomar un IRS 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 ser estricta. **Combinaciones que requieren precauciones de uso: Selégrina.** En combinación con selégrina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Debe seleccionarse una dosis 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 IRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepressivos tricíclicos, IRS), neurolepticos (fenotiazinas, tioxanteno y butirofenones), melfloquina, bupropión y tramadol). **Lítio, triptofano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los IRS se han administrado con lítio o triptofano, por lo que la administración concomitante de IRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de IRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o intermite 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 psicofarmacológicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, tildipidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecaicida, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.g. antidepressivos, tal como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipléticos como reserpina, tioridina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir directamente 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. Ciprolex no debería usarse durante el embarazo o no se use estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. Se debe vigilar a los recién nacidos si la madre continúa tomando Ciprolex 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 IRS/IRSN durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertensión, hipotensión, hiperreflexia, temblores, temblores, irritabilidad, letargo, lloro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas conocidas de los IRS y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos, no son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ( $\geq 1/100$ ), frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ), poco frecuente ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ), raro ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ), muy raro ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ) o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ): Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/100$ ): Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido; hombres y mujeres. Anorgasmia; mujeres. Poco frecuente ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/100$ ): Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ): 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 ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ): Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Miosis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Taquicardia. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ): Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Sinusitis, broncos. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente ( $\geq 1/10$ ): Náuseas. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal), trastornos hepatobiliares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Incremento de la sudoración. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Equimosis, angioedemas. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y óseo. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Artralgia, migraña. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductivo y de la mama. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hombres: priapismo, gonorrea. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Fatiga, pirexia. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): Edema. Investigaciones. Frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/10$ ): Aumento de peso. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ): 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 IRS: inquietud psicomotor/actisial (ver apartado 4.4) y anorexia. Se han registrado casos de prolongación del QT durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes con enfermedad cardíaca previa. No se ha establecido relación causal. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** La suspensión del tratamiento con IRS/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 vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leve 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 arritmias) 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. Croscarmelosa 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/PVdCl/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/PVdCl/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 estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605. 08028 Barcelona. España. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Ciprolex 10 mg comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Ciprolex 15 mg comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Ciprolex 20 mg comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Ciprolex 10 mg comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Ciprolex 15 mg comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Ciprolex 20 mg comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Ciprolex 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 23,01€, P.V.P. iv.a 23,99€. Ciprolex 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 34,51€, P.V.P. iv.a 35,89€. Ciprolex 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 46,01€, P.V.P. iv.a 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Cíbero de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



## CLASIFICADOS

### INVESTIGACIÓN



Nufarm 21  
Iván Peraldo  
Carretera de Húmera 87, 11-3A  
28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid  
Tfno.: +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 multivariante, Encuestas
- Comunicación de Resultados
- Farmacovigilancia mediante XML, MedDra y ATC
- Bases de datos

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



Empresa de Investigación Concertada

### MULTIMEDIA



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

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

### 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

### CONGRESOS



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

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

### 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

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



# PROGRAMA AAP 2008

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



### BARCELONA

17 de Septiembre de 2008  
H. Fira Palace

### VALENCIA

23 de Septiembre de 2008  
Hotel Hilton

CON LA GARANTÍA DE:



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

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

Ver ficha técnica en pág. 48.)

Logros que llevan tu firma

*Mano de Artífice*

En el tratamiento de la Artritis, la Artritis Reumatoide y la Espondilita 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 carenciais.™ Artilog®, porque apoyarte es nuestro mayor logro.

 **Artilog<sup>200</sup>**  
El arte de lograr