

La escasez
de profesionales
sanitarios 6

¿Está preparado
para aceptar
un error? 37

Formas
de limitar
las pérdidas 40

Nuevas aplicaciones
para la práctica
clínica 43

Medical Economics®

www.medeco.es.com

5^o ANIVERSARIO

26 de septiembre de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

MESA REDONDA

**PROTECCIÓN
DE DATOS** Pág. 22

ADEMÁS

Cómo lograr
el éxito
en su consulta

Pág. 33

S.P.A.

SCM CH. P.L. & SHED ASSOCIATES L.L.

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



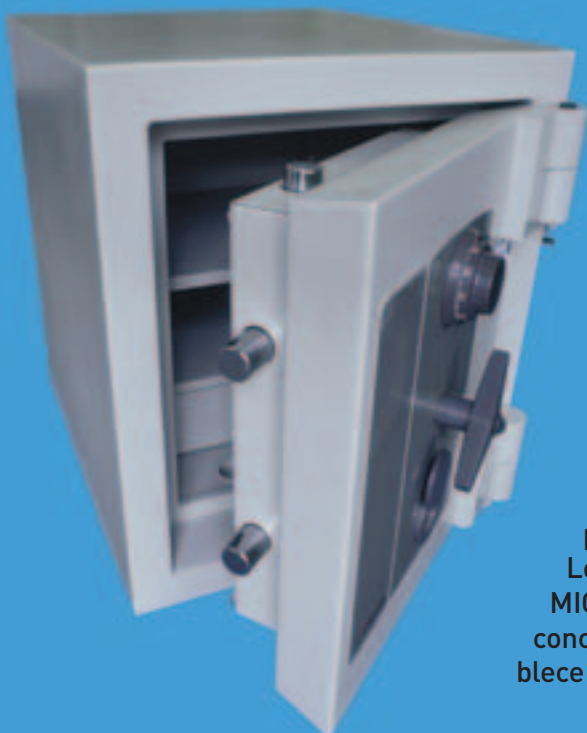
40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- Teléfono Central Madrid **91 343 47 00 / 902 30 30 10**
- A través de internet: **www.amaseguros.com**
- En las delegaciones AMA de cada provincia



22



Mesa redonda: Protección de datos

El nuevo reglamento que desarrolla la Ley de Protección de Datos contiene importantes novedades relativas a los datos de salud, al tiempo que se plantea como un reto difícil de cumplir. Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS señalaron que el médico necesita formación y concienciación para aplicar la normativa, que establece sanciones de hasta 600.000 euros.

PRÁCTICA PROFESIONAL

33 Los secretos de mi éxito

Pequeños cambios en su práctica diaria pueden hacerle mejorar no sólo su vida laboral, sino además, su relación con los pacientes. El autor ofrece diez consejos de sencillo cumplimiento que le harán lograr el éxito en su consulta..

37 ¿Está preparado para aceptar un error?

Los médicos suelen estar acostumbrados a convivir con el dolor de sus pacientes y saben que la Medicina no es una ciencia exacta. Este médico explica sus sensaciones tras vivir un error médico que habían cometido con su madre.



33



37

PROGRAMA AAP 2008

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



A CORUÑA

23 de Octubre de 2008

Hotel Meliá María Pita

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

José A. Barberá y Miguel Marín.

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

ACTUALIDAD

- 5 La lactenta
- 6 Mi punto de vista
- 10 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 12 Gestión Profesional
Acreditar o certificar
- 14 Gestión de Calidad.
Medio Ambiente
- 16 Tribunales
Indemnización por daño resarcible
- 18 Capital Riesgo
¿Qué es una licencia?
- 40 Inversiones
- 43 Internet y medicina
Nuevas aplicaciones para la práctica clínica

Y ADEMÁS...

- 8 Atención al paciente
- 46 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Tiene los datos de sus pacientes adecuadamente protegidos?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



CURSOS ON LINE

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

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



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

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

© Copyright 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

La lanceta

Guerra en La Paz

Los nombramientos a dedo nunca son bien vistos por los profesionales, máxime cuando en ellos predominan, por encima de otras consideraciones, el amiguismo y el acatamiento a los Principios Particulares del Movimiento que hace posible la nominación digital. Tales credenciales acarrearán gabelas que suplen los méritos propios.

Los profesionales sanitarios llevan décadas reivindicando que el nombramiento de los gerentes de los hospitales públicos no sea político, es decir, que los políticos no sean quienes designen a los gerentes ni éstos se comporten como comisarios políticos. Pero, no. Los políticos no quieren desprenderse de esta arma de control –y ataque–. Al contrario, lo potencian. ¿Cómo? Pues permitiendo a los gerentes que sus inmediatos subordinados gocen de las mismas prerrogativas que a ellos les otorgaron, respetando la escala de mando.

De tal manera funciona la estructura montada, que la jerarquización y politización de la organización de los servicios sanitarios del sector público llega hasta el último escalón de mando, o sea, hasta los jefes de sección, de unidades y coordinadores. Son los llamados cargos de libre designación. Yo te nombro y yo te puedo quitar.

Con esa vara, a modo de cetro y látigo, muchos jefes se acomodan en sus cargos, como ídem de confianza de los de más arriba. Y declaran la guerra a los que no comulgan con sus ideas, de la índole que éstas fueren. Sucede con frecuencia que esos jefes, profesionalmente mediocres, cercenan, matan o aniquilan las aspiracio-

nes profesionales de sus colegas subordinados, más meritorios que ellos, esos médicos adjuntos que presentan un currículum de superior mando y recibo.

Esa guerra al profesional honesto, al que quiere investigar y hacer clínica para superarse cada día sin pertenencia a clanes o camarillas, esa guerra se ha declarado hace años en los grandes hospitales de este país. Ni siquiera hay treguas para la recogida de heridos. Sólo el traslado o jubilación del mando con estrellas concede respiros y algo de luz propia a la tropa hospitalaria.

Uno de esos hospitales es La Paz, centro universitario en el que la operación de acoso –y derribo– laboral para los facultativos que no quieren seguir el camino del jefe se ha instalado en el Departamento de Cirugía. Estos profesionales, que no desean hacer política, sino Medicina, no necesitan ser trasplantados, sólo que se les deje trabajar sin golpes bajos en el hígado.

El adjetivo “pública” que se pospone a los vocablos sanidad o medicina no sólo se refiere a su carácter masivo y supuestamente gratuito.

También tiene que ver con el acceso a su práctica. Y si ésta, en vez de promovida y apoyada por la cadena de mando, se ve torpedeada, cuando no mutilada, esa sanidad o medicina deviene en feudos; y los adjuntos, convertidos en siervos de la gleba, ese terrón que los jefes ineptos y chupaponencias levantan con el arado de la incompetencia. ■



Gonzalo San Segundo*

*Director asociado de *Medical Economics*.

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

Mi punto de vista

Profesionales sanitarios: otra verdad incómoda



Alberto de la Rosa*

El debate sobre la falta de profesionales de la salud me recuerda por su halo de inevitabilidad, a ese otro debate sobre el cambio climático tan actual. Son procesos que necesitan una reflexión y concienciación conjunta de los ciudadanos sobre problemas que exigen un mayor compromiso de todos, para dar nuevas respuestas a estas nuevas realidades.

Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el modelo sanitario español es la escasez de profesionales. Y en mi opinión, sí faltan médicos. En unas especialidades más que en otras, pero faltan. Y a la carencia de profesionales añadiría que los existentes están mal repartidos, geográficamente y por especialidades, lo que unido a la baja productividad general del sistema, va a provocar un agravamiento sustancial del déficit de profesionales en el corto plazo. Según un reciente estudio publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Valencia, en el año 2028 en la Comunidad Valenciana habrá descendido en más de un 15 por ciento el ratio actual de médicos por cada 100.000 habitantes. A este análisis se añaden otros datos incuestionables como que la población española está creciendo de forma constante y mucho más rápido que la colegiación de profesionales, que en un plazo de cuatro años en España habrá unos 50 nuevos hospitales construidos o en construcción y un número más elevado de nuevos centros de Atención Primaria, que el número de jubilaciones supera al número de profesionales que se incorporan al sistema, que las condiciones laborales pactadas en los últimos años en todas las comunidades autónomas (guardias, jornadas, etc.) requieren un mayor número de profesionales ya en la actualidad, o que las universidades no han aumentado —ni de lejos— el número de plazas para satisfacer la demanda real de los jóvenes que quieren estudiar la carrera de Medicina, ni para hacer frente a las necesidades actuales y futuras del propio sistema sanitario.

Ante esta situación que es responsabilidad compartida de todas las Administraciones del Estado, las comunidades autónomas responden con medidas diversas y, quizás, de carácter más coyuntural que estructural. De esta forma, se establecen incrementos salariales significativos, se incorporan médicos de otros países que tienen una sanidad menos desarrollada, o se permite compatibilizar dos puestos de trabajo públicos. Pero el problema de la falta de médicos podría requerir soluciones de corte más estructural. Los incrementos salariales, lógicos por otra parte en una profesión tan compleja y comprometida con la sociedad, se neutralizan cuando son imitados por el resto de autonomías. Compatibilizar dos puestos de trabajo públicos puede provocar dificultades de control. Y la incorporación de profesionales de otros países puede ir en contra de nuestro modelo de formación MIR, puede ocasionar una homologación de los títulos extranjeros sin todas las garantías lo que disminuiría la calidad asistencial y puede contribuir al subdesarrollo de los países de origen de estos profesionales al absorber su capital humano en un sector tan básico como es la sanidad.

El reto es encontrar y aplicar soluciones estructurales que permitan la entrada lógica, ordenada y planificada de más profesionales al sistema sanitario, ajustada a las necesidades, sin crear parados de lujo ni mano de obra barata, pero sin generar problemas de asistencia, manteniendo un nivel de calidad asistencial de excelencia.

A modo de propuesta, en primer lugar, cabría aumentar significativamente el número de plazas de Medicina, rebajando la nota media de acceso y aumentar el número de facultades de Medicina, primando siempre unos estudios de calidad.

En segundo lugar, disponer un mayor número de plazas en el MIR con una previsión de las vacantes por jubilaciones y una planificación científica de las necesidades asistenciales de los próximos 10 años, aumentando la oferta de plazas MIR de al-

» El reto es encontrar y aplicar soluciones estructurales que permitan la entrada lógica, ordenada y planificada de más profesionales al sistema sanitario.

» Sería conveniente adoptar medidas globales para evitar la fuga de profesionales españoles una vez formados y lograr el regreso de nuestros profesionales.

gunas especialidades y recortando el número de otras, y teniendo en cuenta los nuevos modelos de integración asistencial y la evolución tecnológica que se ha producido en algunas especialidades y que requiere adaptar la oferta de plazas MIR.

Fuga de cerebros

En tercer lugar, sería conveniente adoptar medidas globales para evitar la fuga de profesionales españoles una vez formados. El alto nivel de nuestra formación académica es la puerta de entrada de nuestros médicos en el extranjero, pero a la vez nos encontramos con la paradoja de estar importando profesionales de otros países.

De esta forma, y en cuarto lugar, parece necesario estudiar medidas incentivadoras para atraer el regreso de nuestros profesionales que ejercen en el extranjero (nuevo modelo retributivo, políticas de conciliación de la vida laboral y familiar, una política activa en la investigación, etc.).

En quinto lugar, establecer un marco formativo que deberán acreditar los profesionales de otros países y buscar acuerdos intergubernamentales, para acomodar la entrada por especialidades en función de las necesidades reales.

En sexto lugar, aplicar una mayor coordinación de la política retributiva a nivel estatal, evitando una confrontación entre comunidades creando una sanidad de primera en las capitales y centros de referencia y otra de segunda en áreas rurales y hospitales comarcales.

En séptimo lugar, acometer una reflexión profunda sobre nuevos modelos organizativos más flexibles, introduciendo elementos de incentivos vinculados a la productividad con más autonomía de gestión a nivel de las organizaciones sanitarias y los profesionales, servicios, departamentos, etc.

Sin duda podríamos sumar otras acciones. En definitiva se trata, como se debate en los últimos meses, de establecer un gran pacto de Estado para mejorar la planificación de los recursos humanos de la sanidad y adaptarla a la realidad presente y futura. No obstante, y del mismo modo que lo planteado por Al Gore en su documental, en este debate el tiempo juega en nuestra contra. Es por tanto imprescindible que hoy se tomen medidas, consensuadas, estructurales, de alcance.

Si es verdad que España goza de "un buen estado de salud", que su sistema sanitario está considerado como uno de los mejores del mundo, y los profesionales de la salud son su principal activo, no podemos permitir que la falta de profesionales revierta sobre la calidad de nuestro sistema sanitario. Porque el principal perjudicado será el paciente. Es responsabilidad de la Administración Pública la planificación y la gestión. Y es responsabilidad de los gestores plantear estas cuestiones a la sociedad, por muy incómodas que resulten. ■

*Director general del Grupo Ribera Salud.

ADIRO 100® y ADIRO 300®, comprimidos recubiertos. Para una información más detallada, la Ficha Técnica completa de esta especialidad se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios. **Nombre de la especialidad:** Adiro® 100. Adiro® 300. **Composición cualitativa y cuantitativa:** Cada comprimido de Adiro® 100 contiene 100 mg de ácido acetilsalicílico. Cada comprimido de Adiro® 300 contiene 300 mg de ácido acetilsalicílico. **Forma farmacéutica:** Comprimidos recubiertos. **Indicaciones terapéuticas:** Está indicado en la profilaxis secundaria tras un primer evento isquémico coronario o cerebrovascular de: Infarto de miocardio, angina estable o inestable, angioplastia coronaria, accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente, reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar de 100 a 300 mg/día. Los comprimidos deben ingerirse con ayuda de algún líquido después de las comidas. Por su forma galénica de liberación retardada, Adiro® 100/300 no está indicado en el infarto agudo de miocardio. Sin embargo, si en el caso de urgencia debe recurrirse a su utilización, se recomienda triturar el comprimido o bien masticarlo con el fin de acelerar la absorción del ácido acetilsalicílico. Dosis superiores no han mostrado mayor eficacia y aumentan el número de complicaciones. **Contraindicaciones:** No administrar en caso de: Úlcera gastroduodenal activa, crónica o recurrente; molestias gástricas de repetición. Antecedentes de hemorragia o perforación gástrica tras el tratamiento con ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios no esteroideos. Asma. Hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico o a cualquiera de los componentes de esta especialidad, a otros salicilatos, a antiinflamatorios no esteroideos o a la tartrazina (reacción cruzada). Enfermedades que cursen con trastornos de la coagulación, principalmente hemofilia o hipoprotrombinemia. Insuficiencia renal o hepática grave. Pacientes con pólipos nasales asociados a asma que sean inducidos o exacerbados por el ácido acetilsalicílico. Niños menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela, ya que en estos casos la ingesta de ácido acetilsalicílico se ha asociado con la aparición del Síndrome de Reye. Tercer trimestre del embarazo a dosis superiores a 100 mg/día. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe evitarse la administración de ácido acetilsalicílico antes o después de una extracción dental o intervención quirúrgica, siendo conveniente suspender su administración una semana antes de dichas intervenciones. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos se asocia con la aparición de hemorragia, ulceración y perforación del tramo digestivo alto. El riesgo aumenta con la dosis, en pacientes ancianos y en pacientes con antecedentes de úlcera gástrica, especialmente si se complicó con hemorragia o perforación. Los pacientes deben acudir a su médico en caso de aparición de melenas, hematemesis, astenia acusada o cualquier otro signo o síntoma sugerente de hemorragia gástrica. Si aparece cualquiera de estos episodios, el tratamiento debe de interrumpirse inmediatamente. Siempre que sea posible deberá evitarse el tratamiento concomitante con medicamentos que puedan aumentar el riesgo de hemorragia, especialmente digestivas altas, tales como corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes. En el caso de que se juzgue necesario el tratamiento concomitante, este deberá realizarse con precaución, advirtiendo al paciente de posibles signos y síntomas (melenas, hematemesis, hipotensión, sudoración fría, dolor abdominal, mareos) así como la necesidad de interrumpir el tratamiento y acudir inmediatamente al médico. Además, este medicamento deberá administrarse bajo estrecha supervisión médica en caso de: hipersensibilidad a otros antiinflamatorios/antirreumáticos, deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, urticaria, rinitis, hipertensión arterial. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS:** Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides, diuréticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, anticoagulantes orales, trombolíticos y antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II, otros antihipertensivos (-bloqueantes), insulina y sulfonilureas, ciclosporina, vancomicina, interferón, alcohol. **INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS:** litio, metotrexato, uricosúricos, antiácidos, digoxina, barbitúricos, zidovudina, ácido valproico, fenitoína. **Interacciones con pruebas de laboratorio:** El ácido acetilsalicílico puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: Sangre: aumento (biológico) de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoniaco, bilirrubina, colesterol, creatina kinasa, creatinina, digoxina, tiroxina libre, lactato deshidrogenasa (LDH), globulina de unión a la tiroxina, triglicéridos, ácido úrico y ácido valproico; aumento (interferencia analítica) de glucosa, paracetamol y proteínas totales; reducción (biológica) de tiroxina libre, glucosa, fenitoína, TSH, TSH-RH, tiroxina, triglicéridos, triiodotironina, ácido úrico y del aclaramiento de creatinina; reducción (interferencia analítica) de transaminasas (ALT), albúmina, fosfatasa alcalina, colesterol, creatina kinasa, lactato deshidrogenasa (LDH) y proteínas totales. Orina: Reducción (biológica) de estríol; reducción (interferencia analítica) de ácido 5-hidroxi-indolacético, ácido 4-hidroxi-3-metoxi-mandálico, estrógenos totales y glucosa. **Embarazo y lactancia:** EMBARAZO: El ácido acetilsalicílico atraviesa la barrera placentaria. El uso de salicilatos en los 3 primeros meses del embarazo se ha asociado en varios estudios epidemiológicos con un mayor riesgo de malformaciones (paladar hendido, malformaciones cardíacas). Con dosis terapéuticas normales, este riesgo parece ser bajo. Los salicilatos sólo deben tomarse durante el embarazo tras una estricta evaluación de la relación beneficio-riesgo. Si se administra ácido acetilsalicílico durante el primer y segundo trimestre del embarazo, la dosis debería ser lo más baja posible y la duración del tratamiento lo más corto posible. Esta contraindicación su uso en el tercer trimestre del embarazo. Su administración en el tercer trimestre puede prolongar el parto y contribuir al sangrado materno o neonatal y al cierre prematuro del ductus arterial. **LACTANCIA:** Se excreta a través de la leche materna, por lo que no se recomienda su utilización durante el período de lactancia debido al riesgo de que se produzcan en el niño efectos adversos. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se han descrito. **Reacciones adversas:** Los efectos adversos del ácido acetilsalicílico son, en general, infrecuentes aunque importantes en algunos casos. En la mayor parte de los casos, los efectos adversos son una prolongación de la acción farmacológica y afectan principalmente al aparato digestivo. El 5-7% de los pacientes experimenta algún tipo de efecto adverso. Las reacciones adversas más características son: Trastornos gastrointestinales frecuentes (1-9%): úlcera gástrica, úlcera duodenal, hemorragia gastrointestinal (melenas, hematemesis), dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos. Trastornos respiratorios frecuentes (1-9%): espasmo bronquial paroxístico, disnea grave, rinitis. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo frecuentes (1-9%): urticaria, erupciones cutáneas, angioedema. Trastornos de la sangre y sistema linfático frecuentes (1-9%): hipoprotrombinemia (con dosis altas). Trastornos generales poco frecuentes (<1%): síndrome de Reye (en menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela. Ver Apdo. 4.3). Trastornos hepato biliares poco frecuentes (<1%): hepatitis (particularmente en pacientes con artritis juvenil). Con dosis superiores a las de este preparado en tratamientos prolongados pueden aparecer: trastornos generales, trastornos del sistema nervioso, trastornos psiquiátricos, trastornos del oído y del laberinto, trastornos de la piel y tejido subcutáneo, trastornos renales y urinarios. El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún tipo de sordera, tinnitus o mareos. En pacientes con historia de hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico y a otros antiinflamatorios no esteroideos pueden producirse reacciones anafilácticas o anafilactoides. Esto también podría suceder en pacientes que no han mostrado previamente hipersensibilidad a estos fármacos. **Sobredosificación:** Dada la naturaleza del preparado, la posibilidad de una intoxicación accidental es muy reducida. La sintomatología de la sobredosificación incluye cefalea, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, respiración rápida, confusión mental, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. El tratamiento es sintomático, incluyendo emésis, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves, administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En el caso de una supuesta sobredosis, el paciente debe mantenerse bajo observación durante por lo menos 24 horas, puesto que durante varias horas pueden no ponerse en evidencia los síntomas y niveles de salicilato en sangre. **Relación de excipientes:** almidón de maíz, polvo de celulosa, copolímero de ácido metacrílico tipo C, dodecilsulfato de sodio, polisorbato 80, talco, citrato de trietil. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en su envase original en condiciones normales de humedad y temperatura. **Naturaleza y contenido del envase:** Envase con 30 comprimidos. **Presentaciones:** Envase de 30 comprimidos de 100 mg PVP (IVA); 2,42 €. Envase de 30 comprimidos de 300 mg PVP (IVA); 2,67 €. **Nombre y dirección del titular de la autorización de comercialización:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Av.Baix Llobregat 3-5 - 08970 St.Joan Despí, Barcelona **Fecha de la revisión:** Junio 2004



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

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

La comunicación: esencial en el Síndrome de Estrés Postraumático

Cualquier tragedia es un factor desencadenante del Síndrome de Estrés Postraumático. La falta de información veraz y de comunicación directa con los afectados puede empeorar la situación.



Jesús Sánchez Martos*

La medicina basada en la evidencia y sobre todo en la experiencia clínica nos enseña que en el estudio y análisis de cualquier enfermedad hemos de tratar de conocer su etiología y especialmente los factores desencadenantes, con el fin de establecer el protocolo más adecuado en cuanto al tratamiento de la misma y su rehabilitación, aunque sobre todo su prevención. Y así lo hacemos a diario y así se debe hacer también ante el Síndrome de Estrés Postraumático, del que desafortunadamente los profesionales sanitarios de la red de Atención Primaria tienen una gran experiencia después de los terribles atentados del 11 de marzo de 2004. La información veraz y la comunicación directa con los afectados, han demostrado ser una vez más el “medicamento genérico” más eficaz, tanto en la prevención como en el tratamiento de esta enfermedad.

En la triste tarde del pasado 20 de agosto y tras el trágico accidente aéreo del Aeropuerto de Barajas, asistíamos una vez más a una “crisis de angustia” generalizada ocasionada fundamentalmente por la falta de información y comunicación por parte de todos los sectores responsables al no ofrecer la verdad con inmediatez en los medios de comunicación social, sobre todo a los familiares de las víctimas del accidente y especialmente a los de los que tuvieron la enorme suerte de sobrevivir.

Cuando la noticia debería haber sido el número de supervivientes, los informativos nos ofrecían la de los fallecidos, con cuentas gotas; primero 7, luego 24 que se convirtieron en dos horas en 47, y finalmente, los 153 a los que se sumó uno de los supervivientes que no pudo superar sus graves heridas.

Por otra parte, también se ha de tener presente el exagerado e inexplicable tiempo que la empresa Spanair tardó en facilitar a las autoridades y a los familiares, la lista de pasaje-

ros del fatídico vuelo JKK 5022 y el tiempo que tardaron las autoridades sanitarias de la Comunidad de Madrid y los responsables políticos del gobierno central en ofrecer la información precisa, no de las causas del accidente, sino del accidente en sí, porque mientras que a las 15 horas los medios de comunicación mantenían, porque era la información de que disponían, que un avión se había salido de la pista de despegue de Barajas, cuando llegaba el crepúsculo del atardecer nos enterábamos de que ese avión se había estrellado una vez en el aire y cuando sumábamos la cifra de fallecidos y la de supervivientes no cuadraban en absoluto con el número total de la lista de pasajeros, que seguíamos sin conocer.

Incredulidad, ansiedad, miedo, rabia, impotencia y sobre todo desesperación eran los sentimientos de familiares y amigos de las personas que presumiblemente viajaban en ese McDonnell Douglas MD-82, pero sentimientos parecidos sentimos todos los que íbamos conociendo las noticias gota a gota, como si realmente los responsables de todas las áreas implicadas en el accidente, tuvieran miedo a “informar” y a “comunicar” con veracidad de lo ocurrido.

Luego, el pabellón 6 de IFEMA una vez más, como sucedió el tristemente recordado 11 de marzo de 2004, se convertía no sólo en depósito de cadáveres, sino en el caos que conlleva una situación como la falta de información a los familiares y amigos de las víctimas. Y ahí comienza una nueva etapa de “desinformación” incomprensible cuando se les asegura que el reconocimiento de los cadáveres se realizará en un máximo de tres días, mientras que los expertos sabían perfectamente a tenor de las pruebas con las que contaban, que como mínimo iban a ser necesarios diez o doce. O no se contaba con los expertos necesarios en

» La información veraz y la comunicación directa con los afectados, han demostrado ser una vez más el “medicamento genérico” más eficaz, tanto en la prevención como en el tratamiento de esta enfermedad.

» Tras el shock, aparece la situación de “duelo” por la pérdida de un ser querido en unas circunstancias que además son desconocidas para todos.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:

identificación de cadáveres, algo que me resisto a creer, o no se supo hacer frente a una realidad que por triste y dramática, se hacía necesaria a todas luces para ofrecer una información precisa y veraz de cómo iba a resultar ese proceso que antecede al duelo que conlleva la pérdida de un familiar o un amigo.

¿Por qué esta clara y notoria falta de información, tanto por parte de la compañía aérea, como de las autoridades sanitarias y políticas en general? ¿Se trataba de mantener la obsoleta e ineficaz experiencia de ofrecer la información poco a poco para que la tragedia no pareciera tan grande cuando desde el principio se sabía que era de una gran magnitud? ¿Se trata de continuar con la estrategia de paternalismo y protección a que nos tienen acostumbradas las autoridades ante situaciones de estas características?

Y en relación con los supervivientes, ¿por qué desde el principio no salieron las autoridades sanitarias en los medios de comunicación a ofrecernos a todos el estado de los heridos? Ante una situación como ésta, todos nos sentimos implicados y todos nos sentimos huérfanos de esa información a la que me refiero y aún más, nos sentimos estafados por no decirnos la verdad desde el principio. Una verdad que desde los 10 primeros minutos conocían perfectamente tanto los responsables de los equipos de bomberos como los del Samur.

Deberíamos quedarnos con el buen tratamiento que de la noticia se hizo en la gran mayoría de los medios de comunicación, que aunque desconcertados y sin la información precisa, supieron respetar la decisión que el titular del Juzgado número 11, el Juez Javier Pérez, tomaba al poco tiempo del accidente prohibiendo la difusión de las imágenes grabadas por los equipos de emergencias, con el fin de preservar lo que no se respetó en los atentados del 11 de marzo de 2004: el derecho de las víctimas a su intimidad.

Y si la tragedia en sí, cualquier tragedia, es el factor desencadenante por excelencia de la aparición del Síndrome de Estrés Posttraumático, no podemos olvidar que la falta de información veraz y de una comunicación directa, así como el tratamiento de la noticia y la difusión de las imágenes en los medios de comunicación, también lo son.

Desde los primeros momentos y gracias a los voluntarios de Protección Civil, del Samur, del Summa y del Colegio de Psicólogos, se puso en marcha el “Programa de Respuesta Inmediata” en el que la información y la comunicación cercana fueron los mejores medicamentos que estos profesionales utilizaron con los familiares y amigos de las víctimas, tanto de los fallecidos como de los supervivientes. Y durante mucho tiempo, más de lo que todos esperábamos, porque antes del “duelo” aparecía ese estado de shock que conocemos muy bien los profesionales sanitarios y que se desarrolla mientras la familia no dispone del cuerpo de su ser querido, correctamente identificado.

Ahora, tras el shock, aparece la situación de “duelo” por la pérdida de un ser querido en unas circunstancias que además de inesperadas son desconocidas para todos. Los familiares y amigos no dejarán de hacernos preguntas en la consulta: ¿por qué a mí?, ¿por qué sucedió?, ¿cómo ocurrió?, ¿se hubiera podido evitar?, y sobre todo ¿sufrió mi familiar antes de morir? Y en estas preguntas, aunque no tanto en sus eficaces respuestas tenemos mucha experiencia todos los que tuvimos que atender a los familiares de los fallecidos el 11 de marzo de 2004.

Es ahora cuando los profesionales de los equipos de Atención Primaria, tras ese Programa de Respuesta Inmediata, han de hacer frente a las consultas de los afectados, y si bien no disponen de mucho tiempo para ello, la calidad de su formación en “comunicación eficaz” será el mejor medicamento genérico que tienen a su alcance. ■

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

376.242

pacientes se encuentran en espera de ser atendidos por un especialista.

13.480

más que en 2006.

96.651

pacientes registra la lista de espera de Traumatología.

20.000

más que en la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo.

70.000

más que en Dermatología.

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SMS.

NUEVO CENTRO HOSPITALARIO

El Hospital Universitario Puerta de Hierro abre sus puertas

Ha entrado en funcionamiento el nuevo Hospital Universitario Puerta de Hierro, en la localidad madrileña de Majadahonda, que atenderá a más de medio millón de personas. Se trata del último de los ocho centros que la Comunidad proyectó construir en la pasada legislatura. El nuevo centro añadirá a sus especialidades la cirugía maxilofacial y vascular, la obstetricia y la pediatría. El consejero de Sanidad, Juan José Güemes, anunció durante la inauguración oficial del nuevo hospital, el destino del viejo centro hospitalario. "El derribo se hará cuanto antes para poder empezar a construir el edificio que lo sustituirá, un hospital de media y larga estancia y de cuidados paliativos", aseguró Güemes. Por otro lado, en 2011 se pondrán en marcha los nuevos hospitales de Torrejón de Ardoz, Móstoles y Collado Villalba, que serán construidos y explotados por una empresa privada.



Juan José Güemes.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Un tercio de las demandas médicas están asociadas a problemas de comunicación

Un tercio de las demandas médicas están asociadas a problemas de comunicación", según aseguró la profesora Debra Roter, de la Universidad Johns Hopkins, en el marco del II Curso sobre Innovación y Política Sanitaria, que se ha celebrado en Cambridge (Massachusetts). Esta especialista hizo especial hincapié a su vez en el



concepto "acompañante del paciente", según el cual muchos pacientes salen beneficiados del hecho de ir acompañados de un familiar en la visita médica, "especialmente las mujeres". Por su parte, la doctora María Dolors Navarro –codirectora del curso y profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona– se encargó de presentar los cambios sociales que promueven un nuevo modelo de paciente.

DERECHO LABORAL

Sentencia contra la jubilación de los médicos a los 65 años

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña ha dictado sentencia el pasado 7 de julio contra las pretensiones del Instituto Catalán de Salud (ICS) de no prorrogar la edad de jubilación de sus médicos hasta los 70 años. La Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso Administrativo de dicho Tribunal apoya su resolución en apelación en la inexistencia de un Plan de Recursos Humanos. El apelante es Convergencia Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios (Cemsatse).



SEGUROS

Divina Pastora se sitúa entre las cinco primeras mutualidades

Santa Lucía ha vendido a Divina Pastora el 47,2 por ciento que compró a Cisne Aseguradora en octubre de 2007. La mutualidad valenciana informó que controla el 93 por ciento de la firma sanitaria madrileña tras adquirir, también, la participación de Tiruván, SL, el otro gran accionista de Cisne. Divina Pastora Seguros se sitúa así el entre las cinco primeras mutualidades de previsión social que operan en el ámbito nacional, presente en todo el territorio nacional. La compra permitirá a Divina Pastora Seguros crecer un 20 por ciento este año y alcanzar un récord histórico al sumar 430.000 asegurados. La entidad estima que la facturación al final rondará los 170 millones de euros este año.



FONDOS DE INVERSIÓN

Los fondos se desinflan y engordan los depósitos bancarios

Más de 46.700 millones de euros salieron de los fondos de inversión en los primeros siete meses de 2008, casi un 20 por ciento del patrimonio que gestionaban a comienzos del pasado mes de enero, según datos de Inverco. Los depósitos bancarios, por el contrario, captaron 41.100 millones de euros durante el primer semestre de este año, según el Banco de España, procedentes en su gran mayoría de los fondos. Mientras éstos presentan desde comienzos de año una curva en constante descenso, los depósitos, pletóricos, suben sin parar hasta superar los 364.000 euros a junio pasado.



PRÁCTICA PROFESIONAL

La apertura de nuevos centros impulsa el regreso de médicos a España

La Fundación Adecco prevé que este año vuelvan cerca de 550 médicos, que en su día se fueron al extranjero a trabajar, en especial a las comunidades que lindan con Portugal, como Extremadura o Galicia. "Se ha producido una mejora en las ofertas de trabajo y un aumento de la retribución global cercana al 25 por ciento en los dos últimos años", asegura César Castel, director de Adecco Medical & Science. De hecho, hemos igualado a Portugal en cuanto a retribución media y hemos reducido de forma importante distancias con Reino Unido y Francia", señala. Ambos factores, según Castel, son los que han provocado que las peticiones de regreso de médicos españoles se hayan incrementado. "En total, está previsto que regresen en torno a 5.000 médicos en los próximos diez años", recalca Castel.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Cree que el "caso Leganés" ha producido un cambio en los cuidados paliativos?



Una amplia representación de nuestros lectores (33 por ciento) considera que aún siguen faltando recursos materiales y humanos en cuidados paliativos y un 31 por ciento que el mayor cambio que ha producido el caso Leganés se da en la sociedad, que está más concienciada. Por otro lado, un 22 por ciento cree que hay más sensibilización, mientras que un 14 por ciento cree que se ha producido un avance, pero queda mucho por hacer.

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

Gestión Profesional

Acreditar o certificar: ésta es la cuestión



Jose María Martínez García*

» La certificación de la clínica es un procedimiento por el que una tercera organización garantiza, por escrito, que un producto, proceso o servicio cumple con requerimientos específicos.

» Los procesos principales contemplados en la acreditación, son la estructura organizativa, la gestión de recursos humanos, las guías de pacientes y la mejora continua de procesos.

Trataré de explicar, brevemente, qué se entiende por acreditación y qué por certificación ya que, a nivel de conversación, incluso por expertos, se confunden ambos términos y se utilizan, indistintamente, de forma errónea.

La acreditación hospitalaria comprende la evaluación de las estructuras de organización del hospital, y las provisiones sanitarias, comparadas a nivel de estándares actuales, con el ánimo de determinar si dicho hospital cumple de forma suficiente con ellos, tanto como para merecer ese reconocimiento de acreditación por parte del organismo correspondiente (de acuerdo con la primera definición realizada en el seminario sobre acreditación hospitalaria celebrado en Sydney en 1981).

La certificación de la clínica es un procedimiento donde una tercera organización garantiza, por escrito, que un producto, proceso o servicio cumple con requerimientos específicos (generalmente, los de la International Standards Office, ISO).

Los objetivos que se buscan, por parte del gestor, al intentar conseguir una acreditación hospitalaria, son:

- Conseguir un mecanismo de garantía de calidad que sirva de empuje para la mejora continua de la calidad.
- Promover la excelencia en la provisión sanitaria.
- Alcanzar la satisfacción del paciente.
- Optimizar los recursos de la institución.

Las premisas para la acreditación son: la existencia de un organismo independiente con la credibilidad y capacidad de generar consenso, que está relacionado con la consecución de estándares, es voluntaria siendo los registros apropiados, y procesos de verificación (auditoría) externos.

Los procesos principales contemplados en la acreditación son la estructura organizativa, la gestión de recursos humanos, las guías de pacientes y la mejora continua de procesos.

Y las etapas a seguir en un proceso de acreditación son: ética, eficacia, acreditación de por sí, auditoría y análisis de resultados.

Beneficios para profesionales y usuarios

Los beneficios que se obtienen son distintos para el sistema de salud, los profesionales y los usuarios.

Para el sistema de salud: facilitar un cambio estructural en la organización con la activa colaboración de profesionales en el campo de la calidad, control interno y autoevaluación, tener objetivos de información disponible entre centros y servicios sanitarios, incrementar la credibilidad en el sistema, permitir comparaciones entre hospitales o clínicas, y/o servicios para conseguir mejoras continuas, promover la competencia entre centros y facilitar nexos de cooperación entre los mismos.

Para clínicas y profesionales sanitarios los beneficios son que se involucran en la mejora continua de los procesos sanitarios, se suministra un impulso dinámico a la organización, se asegura la confianza en la misma, se permite a los profesionales un intercambio de experiencias y se logra prestigio para aquellos que trabajan en los centros sanitarios que han conseguido un alto nivel de acreditación tras los trámites.

Por último, los beneficios que logran los usuarios son garantizar los derechos de los pacientes y garantía en la calidad de los servicios recibidos y el hecho de obtener información objetiva sobre comparación de clínicas. ■

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

Noscira prepara su futura salida a Bolsa

Noscira, antes Neuropharma, refuerza su proyección internacional con el objetivo de preparar su futura salida a Bolsa.

Neuropharma, la filial neurológica del grupo Zeltia, ha cambiado su nombre a Noscira de cara a contar con una denominación social con proyección internacional para su futura salida a bolsa, objetivo que mantiene y que no prevé acometer hasta que no haya una situación favorable en los mercados. Noscira hace referencia etimológicamente a la idea de conocimiento (“cognos-cognoscere” en latín) aplicado a la ciencia (“science”).

“El motivo del cambio es que Neuropharma nació como una empresa española en un entorno local, pero nos hemos dado cuenta de que en el resto del mundo hay muchas Neuropharma o parecidas”, indicó el presidente de Zeltia, José María Fernández Sousa-Faro, que subrayó que así se “evitará una confusión que ya existe en el mercado”.

El proceso del cambio de nombre de la compañía, decidido hace un año, tiene así como objetivo la identificación de una nueva denominación social con proyección internacional, “única y distintiva y registrable en la Unión Europea, Estados Unidos y Japón”, destacó la directora general de Noscira, Belén Sopesén. Por otra parte, la compañía anunció que ha concluido la fase I de desarrollo clínico de su

fármaco para la enfermedad de Alzheimer, el NP-12, y que en el último trimestre de este año iniciará la fase II, en la que se comenzará a administrar a pacientes con la enfermedad. La fase I ha confirmado la seguridad y estudiado la farmacocinética del compuesto en 160 jóvenes y ancianos, mientras que el estudio de la fase II, que se iniciará en unas semanas, se llevará a cabo en varios hospitales centroeuropeos donde se administrará el medicamento durante cuatro meses a pacientes con enfermedad de Alzheimer. El fármaco persigue frenar el deterioro cognitivo progresivo y crónico que causa esta patología de origen desconocido. ■



José María Fernández de Sousa y Belén Sopesén (centro), acompañados de Teodoro del Ser, director de Desarrollo Clínico (izda.); y Alfonso Hurtado de Mendoza, director Financiero de Noscira (dcha.).



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

cristalmina

ANTISEPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

INDICACIONES: Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN POR CANTIDAD:** CRISTALMINA solución 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCL) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. **Antiséptico de acción bactericida y fungicida.** **INDICACIONES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, desde el no amolado escarificado (operación, lactancia y cirugía). **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, oídos sucios, espinillas, acné, impetigo, fongos micóticos, onicomicosis de infecciones en lagos por cicatriz. **Desinfección de la piel en preparación:** Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **CONTRAINDICACIONES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Evitar la ingestión casual en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse posteriormente con agua caliente antes de usarse. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Preservado de la luz. **ESTABILIDAD Y USO:** **TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, procurar el lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel: 91 362 04 20. **INDICACIONES:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones locales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya polvos CRISTALMINA se lavarán con agua fría hipoclorinada, con un detergente convencional 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 film 1% gel..... envase 100 g
Cristalmina solución 1%..... envase 120 ml	Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml	Cristalmina film solución 1%..... envase 30 ml
Cristalmina solución 1% monodosis	

InfoSalvat
600 80 80 80

info@salvatbiotech.com

SALVAT
www.salvat.com

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Respuestas a sus preguntas sobre...



Elisa Herrera Fernández*

» El conocimiento apropiado de los efectos tóxicos de los productos que se utilizan y de una metodología adecuada de actuación, es vital para evitar efectos no deseados.

» Los equipos de protección colectivos son elementos de ayuda en caso de emergencia o accidente. Algunos de los más utilizados son: las vitrinas, extractores y duchas o lavaojos.

Manipulación de sustancias

¿Cómo es la manipulación de sustancias tóxicas?

Hemos de resaltar que aunque habitual, esta manipulación entraña un complejo proceso en absoluto ausente de riesgo. Precisamente, la mayoría de los episodios de exposición inadecuada y, por tanto de la siniestralidad derivada del uso de sustancias químicas (tóxicas) en centros sanitarios, se presenta en su manipulación.

Uso de sustancias peligrosas

¿Qué riesgos conlleva la manipulación de las sustancias tóxicas y peligrosas?

La utilización y exposición de sustancias peligrosas puede conllevar un riesgo para la salud humana y para el medio ambiente. El conocimiento apropiado de los efectos tóxicos de los productos que se utilizan y de una metodología adecuada de actuación es vital.

Para prevenir riesgos asociados a dichos agentes es conveniente que los trabajadores conozcan y utilicen bien los productos con los que trabajan, los envases estén siempre cerrados y convenientemente almacenados, que se utilicen los equipos de protección individual idóneos (mascarillas, guantes, delantales, gafas protectoras, etc.), que se evite mezclar productos químicos diferentes, que existan equipos de protección colectivos asegurando su disponibilidad en caso de exposición accidental, que se sigan unas pautas básicas de comportamiento en el lugar de trabajo, (por ejemplo, no beber, comer o fumar durante el manejo de sustancias peligrosas) y mantener una especial atención en la maniobra de trasvase de sustancias.

Por la especial relevancia en cuanto al mantenimiento de la salud de las personas en contacto con sustancias tóxicas y peligrosas haremos referencia a tres aspectos: uso de los equipos de protección individual idóneos, presencia de equipos de protección colectivos y maniobra de trasvase de sustancias.

Equipos de protección individual

¿Qué se entiende por equipos de protección individual según la vigente normativa?

Según el Real Decreto 773/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por parte de los trabajadores de equipos de protección individual, se define equipo de protección individual como cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Los equipos de protección individual son elementos que protegen a la persona que maneja los productos tóxicos cuando no existe la certeza de que los medios de protección colectivos ofrecen el máximo de seguridad. Es importante ser consciente de la necesidad de su uso durante todo el tiempo que se realiza la actividad que los requiere.

Otros equipos

¿Qué se entiende por equipos de protección colectivos?

Los equipos de protección colectivos son elementos de ayuda en caso de emergencia o accidente. Algunos de los más utilizados son: las vitrinas, que sirven para proteger de sustancias corrosivas posibles salpicaduras y permiten trabajar a prueba de incendio en recinto cerrado, facilitan la renovación de aire limpio y evitan la salida del contaminante hacia el exterior e incluso pueden proteger; los extractores: eliminan los productos no deseables del ambiente y facilitan la renovación del aire; y las duchas y lavaojos.

En definitiva, una manipulación responsable, teniendo en cuenta las condiciones de manejo de cada sustancia determinada por la normativa, y el uso de los medio de protección legales permitirán evitar los riesgos y accidentes por agentes químicos que tiene graves efectos para la salud de las personas y para el medio ambiente. ■

*Experta jurídica en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Lamata dirige la nueva Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha

Con la puesta en marcha del nuevo organigrama, el Gobierno regional pasa de un total de 15 miembros a 11, de los cuales seis son mujeres.

El nuevo curso ha traído cambios para la sanidad castellano-manchega con la vuelta de Fernando Lamata al sector sanitario en sustitución de Roberto Sabrido, el que ha sido máximo responsable de la Sanidad de esta comunidad autónoma durante los últimos cuatro años. Lamata ocupa desde principios de mes el cargo de consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, tras la reestructuración del Gobierno castellano manchego, que ha fusionado la anterior Consejería de Sanidad con la de Bienestar Social, en las que anteriormente estaban al frente Roberto Sabrido y Tomás Mañas, respectivamente. Lamata, que, hasta ahora, ocupaba el puesto de vicepresidente primero del Gobierno, se encarga ahora de la remodelación de la Consejería, la cual asume, según anunció José María Barreda, presidente de Castilla-La Mancha, el 40 por ciento de todo el presupuesto regional.



Fernando Lamata.

“Voy a intentar hacerlo lo mejor posible, voy a trabajar todo lo que pueda, todas las horas del día”, señaló, antes de tener un “recuerdo emocionado” para las personas a las que sustituye, Roberto Sabrido como consejero de Sanidad y Tomás Mañas como responsable de Bienestar Social, porque son “dos excelentes amigos, dos excelentes consejeros, que han hecho un magnífico trabajo”.

El Gobierno de Castilla-La Mancha se prepara para afrontar la crisis económica, y según anunció el presidente autonómico, José María Barreda, con esta renovación se pretende un Ejecutivo “más austero, reducido –se ha pasado de 15 miembros a 11–, fácilmente coordinable y que esté articulado en torno a grandes áreas de actividad”. Así, Barreda señaló que los cambios en su Consejo de Gobierno estaban pensados para “superar la situación actual de dificultad y conseguir salir de la misma en las mejores condiciones”. ■



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-carnamilo-glutámico 200 mg, Melonina (D.C.I.) 200 mg, Mesohesital 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras torpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Fodermatitis. Antrax. Fungulosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Neulitis. 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 inyectarla 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 cicatrizante y disminuyen la actividad de las enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuril, pueden ocasionarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

InfoSalvat

800.00.66.00

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Tribunales

Indemnización por daño resarcible



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Contencioso
Administrativo
Sentencia del 10 de mayo de 2007

Hechos

El recurso de casación se interpuso al desestimar la Audiencia Nacional el presentado por los padres de un niño que nació con taras genéticas. Los padres entendieron que dichas taras se produjeron por una deficiente asistencia sanitaria y reclamaron a la Administración la cantidad de 420.700 euros.

Se solicitó esa cantidad por un diagnóstico erróneo en la gestación, ya que aún siendo concedores los médicos de que la madre era portadora de la enfermedad de adreoculeucodistria, el diagnóstico dado era de absoluta normalidad en las 22 primeras semanas. Este diagnóstico equivocado impidió a la madre el optar por la interrupción del embarazo.

La Sala de Instancia desestimó el recurso aduciendo que se habían puesto a disposición de la paciente todos los medios una vez analizados los informes periciales.

La casación se interpuso por varios motivos, de los cuales prosperó el haber violado la *lex artis* por parte de los médicos, ya que se les ofreció un diagnóstico seguro que luego no se correspondió con la realidad.

Fallo

Al estimarse este motivo de casación formulado, la sentencia fijó la indemnización, declarando que se estableciera la misma en criterios de la legislación sobre expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose en su caso las valoraciones predominan-

tes en el mercado. Y diciendo también que la cuantía se calculara con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de actualización. No hubo condena en costas.

ANÁLISIS: La carga de la prueba

Son numerosas las sentencias de nuestro más Alto Tribunal en las que se ha pronunciado sobre la ininterrupción voluntaria del embarazo en relación con la deficiente detección de malformaciones en un *nasciturus*.

La reclamación se hizo no por las lesiones físicas con las que nació el niño, sino por lo que los padres consideraban que era un daño resarcible diferente: el haber privado a los recurrentes, y en especial a la madre, de una información trascendente para optar por la posibilidad de aborto eugenésico, lesionando su facultad de autodeterminación ligado al principio de dignidad y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 de la Constitución).

En definitiva, solicitaban una indemnización por daño moral derivado de no haber podido optar por la interrupción del embarazo al no haberseles informado sobre las malformaciones del feto previamente.

La doctrina jurisprudencial establece algo muy importante y de gran trascendencia jurídica en estos casos.

A la Administración demandada es a quien incumbe la carga de la prueba de forma indubitada, ya que en el supuesto de conocer la mujer la malformación del feto no hubiera optado por el aborto terapéutico, y por ello esa falta de probanza determina en estos casos que quepa apreciar el nexo causal para la exigibilidad de la acción de responsabilidad patrimonial. ■

» El recurso de casación se interpuso al desestimar la Audiencia Nacional el presentado por los padres de un niño que nació con taras genéticas.

» Solicitaban una indemnización por daño moral derivado de no haber podido optar por la interrupción del embarazo al no haberseles informado sobre las malformaciones del feto.

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.

Para contactar: mfernandezmor@terra.es

Fisalud 2008 apuesta por la tecnología sanitaria

Fisalud 2008 contará con un apartado dedicado a la tecnología sanitaria y la innovación farmacéutica y biotecnológica.

La V Feria de la Salud, Fisalud 2008, que se celebrará del 27 al 30 de noviembre en Madrid, cuenta en esta edición con una gran Feria de la Innovación Tecnológica y Empresarial dirigida a los profesionales del sector sanitario. En la puesta en marcha de este nuevo apartado dedicado a la tecnología sanitaria y la innovación farmacéutica y biotecnológica, que se inaugura este año, la Fundación Internacional de la Salud ha firmado acuerdos de colaboración con instituciones privadas como el IE Business School, la Federación de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y la Fundación Tecnología y Salud e

instituciones internacionales como la Cámara de Comercio Alemana para España.

Estos convenios fortalecen las acciones emprendidas por cada organización individualmente y les otorga mayor soporte facilitando, por ejemplo, la participación de empresas alemanas en la nueva zona profesional de Fisalud, impulsando la participación de empresas en el área de tecnología sanitaria o la organización de programas de

gestión sanitaria para profesionales dentro del Foro Internacional de la Salud.

La Fundación Internacional de la Salud es una organización sin ánimo de lucro, privada e independiente que ha dedicado su actividad desde que inició su andadura en 2004 a impulsar actividades de formación, divulgación y promoción de la salud. Su principal objetivo es la búsqueda de la excelencia del sistema sanitario español para que el paciente reciba la mejor atención y tratamiento existentes. Para ello desarrolla diferentes iniciativas dirigidas tanto al público en general, como a los profesionales de la salud.

Instituciones públicas como las Consejerías de Sanidad, de Economía y Hacienda o de Educación y el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, son algunos ejemplos de organismos colaboradores de la Fundación. ■



Fisalud 2008 acogerá una Feria de Innovación Tecnológica e Empresarial.



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



el apósito de espuma que mim a 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

Capital Riesgo

¿Qué es una licencia?



Luis G. Pareras*

» El profesional sanitario que decide emprender con una nueva idea (producto, servicio o tecnología), licencia esta idea para verla en el mercado, es decir, para convertirla en una realidad.

» Los profesionales sanitarios prefieren a veces licenciar su patente a un tercero para que éste la explote. Es una alternativa para rentabilizar nuestro esfuerzo.

Muchas iniciativas sanitarias no llegan nunca a constituirse en *start-ups*. Los profesionales sanitarios prefieren a veces licenciar su patente a un tercero para que éste la explote. Es una alternativa para rentabilizar nuestro esfuerzo. El ciclo para evaluar potenciales oportunidades y conseguir licenciar nuestra idea consta de distintas fases.

1. Identificar los potenciales compradores de esta licencia. Es importante que aquello que queremos vender esté alineado con las necesidades estratégicas del comprador. La licencia debe mejorar el posicionamiento de quien la compra en un área en la que no podría mejorar por sí mismo. A la hora de identificar estos compradores es esencial también comprobar que tengan recursos financieros adecuados para pagar por ella, buenas ventas en el sector, buena marca y una red de distribución interesante para el emprendedor.

2. Evaluar las posibilidades de nuestra idea. Con el fin de generar valor en los potenciales compradores. El profesional sanitario que decide emprender con una nueva idea (producto, servicio o tecnología), licencia esta idea para verla en el mercado, es decir, para convertirla en una realidad.

Debe por ello ser muy objetivo a la hora de cuantificar el potencial de su propia idea y cómo ésta impactará en los resultados de la compañía que la compra.

3. Preparar las negociaciones. En muchos casos conviene contratar los servicios de un abogado o de alguien que conozca el sector y que haya participado con anterioridad en negociaciones similares.

4. Tener una presentación adecuada. Cada compañía a la que presentemos nuestra iniciativa necesitará una propuesta distinta,

personalizada según sus intereses. A veces, alguien nos presentará a las personas con capacidad de decisión dentro de la compañía a la que queremos licenciar nuestra idea. En otras, conoceremos a esas personas clave en ferias, reuniones profesionales o congresos. Si no tenemos un contacto directo, siempre podremos enviar un correo electrónico a los responsables de la compañía tratando de captar su atención con una breve descripción de nuestra idea. En cualquier caso, el objetivo final es convocar una reunión en la que discutiremos los pros y los contras de que esa compañía adquiera la licencia, y en la que deberemos convencer a la otra parte del beneficio mutuo que significaría ese acuerdo.

5. Negociar la licencia. Se trata de determinar los términos económicos, duración, ámbito geográfico, de exclusividad, etc. La compañía que quiere obtener esa licencia iniciará un proceso de análisis pormenorizado de nuestra idea, en el que es importante prestar la máxima colaboración a efectos de que quien adquiera esa idea pueda entender perfectamente todos los matices de su puesta en el mercado y, así, las ganancias mutuas sean mayores.

6. Implementar la licencia. Seguir la implementación de esta licencia paso a paso, colaborando con la compañía. Es importante comprobar que las cosas se hagan de manera correcta y colaborar activamente con esta nueva compañía para que la rentabilidad sea máxima para todos.

7. Rentabilizar la idea. Siempre sobre la base de una colaboración mutua hasta el momento en que la licencia llega a su fin. Cuando ya la compañía ha adquirido la licencia y está proveyendo el servicio o fabricando el producto, es esencial que sigamos monitorizando el acuerdo para comprobar si los términos que hemos acordado son respetados. ■

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

El Instituto de Salud Carlos III comienza una nueva etapa

José Jerónimo Navas es el nuevo director del Instituto de Salud Carlos III en sustitución de la investigadora Flora de Pablo.

El Instituto de Salud Carlos III de Madrid ha comenzado una nueva etapa tras la gestión realizada por Flora de Pablo desde julio del pasado año. La ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, presidió la toma de posesión del nuevo director general del Instituto de Salud Carlos III, José Jerónimo Navas Palacios.



Instituto de Salud Carlos III.

La ministra afirmó que “Navas será, junto con el resto de directores de los organismos públicos de investigación adscritos a este departamento, corresponsable del proceso de modernización y reorganización de la institución, un proceso que pretende posicionar a nuestra investigación pública en las mejores condiciones para competir internacionalmente, y que irá de la mano del desarrollo de la nueva Ley de Ciencia y Tecnología”.

El doctor Navas tiene una larga trayectoria asistencial y docente. Entre sus anteriores responsabilidades destacan varios cargos como el de jefe de Servicio y Catedrático de Anatomía Patológica del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de la Universidad Autónoma de Barcelona, así como también, director del Programa de Recerca i Innovació en Ciències de la Salut de la Generalitat de Catalunya. Dentro de su carrera investigadora, ha publicado 208 líneas de investigación de ámbito nacional e internacional.

Su actividad de gestión directiva viene marcada por la presidencia de la Junta de Gobierno del Institut de Recerca Biomèdica desde 2005 o la presidencia de la Junta de Gobierno de la Fundació Vall d' Hebron entre muchas otras. Además, desde el año 2007, ha ocupado el cargo de vicepresidente del Instituto Catalán de Oncología.

La titular de Ciencia e Innovación concluyó su intervención agradeciendo públicamente a Flora de Pablo la importante labor que ha realizado al frente del Instituto de Salud Carlos III. “Ha sido una gestora eficaz y, por encima de todo, una profesional entregada a su trabajo así como una defensora entusiasta de la investigación científica y tecnológica como motores del cambio de nuestro país”, concluyó Garmendia. ■



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

SureSkin® II
APOSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

Info **S**alvat
900 00 50 00
infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Logros que llevan tu firma



En el tratamiento de la Artrosis, la Artritis Reumatoide y la Espondilitis Anquilosante, reducir y acabar con el dolor es tu mayor logro. Artilog® nace con el firme propósito de ayudarte a conseguirlo. Con toda la evidencia científica y la eficacia de celecoxib.^{1,4} Artilog®, porque apoyarte es nuestro mayor logro.

 **Artilog**200_®
Celecoxib 200 mg

El arte de lograr

PROTECCIÓN DE DATOS

UNA LEY DE DIFÍCIL CUMPLIMIENTO

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



El nuevo reglamento que desarrolla la Ley de Protección de Datos contiene importantes novedades relativas a los datos de salud, al tiempo que se plantea como un reto difícil de cumplir. Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS coinciden en señalar que el médico necesita formación y concienciación para aplicar la normativa, que establece sanciones de hasta 600.000 euros.

El pasado mes de enero se publicó en el BOE el nuevo reglamento que desarrolla la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal de diciembre de 1999. La normativa contiene novedades importantes, retos y oportunidades que afectan al sector sanitario. El desarrollo y aplicación de las tecnologías de la información y comunicación han dado un vuelco a la llamada e-salud en general y particularmente a todo lo relacionado con la protección de datos de los pacientes. Incluso, en el tratamiento de los datos de salud en los ficheros no automatizados se presentan nuevos problemas a los que hay que dar solución. En ambos casos, el nuevo reglamento marca unos plazos determinados para implantar las respectivas medidas de seguridad. La historia clínica (esté o no informatizada), en sus vertientes de confidencialidad, acceso, centralización, conservación, así como en lo que afecta a los responsables de su custodia, tanto en los servicios sanitarios públicos como privados, constituye el nudo gordiano de la nueva normativa. Asimismo, hay que tener en cuenta los sistemas informáticos y aplicaciones de *software* que los

centros sanitarios eligen para proteger los datos de carácter personal o para ajustarse realmente a la ley.

Para abordar y debatir los aspectos más relevantes que para el profesional sanitario contiene el nuevo reglamento de la Ley de Protección Datos, MEDICAL ECONOMICS celebró una mesa redonda en la que participaron destacados especialistas, como Josep Arimany Manso, gerente del Área de Praxis y director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB); Marta Escudero González, responsable del Área de Protección de Datos del bufete De Lorenzo Abogados; Cristina Gómez Piqueras, inspectora de la Agencia Española de Protección de Datos; Rafael Peñalver Castellanos, secretario general del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, y Román Ramírez Jiménez, consultor de PricewaterhouseCoopers, experto en seguridad informática.

Ofrecemos a continuación un amplio resumen de la mesa redonda, que estuvo moderada por los directores asociados de la revista, José María Martínez y Gonzalo San Segundo.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cuáles son las novedades y puntos más importantes del nuevo reglamento que desarrolla la Ley de Protección de Datos que atañan al sector sanitario?*

CRISTINA GÓMEZ: El reglamento incorpora la doctrina que la Agencia Española de Protección de Datos ha dictado en sus resoluciones, así como los informes de la Abogacía del Estado y la doctrina de la Audiencia Nacional y del Tribunal Supremo. También hay cosas nuevas, como las medidas de seguridad en ficheros papel. En cuanto a los temas de salud, se define por primera vez lo

que son datos de salud: aquellos de carácter personal referidos a informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura. Esto es muy importante. En cuanto a la salud pasada: ojo con las cancelaciones de datos en historias clínicas, porque tienen que seguirse recogiendo. Nadie pide la cancelación de que pasó la varicela, pero sí de que ha sido drogadicto en un período de su vida, o alcohólico, o que tuvo una depresión... La ley obliga, y esto es muy importante para el sector médico, a contestar al reclamante, pero no a cancelar esos datos. Una cosa es la obligación de contestar y otra es que tenga que contestar accediendo a lo que le piden. En salud no se

deben cancelar nunca los datos salvo que carezcan de incidencia para la historia clínica y para el futuro del paciente. En cuanto a la salud futura, el reglamento está haciendo referencia a datos genéticos. Se recoge también la salud tanto física como mental de un individuo. Y, en particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos al porcentaje de discapacidad y a la información genética.



“ Hay un gran peligro con las historias clínicas que los hospitales envían a los juzgados. Todo el mundo tiene acceso a las anotaciones subjetivas”

– Josep Arimany Manso

Un artículo por el que me están preguntando constantemente y parece que tiene mucha incidencia, cosa que a mí me ha sorprendido bastante, entre el sector médico es el artículo 10.5 del reglamento, que establece la posibilidad de que entre las administraciones públicas sanitarias, en el Sistema Nacional de Salud, se cedan datos de salud de un paciente para tratarle desde el punto de vista médico. Esto es el futuro en protección de datos. No tiene sentido que mi historia clínica esté en el Hospital La Paz y, si me rompo una pierna estando de vacaciones en Santander, me tengan que repetir todas las pruebas.

MARTA ESCUDERO: Como novedades del reglamento que se refieren al aspecto de la salud hay dos: la definición de datos de salud y el tema de las cesiones de datos de los orga-

nismos del Sistema Nacional de Salud. Hay otros puntos que afectan directamente a la salud como las historias clínicas en papel y las medidas de seguridad. Se ha concretado un listado de las medidas de seguridad que se deben cumplir. Sin entrar a valorarlas, creo que aquí lo más importante es la formación y la concienciación del personal. Una empresa puede poner todos los medios que sea para cumplir las medidas de seguridad, pero si el personal no está concienciado, va a ser un desastre, y ése yo creo que es el mayor esfuerzo que exige el cumplimiento de las medidas de seguridad.

JOSEP ARIMANY: Los grandes centros sanitarios tienen medios personales y materiales para aplicar estas medidas, pero nos encontramos, y lo vemos cada día, con que el médico de consulta privada las desconoce, como si no hubiera Ley Orgánica de Protección de Datos. Por tanto, estamos obligados los colegios profesionales a dar una formación e información a médicos, sobre todo a los médicos de consulta privada. El propio Colegio de Médicos de Barcelona ha montado un centro de asesoramiento para todos los médicos que quieran implantar estas medidas y para que conozcan lo que nos implica ahora el reglamento. Al médico le tenemos que dar información y formación sobre el tema, porque la protección de datos es un derecho fundamental. Y está muy bien que el desarrollo reglamentario haya definido lo que son los datos sanitarios. Esto es muy importante, porque la ley orgánica anterior no lo definía.

CRISTINA GÓMEZ: Las medidas de seguridad de nivel alto exigen tener un control de acceso de todas las personas que han accedido a los datos durante dos años. Los accesos siempre tienen que estar justificados. Yo



Josep Arimany Manso
DIRECTOR SERVICIO DE RESPONSABILIDAD DEL COMB

“Los colegios estamos obligados a dar formación e información a los médicos, sobre todo a los de consulta privada, sobre la aplicación del reglamento de la Ley de Protección de Datos”.



Marta Escudero González
AREA DE PROTECCIÓN DE DATOS. BUFETE DE LORENZO ABOGADOS

“Una empresa puede poner todos los medios que sean para cumplir las medidas de seguridad en protección de datos, pero si el personal no está concienciado va a ser un desastre”.

no me puedo meter en una historia clínica, aunque sea médico, a cotillear, tiene que haber una justificación. En el caso de una consulta de un médico, se le exime de la obligación de tener este control de acceso siempre que sea el único que vaya a acceder a ese ordenador. Y otro apunte: cuando el reglamento habla de los plazos de implantación de las medidas de seguridad, muchas empresas entienden que es un período de vacaciones. No. Hay sentencias que dicen que para un derecho que está reconocido en la Constitución no puede haber un período de vacaciones legales. Lo que quiere decir es para lo que sea novedoso, para lo que me exige el nuevo reglamento, tengo 18 meses para implantarlo, pero para el resto tengo que cumplir con mis medidas de seguridad.

MARTA ESCUDERO: Una novedad más: el tema que regula la disposición adicional única, que establece que los productos de *software* que tratan datos tienen que especificar qué medidas de seguridad cumplen. Esto es un problema en las clínicas privadas. Un doctor con un auxiliar compra un programa para gestionar los datos con la intención de dar una mejor gestión y atención y se encuentra que a lo mejor ha comprado algo que no cumple para nada con la Ley de Protección de Datos, y se siente estafado. ¿Quién es el responsable de ese incumplimiento? Creo que esto es una ayuda muy grande para todos los profesionales sanitarios.

ROMÁN RAMÍREZ: Es un problema extensivo, porque, además, la mayor parte de los fabricantes de todos los productos que se están moviendo en el entorno sanitario son extranjeros, alemanes o americanos, y el problema es que esta legislación es española. En Estados Unidos los datos personales son pro-

piedad de quien los recaba, no de la persona en sí.

RAFAEL PEÑÁLVER: Creo que, respecto del reglamento que comentamos, no se ha visto muy bien la realidad social y cultural de nuestro país. Como representante de una administración que tiene que velar por los ciudadanos y, a la vez, por el funcionamiento de una prestación sanitaria, creo que hay una cultura, basada sobre todo en el cristianismo, en el que el hecho de la visita a los enfermos, el hecho de conocer las enfermedades de los pacientes es una obra de misericordia. Las obras de misericordia son 14, y una de ellas es redimir al cautivo, que ya no hay muchos, bueno, alguno queda por las FARC... Puedo decir que en muchas iglesias todavía hay mujeres que visitan a los enfermos y salen con un listado de enfermos, y no



“Es conveniente que los médicos sustitutos firmen un documento de confidencialidad y se les dé toda la información de los pacientes”

– Marta Escudero González

sólo los visitan, sino que además se lo cuentan a todo el mundo. Entonces, la cultura normal es contar la enfermedad. Es decir, nos encontramos con unas normas que van a afectar a la vida de los ciudadanos que, primero, no las respetan. Todavía se puede ver en cualquiera de las consultas a la gente pasándose las radiografías unos a otros, pasándose los análisis, etc.



Cristina Gómez Piqueras
INSPECTORA DE LA
AGENCIA ESPAÑOLA DE
PROTECCIÓN DE DATOS

“En la sanidad privada es el propio médico el responsable del fichero

y quien incumple la normativa, a no ser que la clínica esté constituida como sociedad e inscrita el fichero”.



Rafael Peñalver Castellanos
SECRETARIO GRAL. DEL
SERVICIO DE SALUD DE
CASTILLA-LA MANCHA

“El reglamento es muy duro y de muy difícil cumplimiento. El usuario incumple muchas normas, como

pasarse unos a otros las radiografías y los análisis en las consultas”.

El reglamento es muy duro y de muy difícil cumplimiento. El usuario incumple muchas normas. Nosotros hemos puesto carteles en todas nuestras consultas del servicio de salud: “ El Sescam informa que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 –cuando lo pusimos era antes del reglamento– de Protección de Datos de carácter personal, los datos facilitados por los usuarios serán recogidos e incorporados a los ficheros de titularidad del Sescam, cuya finalidad es la adecuada gestión y prestación de asistencia sanitaria”. Eso lo hemos puesto en

nos que antes no existían, pero la Ley de Autonomía del Paciente dice bien claro de quién es el historial clínico. Yo me he encontrado con jefes de Servicio que me decían que el historial clínico es de su propiedad y que ellos hacen con él lo que quieren. Les digo: no, lo dice la Ley de Autonomía del Paciente y lo dice la Ley de Protección de Datos. El historial no es propiedad de nadie. Tú eres un custodio. He visto muchos problemas con aplicaciones departamentales. La gente se concentra en lo que es el fichero principal de datos y luego tienes cosas de dermatología con fotografías que hace el médico con su cámara personal que se la lleva a casa... Cosas de este tipo se dan muchísimo. Si estamos tratando datos de nivel alto y se supone que tenemos que tener un control de acceso sobre esos datos, no puedes pretender que las enfermeras de una UCI tarden 40 segundos en meter usuario y contraseña para entrar en un ordenador. Entonces, se dan muchas situaciones como que el ordenador esté abierto sin protección. No estamos hablando de tecnología avanzada, es poner un usuario y una contraseña y que estás en una UCI y no puedes perder tiempo en ello. Hay muchos problemas, porque la tecnología no es suficiente, pues ésta se enfoca mal en todos los sitios donde se implanta.



Los expertos reunidos por MEDICAL ECONOMICS debatieron acerca de las novedades que desarrolla la Ley de Protección de Datos.

todos los sitios y la gente no lo entiende. El médico tiene que informar también al ciudadano como parte de la atención, y tiene que empezar a mentalizarlo. Para empezar a mentalizarlo tiene que conocer los preceptos. El profesional no tiene un gran conocimiento de lo que es la protección de datos.

ROMÁN RAMÍREZ: Lo que es el nuevo reglamento no creo que aporte demasiadas cosas novedosas. Es verdad que hay detalles, es verdad que se han aceptado térmi-

MEDICAL ECONOMICS: *¿Qué problemas plantea, en cuanto a protección de datos, la externalización de servicios, es decir, las contrataciones y subcontratas con terceros?*

ROMÁN RAMÍREZ: Con el tema de las subcontratas hemos tenido muchos problemas. Ahora se puede firmar un documento donde haces extensivo a todas tus subcontratas que tú eres un tratador de datos pero no es tan obvio cuando estamos hablando de datos de nivel alto, y hay gente, que puede ser un becario que está tres meses en una cuarta contrata, que está teniendo acceso a datos, por ejemplo, clínicos de un VIP, de una persona muy importante. Y estas situaciones las estamos viendo bastante y son muy complicadas y complejas de resolver.

CRISTINA GÓMEZ: Cada vez se externalizan más los servicios en el sector sanitario, sobre todo desde las administraciones públicas, a empresas privadas, porque parece que económicamente es más rentable. Y, con ello, terceras personas acceden a ficheros que con-



Román Ramírez Jiménez
CONSULTOR DE PRICE-WATERHOUSECOOPERS

“Un truco que se utiliza mucho para hacer cesiones de datos sin consentimiento es habilitar los mecanismos para que un tercero se conecte a mis bases de datos para hacer un tratamiento”.

tienen datos sensibles. ¿Qué problema plantea esto en cuanto a protección de datos? Con la Ley de Protección de Datos, la Agencia tenía muy claro que la empresa que trataba los datos como encargada de tratamiento del hospital que fuera no podía dejar mi fichero a otra tercera empresa para hacer una parte del tratamiento, a una cuarta para hacer otra parte, etcétera. Pero eso, desde el punto de vista empresarial, parece que no estaba muy bien. Entonces, ¿qué es lo que hace el nuevo reglamento? Pues habilitar que se hagan esas subcontrataciones posteriores siempre con la autorización del responsable del fichero, que sería el hospital "X".

RAFAEL PEÑALVER: ¿Quién sería, en caso de que hubiera una vulneración, el responsable?

CRISTINA GÓMEZ: El hospital. Si el encargado del tratamiento desobedece al responsable del fichero, pasa a ser responsable. Lo dice el artículo 43. Si yo le digo: hazme este trabajo y no subcontrates con nadie y luego subcontrata, nosotros sancionaremos si hay una denuncia. Y cuando se hace un encargo del tratamiento, jurídicamente no se produce una cesión de datos, porque es como si lo hiciera por mi cuenta. Y esto es válido para toda la Unión Europea.

ROMÁN RAMÍREZ: Hay dos formas en las que yo podría pasar la información a un tercero, y es con una cesión y con un tratamiento, que son dos enfoques completamente diferentes. La cesión sería en la que yo cogería toda mi base de datos y le daría una copia a ese tercero, y el tratamiento es donde yo habilitaría los mecanismos para que ese tercero se conectara a mis bases de datos e hiciera el tratamiento. Éste es el truco que se está utilizando mucho para hacer cesiones sin consentimiento y camuflarlas como tratamientos.

MEDICAL ECONOMICS: *Antes se comentaba que las administraciones públicas tienen muchas dificultades para aplicar el nuevo reglamento. ¿Se podrían señalar algunos ejemplos?*

RAFAEL PEÑALVER: Voy a poner varios. Un ciudadano de Talavera de la Reina, que no vive allí pero está allí, denuncia a la Agencia de Protección de Datos (es un caso

que nos ha pasado) que hay unos listados puestos en una consulta dental con los nombres de los pacientes. Van allí dos inspectoras de la Agencia y nos dicen: "Quiten ustedes esos listados". Nosotros mandamos instrucciones a todos los gerentes de todas las consultas de toda la comunidad autónoma para que quiten los listados. Y empieza el caos. Los pacientes no saben cuándo les toca y los médicos no saben qué paciente les toca. Hacemos otra consulta a la Agencia y le decimos: "¿Qué ponemos?" Y nos dicen: "El DNI". Pero la gente no se sabe el DNI, porque muchos son mayores. Y se monta un pollo tremendo, con muchas quejas de la gente. Otra dificultad que tenemos es con los inmigrantes y las traducciones. ¿Qué pasa cuando llega un inmigrante árabe o moldavo? Hay que recurrir a un traductor simultáneo, que puede estar presente o a miles de kilómetros de distancia. Esto plantea un problema de confidencialidad, además del asistencial. Otro problema de confidencialidad se produce con los sacerdotes que están en los hospitales. Preguntan a los pacientes qué les pasan y se enteran de todo. Y la gente lo ve normal, pero ha habido quien ha protestado.

CRISTINA GÓMEZ: Hay un informe reciente de la Agencia que dice que no hay que informar al sacerdote de ningún dato de salud salvo que el propio paciente o, en su



" Los pacientes tienen derecho a una copia de su historia clínica y los hospitales son muy reticentes a darla en la forma en que la piden"

– Cristina Gómez Piqueras

caso, sus familiares, lo autoricen. Hay muchos problemas con los comités de cuidados paliativos, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, que quiere meter a un sacerdote entre el personal de esos comités. ¿Puede el psicólogo clínico o los trabajadores sociales tener acceso a la historia clínica? Sólo acceso a los datos necesarios para hacer su trabajo.

MARTA ESCUDERO: En el tema de los sustitutos considero que hay riesgos como con cualquier persona que pueda trabajar en

cualquier departamento, pero siempre tiene que primar el derecho a la salud del paciente. Lo que pasa es que se tienen que tomar todas las precauciones que la legislación exige. Es conveniente que firmen un documento de confidencialidad y que se les dé toda la información, que parece que se les está dando.

CRISTINA GÓMEZ: Alguna comunidad autónoma quiso, en la Ley de Autonomía del Paciente, incorporar una limitación por parte del propio paciente para proporcionar datos de su salud al médico sustituto. Es decir, yo le cuento a mi médico, porque tengo mucha confianza con él, toda mi vida sanitaria, pero si mañana me ve el sustituto, yo no quiero que tenga acceso a algunos de mis episodios de salud. Por ejemplo, que en un momento dado aborté. Esto se planteó y desde la Agencia se dijo que no cabía por parte del paciente limitar la información a la historia clínica, que es el médico el que lo tiene que valorar. El aborto es un dato clínico que creo que sí tiene importancia para la historia clínica.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Qué pasa con las anotaciones subjetivas a efectos de la protección de datos?*

RAFAEL PEÑALVER: Si es peor que el médico haga esas anotaciones...



“ Problemas de confidencialidad se dan con los sacerdotes de los hospitales, preguntan a los pacientes que qué les pasa y se enteran de todo”

– Rafael Peñalver Castellanos

CRISTINA GÓMEZ: El profesional médico luchó muchísimo porque la Ley de Autonomía del Paciente recogiera las anotaciones subjetivas, que tienen cierta importancia clínica. Lo que no se puede poner como anotación subjetiva, y hay historias clínicas que sí lo pone, es: “Esta gorda a lo que viene es a pedir la baja”. Eso está escrito. O “este *yonki* quiere pastillas”. Esas no son anotaciones subjetivas, eso es algo de muy mal gusto y de

muy mala educación. Las anotaciones subjetivas tienen un campo muy interesante en psiquiatría. Y, al estar dentro de la historia clínica, las anotaciones subjetivas se consideran datos a proteger. La única excepción es que el paciente no tiene acceso a ellos.

ROMÁN RAMÍREZ: Si tienes que poner datos que referencien a terceros, como, por ejemplo, “tiene un familiar alcohólico”, lo ideal sería que estén en la parte de anotaciones subjetivas, porque, si vas a revelar el historial clínico al paciente y vienen datos de terceras personas, estás vulnerando la ley.

CRISTINA GÓMEZ: Está exceptuado por la Ley de Autonomía del Paciente el informar al afectado de lo que pueda perjudicar a terceras personas. Muchas veces acude un matrimonio al médico y éste le pregunta a él: “¿Y usted sigue bebiendo?”. Y dice el hombre: “No, yo lo he dejado”. Y por detrás le dice la mujer: “Bebe como un cosaco”. Y el médico lo apunta. Pero, claro, si este señor alcohólico pide acceso a su historia clínica, puede que mate a la mujer.

JOSEP ARIMANY: Cuando un juez pide la historia clínica de una persona, el hospital se la manda completa, anotaciones subjetivas incluidas. Y sé, porque he trabajado 25 años como médico forense, que en los juzgados hay historias clínicas repartidas por todas partes y todo el mundo tiene todas las anotaciones subjetivas. Yo he visto estas anotaciones: “Es histérica”, “está loca”, “insulta al marido”... Aquí hay un gran peligro.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Qué retos y oportunidades ofrece el nuevo reglamento en la aplicación de la protección de datos para el profesional sanitario?*

JOSEP ARIMANY: Me reitero en la necesidad de dar una buena formación a todos, administradores y personal sanitario para poder cumplir esta normativa. El 50 por ciento de los colegiados de este año en el Colegio de Médicos de Barcelona son extranjeros que no conocen nada de nuestra legislación. Nosotros hemos firmado un convenio con el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña para darles un curso de formación, que es voluntario y pero debería ser obligatorio. Nosotros lo estamos solicitando pero la administración no lo exige. En este curso se

explica el sistema sanitario español, el autonómico, la Ley de Autonomía del Paciente, la de Protección de Datos y su desarrollo reglamentario, etc.

MARTA ESCUDERO: Además de formar, hay que concienciar a la gente de la importancia que tienen los datos de salud y su protección. El propio ciudadano no es consciente de lo que es un dato de carácter personal. El estar enfermo es un dato de salud, pero el tener buena salud también es un dato de salud, y ahí no hay conciencia de eso.

Es igual que el tema de enviar pruebas médicas por correo poniendo el Servicio de Oncología. No hay ninguna necesidad de poner quién es el remitente, porque ya sabemos cómo son los vecinos.

JOSEP ARIMANY: En el tema de protección de datos tenemos que ser cautos, no se ha de crear alarmismo, sino hacer pedagogía, formación y orientación. En España se hacen millones de justificantes de acompañantes. Tampoco tenemos que crear esta situación de indefensión al médico, porque llega un momento que al final no quiere hacer asistencia.

RAFAEL PEÑÁLVER: No se puede generar una desconfianza en la relación médico-paciente. ¿Quiénes tienen más riesgo en el tema de la protección de datos? Todos los que están relacionados con el manejo de los ficheros y el uso que se haga de ellos. El médico tiene que saber todo lo que le pasa al enfermo y está en su derecho de rectificar y darle lo que él considere oportuno.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cuáles son los problemas que se presentan o se pueden dar a la hora de aplicar las nuevas tecnologías a la protección de datos?*

ROMÁN RAMÍREZ: Los requisitos tecnológicos que marca la ley no me parecen exagerados, sino razonables. Otra cosa es la tecnología que hay disponible. En el caso concreto de las anotaciones subjetivas, hay diversas aplicaciones que no tienen la opción de tener un campo específico de anotaciones subjetivas; otras te obligan a cancelar datos porque el programa no te permite ponerlos en un sitio donde no sean accesibles, que se consideren bloqueados y

cancelados, pero sin borrarlos. En cuidados intensivos el problema está en que no puedes obligar a nadie a rellenar campos farragosos para estar identificado, pero debes identificarle porque está tratando datos de nivel alto. En este caso, con una tarjeta de proximidad que llevara en la cintura estaría solucionado, o con un código de barras. Son enfoques mal hechos desde el punto de vista del proyecto tecnológico. La tecnología tiene muchas posibilidades, pero la gente que aplica la tecnología también tiene sus limitaciones.

RAFAEL PEÑÁLVER: Estamos muy en mantillas todavía, porque la radiofrecuencia abre muchas puertas y es una de las medidas de seguridad más importantes para un paciente. La radiofrecuencia sirve para identificar a un enfermo y no repetirle las pruebas. Y sobre todo, vuelvo a insistir, la firma digital, la identificación y la tarjeta con *chip*, tanto de los ciudadanos como la del profesional. Ahora mismo en España se están leyendo radiografías de otros países o en Estados Unidos están leyendo radiografías y se están interpretando en la India, radiografías de España se están leyendo, con todos los datos del paciente, en otro sitio.

ROMÁN RAMÍREZ: Transferencias cifradas por canales inseguros.



" De un sitio a otro, de un país a otro los datos de salud tienen que viajar cifrados, es obligatorio, pero en la práctica esto no se da"

– Román Ramírez Jiménez

CRISTINA GÓMEZ: Están implantadas en la ley las medidas de seguridad de nivel alto, que tienden a impedir todo eso. Mis compañeros inspectores, que son todos de perfil informático, muchas veces dicen que es intentar poner puertas al campo, porque se van cerrando unas puertas pero la tecnología va tan avanzada que se abren otras, lo que conlleva riesgos. Las medidas de seguridad tienen que ir intentando cerrar esas puertas porque son datos muy sensibles. El que se sepa que yo trabajo en la Agencia no tiene importancia, si se sabe que he abor-

tado o que soy portadora del VIH, me puede costar el trabajo.

ROMÁN RAMÍREZ: De un sitio a otro, de un país a otro los datos tienen que viajar cifrados. Es obligatorio, pero en la práctica no se da. Sé de casos en que no se están cifrando por problemas de mal diseño del proyecto tecnológico.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cuál es el estado de aplicación de la Ley de Protección de Datos en el sector sanitario y de las sanciones?*

MARTA ESCUDERO: Los médicos empiezan a cumplir por temor a las multas, a la Agencia. Y los odontólogos, al menos en la Comunidad de Madrid, porque la Consejería de Sanidad les está exigiendo la inscripción de los ficheros. Es un paso, pero se quedan ahí. Pero si les preguntas: ¿Tienes un documento de seguridad?, ¿informas a los pacien-

tes?, te contestan: “Yo no, yo ya cumplo todo y con eso me dijeron que era suficiente”.

tes?, te contestan: “Yo no, yo ya cumplo todo y con eso me dijeron que era suficiente”.
CRISTINA GÓMEZ: Del total de procedimientos sancionadores realizados por la Agencia en 2007, un seis por ciento corresponde a temas de salud. En cuanto a reclamaciones de tutela por denegación del derecho de acceso a la historia clínica el porcentaje sube hasta un 12 por ciento. Es una barbaridad, antes nadie pedía la historia clínica y ahora la gente conoce ese derecho, en unos casos para pedir una segunda opinión y, en otros, porque el paciente quiere denunciar al médico. Los pacientes tenemos derecho a una copia de la historia clínica y los centros sanitarios son muy reticentes a facilitarla en la forma que pide el paciente. El reglamento aclara que es el paciente el que exige la forma en la que quiere esa comunicación, ese acceso a sus datos, incluso arriesgándose a que se puedan extraviar.
 Hasta ahora, la mayoría de las infracciones se han cometido por sistemas públicos de salud: se sanciona a las consejerías, que son las responsables de los hospitales, más que a médicos particulares. Muchos médicos particulares que trabajan en clínicas desconocen quién es el responsable del fichero. Creen que es la clínica, y la clínica no es, a no ser que esté constituida como sociedad e inscrita el fichero. De lo contrario, es el propio médico el responsable del fichero y quien incumple la normativa. Otra cosa que muchos médicos desconocen es la obligación de custodiar las historias clínicas, aunque estén trabajando en Ciudad Real o en Toledo, por poner un ejemplo, y se vayan a Barcelona. Cuando un médico particular trabaja él solo, el responsable del fichero es él. Si trabaja con un grupo de médicos en una sociedad o similar, cada uno puede ser responsable de su propia historia clínica o puede ser la sociedad la que sea responsable de esas historias clínicas. En el sistema público es más fácil, porque es la propia comunidad, en principio, la que es responsable del fichero, y en un hospital privado es el hospital privado quien tiene todas las responsabilidades. La vulneración del deber de secreto de datos de salud suponen infracciones muy graves y la multa va de 300.000 a 600.000 euros.

MEDICAL ECONOMICS: *Todavía hay muchas historias clínicas sin digitalizar...*

MARTA ESCUDERO: Aunque se tienda a la informatización, hay millones y millones de historias clínicas en papel. Un problema que tienen las consultas pequeñas es que no les caben las historias clínicas y, si fuera por ellos, las quemarían.

RAFAEL PEÑALVER: El manejo y escaneo de todos esos datos es muy trabajoso y cuesta muchísimo dinero. Muchas veces tienes que priorizar si invertir una cantidad de dinero en informatizar las historias clínicas o abrir un nuevo centro o invertir ese dinero en otra cosa. Dentro de muy poco tiempo será obligatorio que todo esté informatizado. ■



Los asistentes a la mesa redonda posan al término de la misma con los directores asociados de la revista, Gonzalo San Segundo (a la izquierda) y José María Martínez (a la derecha).

Adiro[®]

Ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico

Garantía de protección cardiovascular



Con el corazón en la mano

(Ver ficha técnica en pág. 7)



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

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

Desde el inicio de la Diabetes ya hay riesgos...



Glucobay®

Acarbosa

le ofrece el control



• Reducción de la hiperglucemia
posprandial ¹

• Los estudios STOP-NIDDM y MeRIA⁷ han demostrado
prevención cardiovascular ^{2,3}



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

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

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: GLUCOBAY® 50, comprimidos. GLUCOBAY® 100, comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Glucobay® 50, comprimidos: Un comprimido contiene: acarbosa (D.C.I.), 50 mg. Glucobay® 100, comprimidos: Un comprimido contiene: acarbosa (D.C.I.), 100 mg. Para la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** comprimidos **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Diabetes del adulto en la que el tratamiento dietético resulta insuficiente o como coadyuvante al tratamiento con sulfonilureas, metformina o insulina. **4.2 Posología y forma de administración:** El médico ajustará la dosis individualmente, ya que la eficacia y la tolerancia difiere de un paciente a otro. Las dosis recomendadas son las siguientes: Dosis inicial: 3 x 50 mg al día hasta 3 x 100 mg al día. Dosis máxima: 3 x 200 mg al día. Se puede aumentar la dosis transcurridas 4 - 8 semanas, y siempre que el paciente presente una respuesta clínica inadecuada en el curso más avanzado del tratamiento. Si se presentan síntomas molestos a pesar del cumplimiento estricto de la dieta, no se debe aumentar más la dosis, reduciéndola si fuera preciso. La dosis media es de 300 mg de acarbosa al día (lo que corresponde a 2 comprimidos de 50 mg de acarbosa tres veces al día o 1 comprimido de 100 mg de acarbosa tres veces al día). Los comprimidos de Glucobay® se pueden ingerir enteros con un poco de agua al principio de la comida, o bien se pueden masticar con los primeros bocados de la comida. **Pacientes ancianos:** No es necesario ningún ajuste de la dosis en función de la edad del paciente. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ningún ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Ver apartado 4.3 (Contraindicaciones). **Niños y adolescentes:** Ver apartado 4.4 (Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la acarbosa y/o a los excipientes. Alteraciones intestinales crónicas asociadas con trastornos de la digestión y de la absorción. Patologías que pueden empeorar como resultado de un incremento de la formación de gases en el intestino (p.ej. síndrome de Roemheld, hernias mayores, obstrucciones intestinales y úlceras intestinales). **Insuficiencia renal grave** (aclaramiento de creatinina < 25 ml/min). Cetoacidosis diabética y cirrosis hepática. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El tratamiento con acarbosa puede producir elevaciones asintomáticas de los enzimas hepáticos y en algunos casos hepatitis reversible tras la interrupción del tratamiento. Se recomienda realizar un control periódico (al menos mensual) de los enzimas hepáticos durante el primer año de tratamiento e interrumpir el tratamiento si la elevación de los enzimas hepáticos es superior a tres veces el límite superior del rango considerado normal. Se debe informar al paciente de que en caso de que aparezcan signos o síntomas sugestivos de lesión hepática, acuda a la consulta. La tolerancia y eficacia de Glucobay® en pacientes menores de 18 años no ha sido establecida. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Durante el tratamiento con Glucobay®, la sacarosa (azúcar de mesa) así como los alimentos que contienen sacarosa, a menudo originan molestias abdominales o incluso diarrea como resultado del aumento de la fermentación de carbohidratos en el colon. Glucobay® posee un efecto antihiper glucemiante pero, por sí solo, no origina hipoglucemia. En pacientes tratados simultáneamente con Glucobay® y sulfonilurea, metformina o insulina, los valores de la glucemia pueden descender hasta hipoglucemia, por lo que puede ser necesario un ajuste de la dosis de estos medicamentos. Se han notificado casos aislados de choque hipoglucémico. En caso de hipoglucemia aguda se deberá tener en cuenta que la metabolización de la sacarosa en fructosa y glucosa es más lenta durante el tratamiento; por este motivo, la sacarosa no es adecuada para el alivio rápido de una hipoglucemia y en su lugar se deberá utilizar glucosa. En casos aislados, la acarbosa puede afectar a la biodisponibilidad de la digoxina, haciendo necesario un ajuste de la dosis de digoxina. Se debe evitar la administración simultánea de antiácidos, colestiramina, adsorbentes intestinales y medicamentos con enzimas digestivos, puesto que existe la posibilidad de que influyan sobre la acción de Glucobay®. No se observó interacción alguna con la administración conjunta de dimeticona/ simeticona. **4.6 Embarazo y lactancia:** Glucobay® no debe administrarse durante el embarazo puesto que no se dispone de información procedente de estudios clínicos sobre su uso en mujeres embarazadas. Tras la administración de acarbosa marcada radioactivamente a ratas lactantes, se recuperó una pequeña cantidad de radioactividad en la leche. Hasta el momento no se dispone de hallazgos equivalentes en humanos. No obstante, dado que no se ha excluido la posibilidad de efectos inducidos por el fármaco en lactantes, no se recomienda la prescripción de Glucobay® durante la lactancia materna. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se dispone de datos sobre la alteración de la capacidad de conducir vehículos o manejar maquinaria con Glucobay®. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas con acarbosa halladas en los ensayos clínicos controlados con placebo y clasificadas según las categorías de frecuencia CIOMS III (estudios controlados con placebo en la base de datos de ensayos clínicos: acarbosa N = 8595; placebo N = 7278; status: 10 de febrero de 2006) se enumeran a continuación. Las reacciones adversas provenientes de notificaciones posteriores a la comercialización (status: 31 de diciembre de 2005) aparecen en negrita cursiva. Reacciones adversas muy frecuentes (>10%): flatulencia. Reacciones adversas frecuentes (≥1% a <10%): diarrea, dolores gastrointestinales y abdominales. Reacciones adversas poco frecuentes (≥0,1% a <1%): náuseas, vómitos, dispepsia, aumento pasajero de las enzimas hepáticas. Reacciones adversas raras (≥0,01% a <0,1%): edema, ictericia. Reacciones adversas muy raras (<0,01%): **trombocitopenia, reacción alérgica (erupción, eritema, exantema, urticaria), subileo/ ileo, hepatitis.** En Japón, se han notificado casos aislados de hepatitis fulminante cuyo desenlace ha sido fatal. No están claramente relacionados con la acarbosa. La falta de observación de la dieta prescrita puede dar lugar a una intensificación de los efectos adversos intestinales. En caso de que aparezcan a pesar de observar la dieta diabética prescrita, se deberá consultar al médico y reducir la dosis de forma transitoria o permanente. En pacientes tratados con la dosis diaria recomendada de 150 a 300 mg de acarbosa al día, raramente se observaron alteraciones clínicamente importantes de los parámetros de la función hepática (3 veces por encima de la normalidad). Los valores anómalos pueden ser transitorios durante el tratamiento con acarbosa (ver apartado 4.4: Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.9 Sobredosis:** Cuando Glucobay® se ingiere conjuntamente con bebidas y/o comidas que contienen carbohidratos (polisacáridos, oligosacáridos o disacáridos), la sobredosis puede dar lugar a meteorismo, flatulencia y diarrea. Sin embargo, en el caso de que Glucobay® haya sido ingerido en sobredosis de forma separada de la comida, no son de esperar excesivos síntomas intestinales. En caso de sobredosisación se evitará la ingesta de bebidas o comidas que contengan carbohidratos durante las 4-6 h siguientes. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1 Lista de excipientes:** Almidón de maíz, celulosa microcristalina, sílice coloidal anhidra, estearato de magnesio. Incompatibilidades: No se han descrito. **5.2 Período de validez:** En condiciones normales de almacenamiento, Glucobay® 50, comprimidos y Glucobay® 100, comprimidos son estables durante tres años. **5.3 Precauciones especiales de conservación:** Conservar en el envase original por debajo de 30°C. A temperaturas hasta 25°C y humedad relativa inferior al 60%, los comprimidos pueden permanecer fuera de su envase original durante un período no superior a dos semanas. En condiciones de humedad y temperatura superiores puede producirse una decoloración de los comprimidos fuera de su envase original. Por ello, los comprimidos solo deberán extraerse del blister inmediatamente antes de su administración. **5.4 Naturaleza y contenido del envase:** Glucobay® 50, comprimidos y Glucobay® 100, comprimidos se envasan en blisters de PVC-PVDC/aluminio o en blisters de PP/aluminio y se comercializan en envases de 30 y 100 comprimidos. Glucobay® 50, comprimidos: envase con 30 comprimidos de 50 mg. P.V.P. (IVA) 5,71€; envase con 100 comprimidos de 50 mg P.V.P. (IVA) 16,86€. Glucobay® 100, comprimidos: envase con 30 comprimidos de 100 mg P.V.P. (IVA) 7,79€; envase con 100 comprimidos de 100 mg P.V.P. (IVA) 22,34€. **6. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Receta TLD. Reembolsable por la Seguridad Social con aportación reducida. **6.1 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Av. Baix Llobregat, 3 - 5, 08970 Sant Joan Despí - Barcelona. **8. NÚMEROS DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Glucobay® 50, comprimidos - N° de Registro: 59.419. Glucobay® 100, comprimidos - N° de Registro: 59.420. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Septiembre 2007 - versión 1.2. Para mayor información consulte la ficha técnica completa.

Bibliografía: (1) Mertens G. et al. Diabetes Res Clin Pract. 2001; 52: 193-204. (2) Chiasson, J.-L. et al. JAMA 2003;290: 486-494. (3) Hanefeld, M. et al. Eur H J. 2004; 25:10-16.

Pequeños cambios pueden mejorar su vida laboral. Este médico aprendió de sus errores y mejoró su práctica médica.

Por Gregory P. Zydiak



Los secretos de mi éxito

Para mí es impensable que un médico no tenga éxito. Hay mucho trabajo, es cierto y por ello tenemos que ser pagados adecuadamente.

Poner en marcha y mantener una clínica no es fácil, y eso lo se por mi propia experiencia. Por ello, les diré que muchos médicos se convierten en sus propios enemigos y hacen su trabajo diario mucho más difícil de lo que ya es de por sí. Basándome en mi experiencia personal, he elaborado una lista de pequeños consejos que pueden ayudarle a mejorar su práctica clínica.

1. Sonría. Muchos médicos van a trabajar con “una cara larga”. Ni siquiera saludan a sus pacientes y parecen siempre malhumorados. No quieren que nadie les aborde y van serios a todas partes.

Como se sabe, la gente que parece feliz, parece más positiva y eso los pacientes lo notan. Si usted tiene un problema no pasa nada, pero sonría aunque no se sienta bien. En seguida la gente le recompensará su gesto con otra sonrisa.

2. No hable sobre sus problemas. La gente tiene suficiente con sus propios problemas y no necesita oír los suyos. No cuente sus asuntos a sus compañeros de clínica. Y sobre todo no se queje sobre sus problemas (y menos si están relacionados con la consulta y sus pacientes). Ellos tienen ya suficiente sobre lo que preocuparse, y además, acuden a su consulta para que usted les ayude no para que les de más problemas.

3. Sea sensato. Devuelva todas las llamadas a tiempo. Avise siempre que vaya a llegar tarde a una cita y sobre todo, haga que su clínica funcione bien.

4. Ve a todo el mundo como un paciente potencial. Aplique siempre las reglas 1 y 2 en todas sus citas. Usted puede tratar tanto a miembros de su familia como a pacientes desconocidos, y debe comportarse igual. Su pensamiento debe ser: “¿Me he comportado correctamente?”. No mienta a sus pacientes y diga siempre las cosas a la cara. Usted nunca sabe quién puede ser un paciente el día de mañana. Y recuerde: no hable sobre

su vida en público: usted siempre se representa a sí mismo y a la profesión médica.

5. No sea un “sabe lo todo”. Tampoco hace falta que usted sea la corrección en persona y moleste a sus compañeros con comentarios fuera de lugar a cada rato. A nadie le gusta que le corrijan todo el tiempo. No debe confundir esto con decir siempre la verdad a sus pacientes. Si una persona está segura de que tiene falta de vitaminas en lugar de una neumonía, debe explicarle las cosas bien. Recuerde que su deber es velar por la salud de su paciente y no informar correctamente es un delito.

6. Agradezca el trabajo. Si una enfermera le corrige un error o le ayuda en un diagnóstico o tratamiento sea agradecido. Yo que usted iría a la sala de enfermeras y diría: “Mirad, Sara me ha ayudado, gracias a ella me he dado cuenta del error”. Sara se sentirá agradecida y recompensada por su trabajo.

Debería darse cuenta de las ventajas que tiene ser sinceros. Todo el mundo trabaja

«Usted no necesita estar siempre probándose a sí mismo, relájese. No hace falta llevar puesto un Armani o conducir un Ferrari para ser mejor médico»»

mejor si se reconoce su trabajo y se merece una atención de vez en cuando por ello. Muéstreles su aprecio y lo agradecido que está con ellos por el trabajo bien hecho, una vez acabe su turno.

7. No intente impresionar. La gente espera de los médicos confianza, decisión, inteligencia, astucia, entre otras cosas, pero sus pacientes apreciarán sobre todo que tenga los pies en la tierra y sea una persona humilde. Usted no necesita estar siempre probándose a sí mismo, relájese. No hace falta llevar puesto un Armani o conducir un Ferrari para ser mejor médico.

8. Descubra lo que quieren sus pacientes. No todo el mundo quiere lo que usted cree que quieren. Todos estamos de acuerdo en que la salud es lo más importante del mundo. Sabemos que hay gente a quien le gusta vivir deprisa y conocemos muchos casos de muertes en jóvenes. Hoy en día la gen-

te fuma y bebe en exceso y hace caso omiso de sus consejos sobre las consecuencias nefastas de la vida sedentaria.

Por ello es importante que ayude a sus pacientes a saber lo que les pasa, lo que quieren, sus deseos, y sobre todo, aconséjeles. A veces ellos no saben lo que les conviene, pero un buen consejo a tiempo les ayudará en su vida.

9. Descubra lo que usted quiere. Yo descubrí el “secreto” más importante hace poco. Parte de los problemas que tienen los médicos con su trabajo es que no saben lo que quieren. A veces no les emociona demasiado el trabajo en la oficina, pero lo hacen porque es lo correcto o por rutina, y se sienten mal consigo mismos. Ellos no indagan qué quieren hacer con su vida.

Pero también conozco especialistas a los que no les gusta la especialidad a la que se dedican. Algunos se sienten presionados, otros no cambian por miedo. En cualquier caso no hacen nada para cambiar. Sea honesto con usted y con los suyos.

Sabrás que ha hecho lo correcto, que está en el sitio en el que debe porque sus tareas no serán una carga para usted, en general. Su trabajo no será una tortura. No tenga miedo del éxito. Sólo hágalo.

He aquí un consejo extra: **ponga sus asuntos en orden.** Cuando se sienta preocupado haga una lista con todos sus miedos y preocupaciones y seguidamente visite a los pacientes que tenga.

Cuando le ofrezcan una taza de té o café, acéptelo. Mire cuidadosamente la cara de sus pacientes. Muchos le estarán inmensamente agradecidos y valorarán su trabajo. Recordarán su visita, eso se lo aseguro.

Hay muchas cosas que pueden hacer que su práctica sea un éxito, pero poner en práctica los puntos de su lista también le puede llevar al éxito, respetando y asumiendo los errores que haya podido cometer en el pasado.

Tengo suerte de haberme encontrado en el camino con gente que me cuida, que me quiere. Algunos de mis pacientes terminales me sonrían cuando me ven y me ayudan en mi trabajo diario, dada su actitud. Algunos, incluso, tienen dolor crónico, pero no se muestran agresivos ni tristes. Es de admirar.

Ellos conocen mis secretos, los secretos de mi éxito, que no cuesta nada intentar poner en práctica en su trabajo diario. ■

El concepto Prevencare

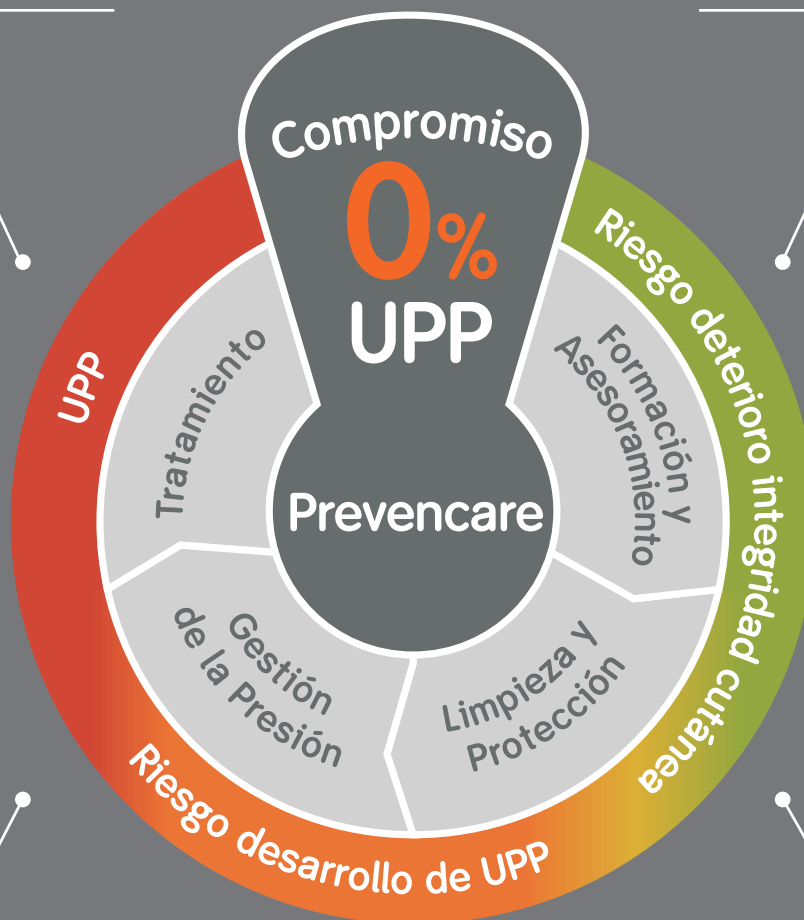
Soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención de las úlceras por presión (UPP) y de las lesiones por incontinencia

Tratamiento

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

Formación y Asesoramiento

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



Gestión de la presión

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

Limpieza y protección

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

Curación de Heridas

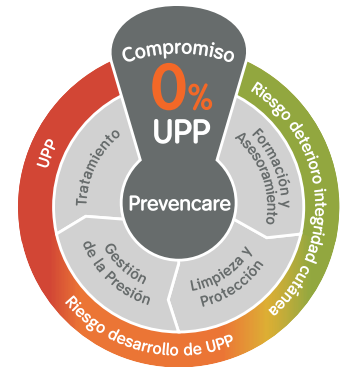
Smith & Nephew, S. A.
Fructuós Gelabert, 2-4
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Tel.: 902 303 161, Fax: 902 303 170

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

Compartimos contigo la pasión por la prevención

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

www.prevenicare.org



Un claro y decidido compromiso con la calidad de vida

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

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

Formación y asesoramiento

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

Limpieza y protección

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

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

Gestión de la presión

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

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

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

Tratamiento

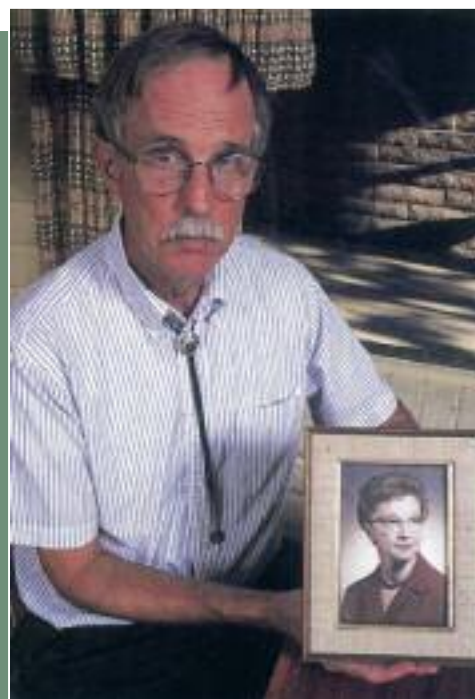
Cuando la prevención no es posible, o no se ha desarrollado de una manera efectiva, el tratamiento precoz con productos de cura en ambiente húmedo, como la gama **ALLEVYN**, es fundamental para reducir al máximo el sufrimiento de los pacientes y optimizar los recursos asistenciales. La gama **TRIPLE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

¿Está preparado para aceptar un error?

A pesar de que fue la profesión que elegí, mi madre siempre odió tanto a los médicos como a los estudios diagnósticos. Cuando se cayó el año pasado y fue trasladada a urgencias del hospital de Tucson, ella no quería que le hicieran pruebas. La radiografía que le hicieron de la cara fue normal. Pero se negó a una tomografía computerizada craneal, hecho debidamente recogido en la historia clínica. Desafortunadamente nadie le dijo a mi padre que ella se había negado y la verdad es que mi madre lo hizo debido a su incipiente demencia. De todas formas el personal de la planta le dijo que el TAC fue normal. Al día siguiente le dieron el alta médica. Poco después, mi padre recibió el informe de alta del cardiólogo que la atendió, en el que se leía: “Se realiza TAC de cráneo, que es normal”. Dos meses después, tras otra caída, mi madre acudió a un neurólogo, el cual tomó como cierto que se había realizado el TAC y que era normal. Preocupado por una posible espondilosis cervical, solicitó una resonancia magnética del cuello, que también fue normal. Menos preocupados en base a los resultados de las exploraciones, mis padres pasaron el verano en Oregón. En julio mi madre se cayó de nuevo, fracturándose la cadera. Nunca llegó a ser la misma. Su demencia iba empeorando poco a poco y empeoró llamativamente tras el estrés del tratamiento y la cirugía. La rehabilitación física fue en parte exitosa, pero la demencia nunca mejoró. A finales de agosto volé a Oregón para traer a mis padres de vuelta a Tucson.

Volvimos a llevar a mi madre al mismo hospital para que le realizaran otro escáner. Imaginen nuestra sorpresa cuando el técnico la recordó como “la señora que se negó a realizar-

se el escáner”. Cuando revisamos el historial, vimos el informe de urgencias original en el que se documentaba la renuncia a hacerse el TAC. Pero también nos dimos cuenta de que el informe sobre la radiografía que se había realizado, no constaba en la historia. En otras palabras, había informes de pruebas no realizadas y no había informes de las realizadas. El TAC realizado en este momento mostraba un pequeño hematoma subdural. Desafortunadamente, la pronunciada atrofia que tenía no podía ser comparada con estudios anteriores. Su estado físico comenzó a empeorar y falleció al poco tiempo. Algún tiempo después, cuando volvimos a revisar los informes del historial de mi madre, estos incluían un informe adjunto sin fecha escrito a mano por el cardiólogo: “La paciente no tiene hecho un TAC de cráneo”. Mi padre y yo estábamos furiosos no sólo por la alteración en los informes, sino por el trato que, en general, había tenido mi madre en el hospital. Mi padre nunca se la habría llevado a Oregón si hubiera sabido que el



Un médico descubre un posible error fatal en el tratamiento de su madre.

Michael S. Smith, MD

TAC no se había realizado. Al principio él quería demandar al hospital, pero le dije que eso no haría que mi madre regresara. Por primera vez en mi vida me puse en la situación de los abogados que llevan las demandas por malpraxis. ¿Por qué tendrían que limitar las indemnizaciones por malpraxis cuando seguían cometiendo errores como el que habían cometido con mi madre y eran encubiertos por los médicos implicados?

No sirve de consuelo que te digan que el 99,9 por ciento de las veces lo hacen bien

Unos meses después, mi padre y yo nos citamos con el abogado del hospital para hablar sobre el tratamiento de mi madre. Él estaba de acuerdo con los hechos, incluyendo el informe defectuoso del escáner no realizado. Pero el abogado insistió en que “en el 99,9 por ciento de las ocasiones no tenemos problemas de este tipo”. Me pregunté que en qué datos se basaban para esta afirmación. Me preguntaba si este hospital o la mayoría de los otros revisan sistemáticamente los historiales para cuantificar los errores médicos. Además, ese 99,9 por ciento significa que hay un error por cada 1.000 pacientes.

En un hospital con un volumen alto eso es mucho. ¿Y estaríamos conformes con que el 99,999 por ciento de los vuelos de avión no se hubieran estrellado en 2007? No quería poner una demanda pero quería asegurarme de que ese error no se volviera a cometer. Quería que el hospital creara un sistema que no permitiera a un médico informar como normal un TAC no realizado. Quería que el hospital desarrollara una manera de asegurar que cuando un paciente se negara a un determinado estudio quedara en conocimiento tanto del médico que lo solicitó como de los familiares. Es irónico que esta tragedia ocurriera con mi madre, ya que yo he pasado años analizando errores médicos. En efecto, había desarrollado un sistema confidencial, voluntario y protegido de comunicación de errores médicos, similar al programa de seguridad de los aviones. Había enviado mi propuesta a docenas de organizaciones médicas, pero recibí muy poco apoyo de las mismas. La razón, sospecho, es no sólo por el temor a las consecuencias legales de revelar errores mé-

dicos, lo cual puedo comprender, sino también por el sentimiento en la comunidad médica de que el problema no es realmente grave. Pero lo es. Muchos estudios han revelado que miles de pacientes mueren cada año en los hospitales por errores médicos y fallos en los sistemas. En efecto, incluso estimaciones conservadoras sugieren que en Estados Unidos cada año muere mucha más gente por ese motivo que por el ataque terrorista del 11 de septiembre. Todo el mundo comete errores, incluso los médicos. Necesitamos desesperadamente un buen sistema que siga el rastro de los errores médicos y proteja a aquellos que informan sobre ellos. Los médicos y los otros miembros del personal sanitario necesitan estar seguros para poder decirle a alguien que “lo hizo mal” y les sea agradecida su honestidad. Esos informes irían a un sitio neutral,

desde donde se pudieran publicar las causas de los errores médicos y así aprender de ellos para no volver a cometerlos. Necesitamos desarrollar un sistema así y hacerlo funcionar pronto. De otro modo, los médicos y el resto de personal continuarán

Los médicos deberían estar obligados a decirle al paciente: “Me equivoqué”

ocultando sus errores, no depurando responsabilidades y dañando a pacientes, familiares y a ellos mismos. Con la experiencia de lo que le pasó a mi madre y mis años de investigación, la principal lección que he aprendido es a no confiar en el sistema sanitario: el problema no es que sean malas las personas que trabajan en él, o la escasez de personal. El problema es que la mejoría del sistema no es una de las principales prioridades. No hacemos bien preocupándonos sólo del dinero en vez de en nuestros fallos.

Así que, ¿qué podemos hacer cada uno de nosotros? He aquí algunas simples recomendaciones: si un miembro de la familia es hospitalizado, esté al tanto de cómo le atienden y de los resultados de las pruebas diagnósticas que se le realizan. Si no le dan la información que solicita, insista. Sea pesado. En su consulta, no confíe en lo que le diga de palabra su paciente sobre una prueba que le hayan realizado. Mire usted mismo las pruebas radiológicas y de laboratorio. Lleva tiempo, pero es conveniente. Puede estar en juego la vida de su paciente. ■



ayudándole
en la **comunicación**
con el paciente

 webdelamujer.com

Portal de referencia

en castellano sobre la mujer
y su entorno: temas de
salud, asesorías sociales,
estilos de vida,...

Actualización

periódica
de los contenidos

Interacción con el usuario:

foro, preguntas frecuentes,...

Información rigurosa

sobre patologías
y enfermedades
elaborada por médicos
expertos.



E-mail: info@webdelamujer.com

Recomiéndela a su paciente

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

Inversiones

Formas de limitar las pérdidas



Natalia Aguirre Vergara*

» Aun cuando los precios actuales resulten atractivos a medio plazo, es también necesario limitar las pérdidas y mantener sólo aquella exposición a Bolsa que nos permita dormir tranquilos.

» Podemos también recurrir al uso de un terminal de telefonía móvil, tanto para ver cotizaciones, noticias, o nuestra cartera en tiempo real, como para efectuar operaciones.

El verano ha dicho adiós. Pero cada año, cuando llega la época estival y con ella las tan ansiadas vacaciones, muchos se plantean qué hacer con sus inversiones. Disfrutar de unos días en compañía de los nuestros, después de un duro año de trabajo, es lo que más deseamos. Pero el ritmo de la vida sigue, y con él, también las empresas, y la Bolsa. Los mercados financieros no saben de vacaciones, y abren todo el año, salvo días puntuales. Por tanto, se trata de buscar la forma de disfrutar de las vacaciones sin descuidar las inversiones.

Para no tener que estar pendientes de la marcha de la Bolsa, las entidades financieras nos ofrecen herramientas para mantenernos al tanto de nuestras inversiones y disfrutar a la vez de un merecido descanso. Entre estas herramientas podríamos destacar los llamados "Stop Loss" y "Stop Dinámico", que nos permiten dar una orden automática de venta en caso de que nuestro valor esté llegando a un determinado precio, o alertas al teléfono móvil, sobre cotizaciones o noticias interesantes de los mercados financieros. Asimismo, podemos también recurrir al uso de un terminal de telefonía móvil, tanto para ver cotizaciones, noticias, o nuestra cartera en tiempo real, como para efectuar operaciones.

Vamos a explicar de forma breve en qué consisten algunas de estas herramientas, puesto que pueden ser una buena forma de defender nuestras inversiones en próximas épocas estivales o en cualquier período de tiempo en que no podamos estar pendientes a diario de las cotizaciones de nuestras acciones en cartera.

Órdenes Stop Loss. También llamadas "stop de pérdidas", ordenan la venta de un valor cuando su cotización cae por debajo de un determinado nivel. El objetivo: limitar las pérdidas.

Stop Dinámico. Ayuda a limitar las pérdidas pero también a acumular las ganancias.

La principal novedad respecto al anterior es que acumula las subidas, puesto que si el precio de la acción sube también lo hará el stop marcado, en el mismo porcentaje, mientras que si el mercado baja, el stop se mantiene y no baja. De esta forma se acumulan las ganancias sin necesidad de ir variando el stop a medida que la cotización del valor avanza, mientras que se mantiene un porcentaje máximo de caída.

Pongamos un ejemplo: compramos un valor X a 10 euros/acción, y no queremos perder más de un 10 por ciento en nuestra inversión, por lo que introducimos un stop dinámico con porcentaje de oscilación a la baja del 10 por ciento (el precio de disparo –precio en el que se lanza la orden de venta– se situaría en 9 euros/acción). Si el valor X baja hasta 9,5 euros, el stop no se dispara, y luego sube hasta 9,8 euros, por lo que el stop sigue sin dispararse y se mantiene el precio de disparo en 9 euros/acción. Pero si el precio del valor X sube con fuerza hasta los 10,10 euros/acción, marcando un nuevo máximo desde que se fijó el anterior precio de disparo, el precio de disparo se volvería a recalcular (10,10 menos el 10 por ciento de 10,10 sería 9,09 euros/acción) de forma automática.

Estas y otras interesantes herramientas nos permiten tener nuestras inversiones controladas, algo necesario en mercados tan volátiles como el actual y en los que la aversión al riesgo de los inversores es creciente.

Aun cuando los precios actuales resulten atractivos de cara al medio plazo, es también necesario limitar las pérdidas y mantener sólo aquella exposición a Bolsa que nos permita dormir tranquilos. ■

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

Valores del mes

La fuerza de la I+D+i

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

Laboratorios Almirall es la primera farmacéutica de capital español y la tercera en ventas en el mercado nacional. Los compuestos que comercializa pertenecen principalmente a las áreas cardiovascular, respiratoria, digestiva, osteomuscular y urológica. La estrategia del grupo pasa por fortalecer su liderazgo en el mercado farmacéutico español, fomentar la investigación propia y potenciar la internacionalización para sostener el crecimiento. La actividad de I+D es uno de los motores del crecimiento futuro. De esta forma, Almirall ha lanzado 7 productos propios en 30 años y en la actualidad representan cerca de la mitad de sus ventas. Centra su investigación principalmente en las áreas respiratorias, autoin-

mune y dermatología, áreas con un elevado potencial comercial.

Zeltia es un grupo biotecnológico que se dedica a la investigación en el tratamiento contra el cáncer mediante el descubrimiento y desarrollo de medicamentos de origen marino. El período de maduración de los proyectos es muy largo, con altas necesidades de fondos, y las probabilidades de éxito en su "pipeline" son limitadas. No obstante, la compañía está presente en dos mercados con mucho potencial de crecimiento, como el cáncer y la enfermedad de Alzheimer. A tal fin, tiene una cartera de proyectos con más de 15 indicaciones en diversos estados de investigación.

Los elegidos

Almirall

Es una atractiva inversión en un sector defensivo y anticíclico, en una empresa con flujos de caja estables y un buen equilibrio de compuestos. Además, cuenta con un importante catalizador a corto plazo, la presentación de los resultados del estudio en Fase III de Aclidinium Bromide. Dentro de su cartera de proyectos, Aclidinium Bromide es el compuesto de mayor importancia y podría transformar el perfil de crecimiento de la compañía, duplicando sus ventas y ganancias.

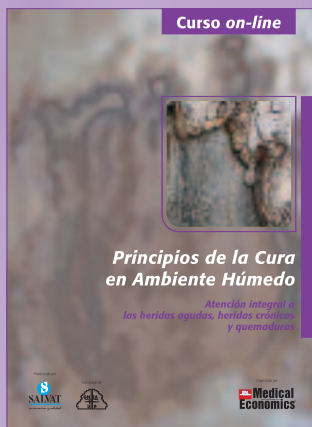
Zeltia

Creemos que el valor no está recogiendo un importante avance, como ha sido la comercialización de Yondelis para STB, y de hecho cotiza por debajo de lo que lo hacía antes de aprobarse su primer compuesto. Además, en los próximos meses se

producirán acontecimientos que deberían apoyar al valor, entre los que destacaríamos la presentación de los resultados de Fase III de Yondelis para cáncer de ovario en septiembre de 2008 y la presentación del dossier ante la EMEA a final del año. Asimismo, esperamos una mejora progresiva de las ventas de Yondelis para STB a medida que avance el año, gracias a una mayor penetración en el mercado. ■

Concepto	Almirall	Zeltia
Ticker	ALM	ZEL
PER 2008	15,7	n.a.
Rentab. dividendo (%)	2,4	n.a.
Precio actual	8,57	5,14
Precio objetivo	17,15	7,00

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 16/9/08



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.



antiseptia 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.medecoes.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Internet y medicina

Nuevas aplicaciones para la práctica clínica

Muchos autores consideran que Internet y los recursos asociados a la red constituyen el avance más innovador e importante en Medicina de los últimos 25 años. La razón principal es la mejora que Internet permite en el conocimiento actualizado, incluso en el caso de enfermedades poco comunes. El número de recursos especializados en Internet, como las revisiones actualizadas o los sitios *web* con aplicaciones de ayuda al diagnóstico clínico, crecen de forma exponencial.

El Complejo Hospitalario Universitario de Clermont-Ferrand, Francia, ha diseñado un algoritmo, disponible en Internet (<http://www.chu-clermontferrand.fr/anparia>), en el que se dispone de una ayuda a la toma de decisiones para la angioplastia renal transluminal percutánea. Lo novedoso de esta solución es que recoge 1.848 escenarios clínicos distintos. Dado el elevado grado de incertidumbre que siempre está presente ante determinadas decisiones clínicas, la ventaja de esta solución es poder obtener de forma estructurada y tabulada la opinión de un papel de expertos, pudiendo comparar en cada caso la opción terapéutica de angioplastia frente al tratamiento médico o la cirugía.

Una de las novedades que merece destacar es el uso de Internet en la monitorización remota de pacientes cardiológicos. Recientemente, se ha realizado un estudio en la Universidad de Oulu, en Finlandia, para comprobar la seguridad de la monitorización remota a través de Internet de pacientes portadores de un desfibrilador cardioversor implantable (IDC). El sistema resultó muy fácil de utilizar tanto para pacientes como para médicos, pudiendo actuar de forma efectiva también ante los envíos de datos no programados. Cuando se compara este sistema con el control basado en visitas al consultorio, la principal ventaja es la reducción de tiempo que el paciente y el médico tienen que dedicar a estos controles para conseguir un segui-

miento adecuado, permitiendo asimismo ahorrar en más de un 40 por ciento los costes sanitarios.

Internet también puede convertirse en una herramienta útil en los programas de detección precoz de cáncer. La Facultad de Medicina de Universidad Keio, Japón, puso en marcha un servidor *web* para que dermatólogos de todo el mundo pudiesen enviar imágenes de dermatoscopios, a las que el sistema diseñado aplicaba algoritmos muy depurados, basados en redes neuronales, que permitían analizar 428 características del tumor. De esta forma, el dermatólogo recibía como respuesta cada caso clasificado como melanoma o como nevus.

En la literatura médica predominan los estudios de calidad de la información dirigida a pacientes. Sin embargo, algunos estudios recientes se han centrado en analizar la eficiencia de bases de datos de información clínica disponibles en Internet, con un enfoque principalmente dirigido al profesional de la salud. Estos estudios son fundamentales para establecer unos criterios adecuados para la selección de sitios *web* de uso clínico. Destacamos el trabajo realizado por el Instituto Finlandés de Salud Laboral en Helsinki, en el que se revisan 21 bases de datos de toxicología disponibles en Internet (GESTIS, ESIS, Hazardous Substances Data Bank, TOXNET, NIOS y otras). Mediante un sistema de puntuación asignada a cada recurso, es posible encontrar las bases de datos que cumplen requisitos específicos. La situación ideal sería aquella en la que los sitios *web* dedicados a medicina basada en pruebas, como Cochrane, recogen estudios de revisión de estos recursos electrónicos, los analizaran con criterios científicos y enlazan e integran los resultados de la evaluación basada en pruebas en buscadores genéricos como Google. De esta forma, el médico puede seleccionar los sitios *web* con criterios científicos, incluso al lanzar la búsqueda desde buscadores genéricos. ■



Marcial García Rojo*

» El número de recursos especializados en Internet, como las revisiones actualizadas o los sitios *web* con aplicaciones de ayuda al diagnóstico clínico, crecen de forma exponencial.

» Algunos estudios recientes se han centrado en analizar la eficiencia de bases de datos de información clínica disponibles en Internet, con un enfoque principalmente dirigido al profesional de la 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 SEIS. E-mail: marcial@cim.es

Cultura

LIBROS

Bioética y Derecho Sanitario en la profesión enfermera

La Enfermería cumple una misión asistencial de alto nivel técnico y de resultados determinantes para la valoración global del sistema sanitario de cualquier país. La obra *Enfermería y Paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario* reúne bastos conocimientos sobre los fundamentos teóricos de la ética y específicamente de la bioética, con la exposición de problemas prácticos que coadyuvan a realizar un profundo análisis.

A partir del capítulo III y hasta el final de la obra, el eje del discurso lo constituye el estatuto de la enfermería como actividad profesional. Así mismo, al final se incluyen dos capítulos con específica referencia a los registros de enfermería y a lo relativo a los riesgos derivados del trabajo y de los accidentes biológicos, según la legislación actual en prevención de riesgos laborales.

En definitiva, esta obra de Javier Sánchez Caro y Fernando Abellán contiene una aportación rigurosa y completa al estatuto profesional de enfermería.



Título: *Enfermería y Paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario.*
Autores: Javier Sánchez Caro y Fernando Abellán.
 Ed. Comares
 255 págs

EXPOSICIONES

Seducción, modernidad y utopía

La Fundación La Caixa y la Fundación Mucha presentan una gran exposición sobre Alphonse Mucha, uno de los mayores iconos artísticos del arte del siglo XX, y concretamente del Art Nouveau. Esta exposición presenta todas las facetas del arte de Alphonse Mucha a partir de cuatro grandes temas fundamentales: teatro, belleza, misterio y modernidad.

La muestra se puede visitar en el Caixafórum de Barcelona (Teodor Roviralta 47-51) hasta el próximo mes de enero de 2009.



Arte digital y nuevos medios

La muestra *Máquinas & Almas, nuevos medios* incluye el trabajo de 17 artistas escogidos por su capacidad de aunar arte y ciencia, creatividad y sentimiento y misterio.

El visitante podrá contemplar desde los retratos interactivos de Rozin a los robots antropomórficos de McMurtrie, las esculturas de luz de Friedlander, los ferrofluidos de Sachiko Kodama, las "bestias de la playa" de Theo Jansen, el "software art" de John Maeda, las pinturas digitales de Evru, etc. La muestra, se puede visitar hasta el 13 de octubre en el Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía de Madrid (C/ Santa Isabel, 52).



CINE

Vicky Cristina Barcelona llega a las pantallas españolas

Ya ha llegado a las pantallas españolas una de las películas más esperadas del año: el último trabajo de Woody Allen, *Vicky Cristina Barcelona*, que protagonizan los españoles Javier Bardem y Penélope Cruz, acompañados de Scarlett Johanson y Rebeca Hall.

La película, ambientada en su mayor parte en Barcelona, narra la historia de un pintor que empieza a "relacionarse" con dos turistas americanas, hasta que entra en escena su celosa ex novia con lo que empezarán los problemas para el pobre pintor.

Allen, que cautivó el pasado mes de mayo al público del Festival de Cannes con el estreno del *film*, fuera de concurso, realiza un sentido homenaje a la capital catalana, que se erige como un personaje más de la película.



Internet

El sector TIC capea el temporal

La economía europea sigue debilitándose, y la publicidad –como no podía ser de otro modo– se resiente, aunque unos soportes aguantan mejor que otros, desde luego Internet, que, junto a los canales temáticos ha conseguido atraer nuevos anunciantes a lo largo del primer semestre de 2008, según informa Infoadex.

La inversión publicitaria en la red se incrementó en los primeros seis meses del año el 28,3 por ciento, hasta los 110,6 millones de euros, resistiendo así la caída del 6,5 por ciento registrada en el

ha reducido el 43 por ciento; y –en menor medida– los diarios, con un descenso del 16,2 por ciento.

Del análisis sectorial, se desprende que los sectores de la economía que se van salvando de la crisis apenas se cuentan con los dedos de la mano, con las tecnologías de la información todavía en positivo, aunque lastradas también por el retraimiento general de las inversiones en bienes de equipo.

Para explicar el optimismo del sector de las tecnologías de la información en medio de la tormenta, podemos fijarnos en el reciente estudio de

ICSA y la Escuela de Negocios La Salle, según el cual, frente al retroceso generalizado de las retribuciones de los directivos a nivel nacional, los salarios de los directivos de las tecnologías de la información se están incrementando. Los directivos de estas empresas tecnológicas han tenido una media de incremento de sus retribuciones superior a la del año 2007, cuando la crisis todavía no se había manifestado, destacando en el ranking los directores de sistemas de información, tanto en las grandes como en las medianas empresas. ■



La inversión publicitaria en la prensa diaria ha descendido considerablemente.

conjunto de los medios de comunicación españoles. El que más sufre las inclemencias de este invierno económico es el cine, cuyo volumen publicitario se

Sección patrocinada por
Web de I@
MUJER

UN VISTAZO A LA RED

Seguimos los números del azar

Todas las secuencias de números son pulverizadas en esta dirección, pues nos ofrece la posibilidad de obtener números al azar en un orden aleatorio. Confía en la suerte.

<http://www.random.org//>

Georgia después de la masacre

En muchas webs no aparece ni siquiera el mapa, tal y como reconoce Google, pero tristemente es conocida por la invasión rusa en plena tregua olímpica.

<http://enciclopedia.us.es/index.php/Georgia//>

CIBERCONSEJOS

Más millones de líneas de móviles, que españoles

La telefonía móvil en España sumó 539.631 líneas en los primeros seis meses del año, lo que supone 109,8 líneas por cada 100 habitantes, las tarjetas asociadas ya alcanzan un total de 1,3 millones de líneas. Así, el total de líneas móviles, roza los 51 millones de líneas. Las líneas de ADSL sumaron a finales del mes de junio, un total de 6.921.819 líneas, un 17,9 por ciento más que el mismo período del año anterior.

Televisión en 3D para millonarios

Telefónica probará en Brasil un sistema de televisión tridimensional a través de Internet, que funcionará con un televisor especialmente diseñado por Philips, de unos 18.000 euros. El sistema será probado a través de TVA, operadora de televisión brasileña en la que Telefónica tiene participación y que se prepara para poner en marcha el servicio conocido como IPTV (vídeo a través de Internet para televisores).

Golf



Barclays Tournament

Vijay Singh le 'robó' la cartera a Sergio García

El fijiano ganó al castellonense en el segundo hoyo de desempate.



Vijay Singh, quinto en la clasificación mundial fue mejor que Sergio García en el play-off.

El fijiano Vijay Singh ganó por cuarta vez en su carrera el torneo Barclays de golf, incluido en el circuito PGA, al imponerse en el segundo hoyo del desempate al español Sergio García, con quien terminó igualado en el último recorrido. El golfista de Lautoka embocó un *birdie* en el segundo hoyo del *playoff* y dejó al castellonense sin la opción de lograr su segundo título del año, tras ganar en mayo el Campeonato The Players.

Singh, García y el estadounidense Kevin Sutherland completaron la última ronda empatados a 276 golpes —ocho bajo el par del Ridgewood Country Club de Paramus (Nueva Jersey)—, por lo que debieron jugar un desempate. Pero el norteamericano no pasó del primer hoyo y quedaron el fijiano y el español como únicos contendientes por el título.

Vijay Singh, que ya había ganado el torneo Barclays en 1993, 1995 y 2006 —las tres en la anterior sede de Westchester—, se embolsó 1,26 millones de dólares con esta victoria, su trigé-

sima tercera en el circuito PGA. El torneo Barclays reparte siete millones de dólares en premios, según informa la organización del circuito.

Sergio sigue cuarto del mundo

Sergio García conservó el cuarto puesto en la lista mundial al sellar otro segundo puesto en un gran torneo, el Barclays, primero de los *play-offs* de la FedExCup, y después del cosechado en el US PGA (último 'grande' del año), al perder en el desempate frente al fijiano Vijay Singh. El jugador español tuvo un último *putt* para *birdie* en el hoyo 18 para ganar, pero lo desperdició. En el desempate con el veterano Singh (45 años), García cayó en el segundo hoyo. No obstante, Singh es quinto del mundo, un puesto por detrás de Sergio García. El fijiano lidera la clasificación de la FedExCup tras este primer torneo de los *play-off* con 109.500 puntos, mientras que García es segundo en esa lista con 104.375 puntos. Tiger Woods es el líder mundial. ■

La última cita de la temporada se despidió a lo grande

El Club de Golf Almenara en Sotogrande (Cádiz) fue testigo, el pasado 23 de agosto, de la última cita clasificatoria del XI Circuito de Golf Diners Club Español. Amaneció un día nublado pero con una temperatura perfecta para jugar que, sumado al magnífico estado del campo y la gran participación, la cita fue todo un éxito. Tras una dura lucha por la victoria, Ignacio Bernar Aguirre en tercera, Cristóbal Rodríguez en segunda y Luis Márquez en primera con 44, 39 y 43 puntos Stableford, alzaron los trofeos de sus respectivas categorías. Pero sin duda la noticia más destacada de la jornada se produjo en el concurso de bola más cercana a bandera que se disputó en el hoyo 7 del recorrido de Los Lagos, donde Juan Carlos Martín consiguió un hoyo en uno. También hay que destacar la actuación de Mercedes Aldama, que fue segunda clasificada en segunda categoría con 39 puntos y vencedora del concurso de drive más largo mandando la bola a 212 metros. Lo extraordinario del tema es que Mercedes está en avanzado estado de gestación. Un ejemplo más de que el golf es un deporte especial y que se puede practicar casi siempre.

CLASIFICADOS

EMPLEO

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander necesita:

RADIOFISICO HOSPITALARIO

Requisitos:

Título de la Especialidad.

Más información en la web del hospital www.humv.es. Avenida de Cantabria, s/n. Contacto: Dr. Rafael Tejido. Teléfonos: 942 313 701; 942 31 38 50. E-mail: dimedica@humv.es

IMAGEN Y SONIDO



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

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

Clínica Rotger, en Palma de Mallorca selecciona:

JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Título de Médico Especialista en Medicina Nuclear y experiencia en PET y ganglio centinela.

Incorporación inmediata y contrato indefinido. Remitir curriculum vitae a info@clinicarotger.es. Más información en la web www.clinicarotger.es

Complejo Hospitalario de Toledo ofrece dos plazas de:

NEUROCIRUGÍA

Contratación indefinida. Buenas condiciones de trabajo. Las personas interesadas pueden ponerse en contacto con el Dr. Hernández Moneo en el teléfono 972 25 64 00.

Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres precisa:

ESPECIALISTA DE APARATO DIGESTIVO

Se ofrece:

Posibilidad de incorporación definitiva a plantilla.

Interesados contactar con Miguel Fernández Bermejo en las direcciones de correo electrónico (mfbermejo@eresmas.com, digestivocaceres@hotmail.com) o en el teléfono 927 62 15 43.

El Gobierno de Cantabria (Consejería de Educación) ofrece un puesto de:

JEFE DE SECCIÓN DE SALUD LABORAL DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE CENTROS DOCENTES

Se requiere:

Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Se valorará estar en posesión de la titulación de Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales en la especialidad de Ergonomía y Psicosociología.

Se ofrece:

Puesto de trabajo en régimen de interinidad. Salario bruto anual de 39.600 euros.

Las personas interesadas pueden remitir su CV a la siguiente dirección garcia_ra@gobcantabria.es o ponerse en contacto con el teléfono 942 20 70 64 (contacto: Rosana García Arenal).

Grupo Eroski' s. Coop., selecciona para la gestión de su servicio médico ubicado en Elorrio:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

Se requiere:

Licenciado en Medicina con la especialidad de Medicina del Trabajo. Se valorará el aporte de experiencia dentro de organizaciones de similares características.

Se ofrece:

Contrato de cooperativista con período de aspirante de 12 meses. Participación en beneficios. Interesados enviar CV a través de correo electrónico a nerea.cuevas@adecco.com o contactar con Nerea Cuevas en el teléfono 944 42 07 03.

CONGRESOS

DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.

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

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

INVESTIGACIÓN



Seguro 21
José Prados
Calle de Hércules 87, 11-13
28024 Pozuelo de Alarcón, Madrid
Tel: +34 917 148 243
Fax: 800 140 321
Tel. Internacional: +34 917 148 241
Email: info@nfarm21.es

Empresa dedicada a:

- Estudios en Investigación Clínica
- Estadística convencional y multivariante, Encuestas
- Comunicación de Resultados
- Farmacovigilancia mediante XML, MedDra y ATC
- Bases de datos

Nfarm 21 fue fundada en 1994 y es consorcio de Madrid desde la versión 5.0 (año 2002)



Empresa de Investigación Científica

MULTIMEDIA



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

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

BECAS DE INVESTIGACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE a través del Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente, convoca 45 Ayudas a la Investigación con el objeto de facilitar apoyo económico para la realización de proyectos de investigación, dirigidos a profesionales de España, Portugal y de los países de Iberoamérica.

Las áreas temáticas sobre las que deberán versar los proyectos de investigación son las siguientes:
Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Daño cerebral y medular.

Valoración del daño corporal.

Otras áreas: Gestión sanitaria.

Plazo de presentación de solicitudes hasta el 10 de octubre de 2008.

INMOBILIARIAS

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

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

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

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

Personas interesadas preguntar por Laura.

Consultorio de cirugía Estética

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

¡Excelente Imagen!

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

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

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

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

CENTRO MÉDICO MENASA

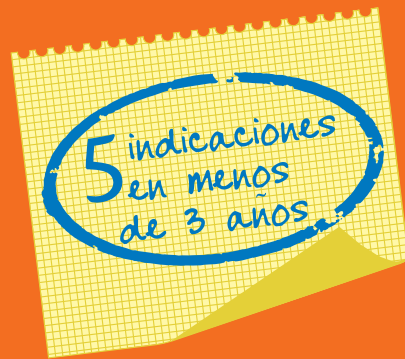
- Alquiler de despachos
- Horas, días, meses.
- Todos los servicios.
- C/Viriato.
- Tfno: 680701185

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

En **3** años hemos
corrido mucho...



...ya hemos logrado
nuestra **5^a** indicación:
Trastorno Obsesivo - Compulsivo.



En depresión y ansiedad,
rapidez y potencia
son decisivas



Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram