

La ética en los cuidados al paciente 16

¡Cuidado con el 'software' libre! 20

Outsourcing: cómo integrar a los discapacitados 49



**Club médico Informativo**

Ver págs.: 23-26

# Medical Economics®

www.medecoes.com

5 ANIVERSARIO

7 de noviembre de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Mesa redonda: 'Outsourcing' sanitario

## ¿Una forma de gestión o de privatizar servicios?

Pág. 38



**ADEMÁS**

Especial



(págs. 29-36)

SPA  
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

# Si necesita lupa para ver los Rendimientos de su Plan de Pensiones...



...traspáselo ya a  
**PSN RENTABILIDAD  
CRECIENTE - PPA,**  
y consiga un

**12% TAE\*** extra,

• Interés garantizado hasta la jubilación.

y olvídense de la lupa



\* Interés adicional extraordinario ofrecido para todos los traspasos realizados entre el 01/11/08 y el 28/02/09, por personas menores de 62 años, que se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con cálculo del 12% TAE, desde la fecha de valor de recepción del traspaso hasta el 28/02/09.

\* Fecha de abono de la aportación 12% TAE a cargo de PSN: 31/05/09.

\* Promoción válida exclusivamente para traspasos de Planes de Pensiones de otras entidades a PSN Rentabilidad Creciente PPA, recibidos entre el 1 de noviembre del 2008 y el 28 febrero del 2009. No acumulable con otras promociones o campañas coincidentes.

**PSN Rentabilidad Creciente**

■ Plan de Previsión Asegurado ■

Infórmese en el 902 100 062, a través de su Asesor o en la Oficina PSN más cercana.

**PSN**  
PREVISIÓN SANITARIA REGIONAL

## 38 MESA REDONDA

## 'Outsourcing' sanitario



La externalización de servicios hospitalarios, en algunas ocasiones se ve como una fórmula de privatización y, en otras, como una necesidad. La polémica sube de tono cuando se trata de externalizar servicios médicos. En este caso, los defensores del *outsourcing* decrecen porque se detectan más inconvenientes que ventajas.



## ESPECIAL FIALUD

## 29 Feria Internacional de la Salud

La tecnología sanitaria y el equipamiento médico, así como la innovación farmacéutica, son las apuestas que la Feria Internacional de la Salud (Fisalud) presentará del 26 al 30 de noviembre en Madrid.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

## 58 El nuevo paradigma médico-paciente

Actualmente, la relación con los pacientes está marcada por la cantidad ingente de información que estos tienen a través de la red, lo que está cambiando la práctica médica.

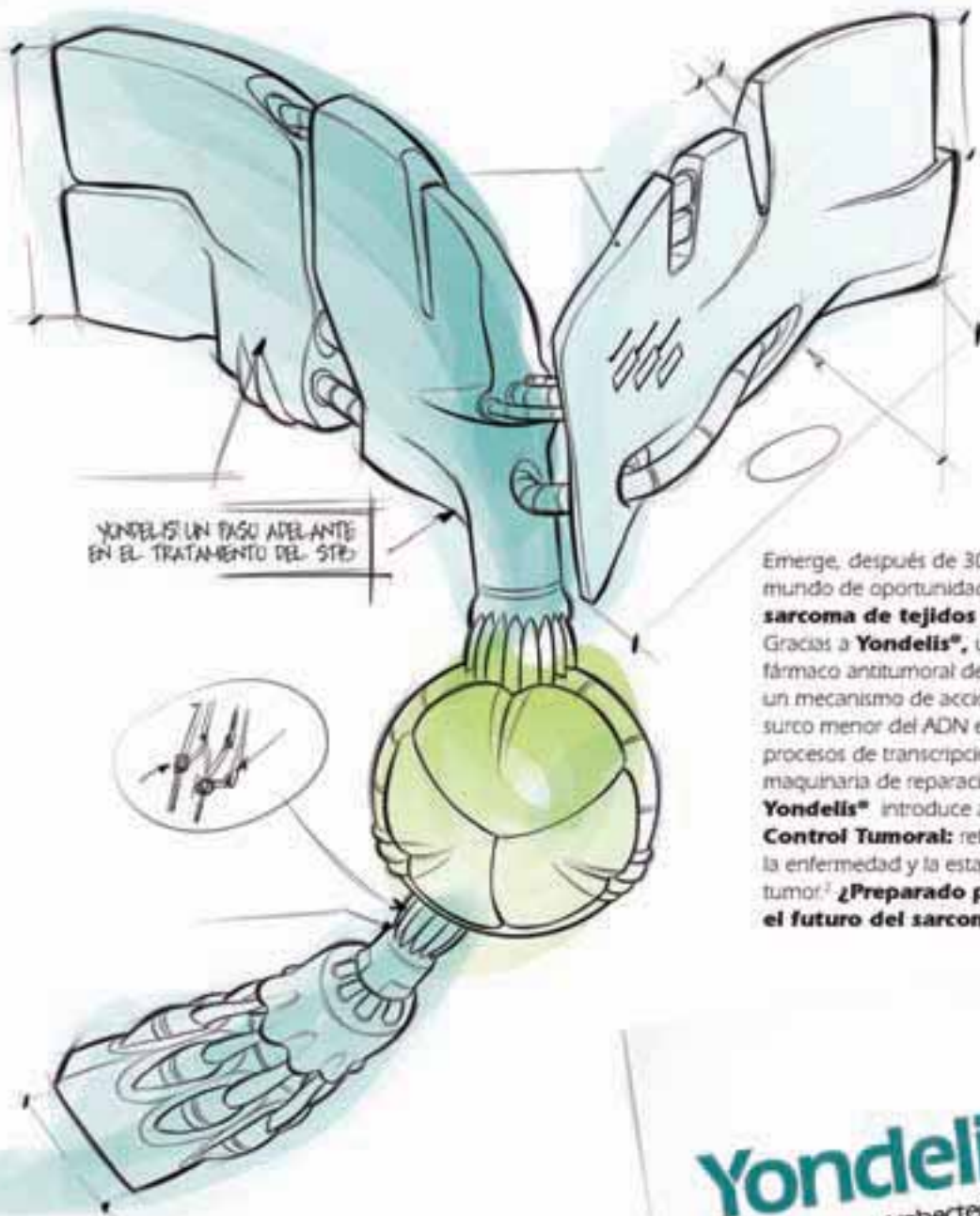
## OUTSOURCING SANITARIO

## 49 Cómo integrar social y laboralmente a las personas con discapacidad por medio del 'outsourcing'

Flisa ofrece servicios integrales que van desde los procesos de lavandería hasta la esterilización de textiles y material quirúrgico. Además, trabaja en la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de todos sus centros.



POR FIN, EMERGE UNA NUEVA CLASE TERAPÉUTICA  
▲ **YONDELIS®** (trabectedina) REDISEÑA  
EL FUTURO DEL **SARCOMA**  
DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO



YONDELIS: UN PASO ADELANTE  
EN EL TRATAMIENTO DEL STB

Emerge, después de 30 años, un nuevo mundo de oportunidades contra el **sarcoma de tejidos blandos** avanzado. Gracias a **Yondelis®**, un innovador fármaco antitumoral de origen marino con un mecanismo de acción único. Se une al surco menor del ADN e interfiere con los procesos de transcripción y con la maquinaria de reparación del ADN.<sup>1</sup> **Yondelis®** introduce así el concepto de **Control Tumoral**: retrasa la progresión de la enfermedad y la estabiliza controlando el tumor.<sup>2</sup> **¿Preparado para rediseñar el futuro del sarcoma?**

**Yondelis®**  
trabectedina  
Control de la enfermedad

[www.yondelis.com](http://www.yondelis.com)

**Pharma  
Mar**  
Grupo Zeltia

Yondelis® está indicado para el tratamiento de pacientes con sarcoma de tejidos blandos en estado avanzado en los que haya fracasado el tratamiento con anthracidinas e ifosfárida, o bien que no sean candidatos a recibir dichos productos.  
Ficha Técnica completa al dorso.

## 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

Álvaro Valenzuela

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

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

**Fotomecánica e impresión:**  
Litofinter Industria Gráfica

© 2008

### Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif.  
Vértice  
28041. Madrid.  
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia, 91-93. 08029.  
Barcelona  
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-61-63  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 8 De Cerca
- 10 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 12 Gestión en Atención Primaria  
Compromiso con el medio ambiente
- 14 Gestión Profesional  
La esterilización como bandera
- 16 Gestión de Calidad. Enfermería  
La ética en los cuidados al paciente
- 18 Normativa
- 20 Informática  
¡Cuidado con el *software* libre!
- 56 Impuestos

## Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 53 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que aporta beneficios la externalización de servicios en los hospitales?

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

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

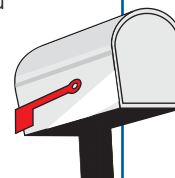


## CURSOS ON LINE

Medical Economics organiza cursos *on line* dirigidos a los profesionales de Atención Primaria y Enfermería con el objetivo de mejorar su práctica diaria.  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

## PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2009

Medical Economics celebra la V edición de los galardones que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones del mundo sanitario que más han destacado por su labor a lo largo de 2008. Para más información visite nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



## SU OPINION ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

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

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

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

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

© Copyright 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonso

Secretaría General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

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

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones  
United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección  
Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad  
de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente  
Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director  
Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal  
Hospital Clínic de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

### Manuel Díaz-Rubio García

Vicepresidente  
Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina  
y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico  
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

### José Angel García Rodríguez

Presidente  
Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico  
Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente  
The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología  
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

### Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital La Fe de Valencia

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico  
Dirección General de Farmacia

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Director de Marketing y Comunicación  
Webasistencial

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores  
y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de  
Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito  
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria  
UCM

### Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud  
y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General  
de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias  
CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios  
y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

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

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales  
Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma  
de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director  
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director  
EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad  
de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española  
de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia  
Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho  
Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto  
para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaría de la Asociación Nacional  
de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario  
Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados  
Presidente de la Asociación  
Española de Derecho Sanitario

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico  
Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia  
Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director  
Bufete Alemany Escalona  
& Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-Medi Tecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al paciente

#### Gloria Herías Corral

Adjunta a Dirección  
Fundación Jiménez Díaz-Capio

# Mi punto de vista

## El dividendo de la longevidad

La creencia de que el envejecimiento es un proceso inmutable programado por la evolución, sabemos ya que es falsa. Nuestro conocimiento del cómo, por qué, y cuándo ocurren los procesos de envejecimiento ha progresado tanto que muchos científicos creen, ahora, que si esta línea de investigación fuese suficientemente promovida, obviamente podría beneficiar a la gente que aún vive. Se deben incrementar de forma significativa las inversiones en las investigaciones sobre el envejecimiento, ya que es probable que produzcan inmensas ganancias tanto desde el punto de vista económico como social, en particular en la calidad de vida, la productividad y la autosuficiencia del grupo poblacional de más edad, que es el que crece con mayor rapidez. La sociedad debe reconocer que la mejora de la calidad de vida de las personas de la tercera edad, incluyendo la promoción de una vejez activa y la erradicación de las discriminaciones por razones de edad, constituye uno de los mayores desafíos del siglo XXI. La ciencia del envejecimiento tiene el potencial de producir lo que se ha llamado "Dividendo de longevidad" en forma de beneficios o primas sociales, económicas y de salud para individuos y poblaciones enteras: un dividendo que empezaría con las generaciones actualmente vivas y continuaría para todas las que siguen.

La comprensión de la mortalidad y morbilidad crearía ganancias financieras, no sólo porque las poblaciones de edad tendrían más años para contribuir, sino también porque habrá más años durante los cuales no se usarían los diferentes programas de asistencia sanitaria. Por tanto, si la investigación de la tercera edad puede dar más salud y vidas más extensas, también puede incrementar la riqueza, permitiendo extender la productividad social y económica, y potenciando la prosperidad de la economía regional y nacional. Es necesario desarrollar tecnologías específicas que mejoren la calidad de vida mien-

tras se va envejeciendo. ¿Por qué actuar ahora? En el marco de una sociedad cada vez más envejecida, las personas mayores se van encontrando con más dificultades para vivir autónomamente de una manera digna. Este problema se va a agravar en los próximos años, ya que para el 2050 este colectivo se triplicará (habrá más ancianos que niños) y la esperanza de vida será ya de 90 años. Todo ello implicará más limitaciones físicas y el agravamiento de los procesos de envejecimiento. Las sociedades avanzadas tendrán que poner a prueba todos sus recursos sociales y económicos y deben activar todos los mecanismos necesarios para ello.

En la última década, la atención a las personas mayores se ha caracterizado por un intento de cambio del modelo asistencial, promoviendo para ello normas de actuación para abordar las necesidades de los mayores desde un punto de vista integral. Sin embargo, los ansiados cambios, lejos de materializarse en una atención para el mayor desde el mayor, han seguido el curso que llevaban, es decir, un tratamiento "individual" sin el individuo. Por esta razón, es necesario empezar a desarrollar programas de gestión integral donde las personas mayores sean tenidas realmente en cuenta, favoreciendo de esta forma la adaptación y nueva reorganización personal en este momento de su ciclo vital. Hay que desarrollar las capacidades de las personas mayores y no sólo ofrecer una atención residual, que acabe produciendo el síndrome de la institucionalización. El objetivo debe encaminarse hacia un modelo biopsicosocial y en la concepción de persona actora propuesta desde los modelos constructivistas.

En conclusión, si la investigación de la tercera edad y la atención integral pueden darnos más salud y vidas más extensas, también puede incrementar nuestra riqueza, permitiéndonos extender nuestra productividad social y económica y potenciando significativamente la prosperidad de la economía. ■



Rafael Castro Fuentes\*

» Las sociedades avanzadas tendrán que poner a prueba todos sus recursos sociales y económicos y deben activar todos los mecanismos necesarios para ello.

» En el marco de una sociedad cada vez más envejecida, las personas mayores se van encontrando con más dificultades para vivir autónomamente de una manera digna.

\*Profesor titular de la Universidad de La Laguna. Investigador Asociado del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (Tenerife).

Asociación Española de Pacientes con Cefaleas

## Cuatro millones de españoles padecen migrañas

*La Asociación Española de Pacientes con Cefaleas (AEPAC) se creó en 2005 con el objetivo de convertirse en una fuente de información y ayuda para las personas con dolor de cabeza, así como en un vehículo que permita trasladar sus necesidades e inquietudes a las autoridades sanitarias y a la sociedad en su conjunto.*

Por Cristina García Blanco

**E**l 95 por ciento de la población ha sufrido algún tipo de dolor de cabeza en su vida, el 70 por ciento padece cefaleas tensionales y más del 12,6 por ciento migrañas. En concreto, en España hay cerca de cuatro millones de personas de entre 18 y 65 años que padecen migrañas.

La cefalea constituye un problema de salud de gran importancia, tratándose de uno de los motivos de consulta más frecuentes por parte de los pacientes tanto en Atención Primaria como en especializada. Pero no es menos cierto, que actualmente el 80 por ciento de las personas que sufren cefaleas no va al médico. La cefalea es un problema médico y social muy importante que afecta al 90 por ciento de la población (95 por ciento de las mujeres y 90 por ciento de los hombres), pese a lo cual el 80 por ciento de quienes la sufren no consideran necesario acudir al médico.

Sólo en los países desarrollados, cada día se contabilizan 3.000 crisis de migraña por cada millón de personas. Cifras alarmantes de las que se desprende que la gran mayoría de los pacientes afectados con dolores de cabeza no han sido diagnosticados por un médico y con frecuencia recurren a la automedicación, ya sea tomando un fármaco recomendado por el médico en otra ocasión o siguiendo el consejo de algún conocido para calmar el dolor. Esta ingesta arbitraria y descontrolada de medicamentos es un problema que preocupa enormemente, ya que puede llegar a provocar una intoxicación farmacológica que acabe cronificando el dolor de cabeza. Esta situación en la mayor parte de los casos, viene motivada por la falta de información sobre este conjunto de trastornos.

Para paliarlo, la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas (AEPAC) nació hace

más de tres años con el objetivo de convertirse en una fuente de información y formación para las personas con dolor de cabeza y su entorno, así como en un vehículo que permita trasladar sus necesidades, inquietudes e intereses a las autoridades sanitarias, instituciones y a la sociedad en su conjunto. La Asociación es un punto de encuentro y referencia en el que los enfermos puedan estar en contacto con otras personas con la misma dolencia y en el que exponer sus dudas, buscar información o simplemente hablar.

La AEPAC cuenta con una *web* con toda la información necesaria sobre estas patologías y con las noticias más importantes que se van actualizando diariamente. Además, el portal ofrece información de la asociación, posibilidad de asociarse *on line*, un apartado actualizado de noticias (entrevistas, curiosidades, artículos y últimas noticias), así como enlaces a otras direcciones de Internet de interés, como asociaciones europeas, organizaciones médicas, etcétera. Asimismo, ofrece a sus asociados una consulta gratuita con la doctora Teófila Vicente, especialista en migrañas, que se contesta vía Internet y una consulta en los locales de la asociación para aquellas personas que necesiten un seguimiento más personalizado. Del mismo modo, la AEPAC edita folletos informativos, organiza conferencias y grupos de apoyo y pone a disposición de los asociados un teléfono de atención al paciente.

La AEPAC forma parte de varias instituciones nacionales e internacionales como el Foro Español de Pacientes, *European Brain Council*, *World Headache Alliance*, y es miembro fundador de *European Headache Alliance* (EHA) ostentando en este momento la tesorería. ■

» La cefalea constituye un problema de salud de gran importancia, tratándose de uno de los motivos de consulta más frecuentes por parte de los pacientes, tanto en AP como en especializada.

» Sólo en los países desarrollados, cada día se contabilizan 3.000 crisis de migraña por cada millón de personas y la gran mayoría de los pacientes no han sido diagnosticados.

## "La migraña es una enfermedad totalmente infradiagnosticada"



Elena Ruiz de la Torre

Elena Ruiz de la Torre es la presidenta de la Asociación de Pacientes con Cefaleas, desde su creación en 2005. Preside también desde el pasado mes de julio la Fundación Migrañas.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:



**PREGUNTA:** ¿Qué actividades lleva a cabo esta asociación de pacientes?

**RESPUESTA:** La AEPAC tiene como misión informar a los pacientes y a la sociedad en general de las enfermedades relacionadas con el término "dolor de cabeza" o cefalea. La AEPAC cuenta con una *web* con toda la información necesaria sobre estas patologías y con las noticias más importantes que se van actualizando diariamente. La Asociación edita folletos informativos, organiza conferencias, grupos de apoyo y tiene un teléfono de atención al paciente.

**P.** ¿Es la migraña una enfermedad infradiagnosticada?

**R.** La migraña es una enfermedad totalmente infradiagnosticada. El hecho de que todo el mundo sepa lo que es "un dolor de cabeza" hace que se haya malentendido durante mucho tiempo. Una de las quejas que más recibimos es el desconocimiento de los propios médicos sobre esta especialidad. La migraña es una enfermedad tan personal como la propia huella digital y necesita tratamientos y seguimientos muy especializados en cada uno de los pacientes y mucha dedicación por ambas partes. Por lo tanto es muy importante, confiar en el médico y poner mucha información de nuestra parte, puesto que la clave del éxito está en la comunicación.

**P.** Desde AP, primer lugar al que el paciente acude, ¿se trata bien la enfermedad?

**R.** No a todos los médicos les ha gustado esta especialidad y realmente si no le dedicas atención y tiempo al paciente, no consigues que mejore de verdad con los tratamientos, bien sean preventivos o paliativos. Los casos severos, persistentes o crónicos son los que deberían pasar al neurólogo. Los migrañosos con cuatro crisis al mes o menos deberían poder estar bien tratados en AP.

**P.** ¿Existen tratamientos esperanzadores?

**R.** Ya hace diez años que aparecieron los triptanes, medicamento especializado para la migraña y todavía hoy, hay médicos que no se atreven a recetarlos por si tienen efectos secundarios. Antes la gente vivía encerrada en una habitación a oscuras, vomitando, con la cabeza debajo de la almohada, aplicándose frío en la cabeza, intentando no moverse ni un milímetro, con algunos medicamentos que pudieran rebajar la intensidad del dolor y esperando que pasara el plazo de la crisis para poder volver a reanudar su vida normal. Sin embargo, se acaba de presentar en Londres en el último Congreso de Pacientes, en el que la AEPAC ha estado participando, la siguiente generación de medicamentos que sustituirán a los triptanes en uno o dos años. El mensaje debe ser siempre de esperanza y aunque nos falta descubrir el eslabón de la causa, se está avanzando mucho en las vías de los tratamientos paliativos y preventivos. No podemos comparar los tratamientos de esta generación con la de nuestros padres o abuelos.

**P.** ¿Qué consejos se puede dar a una persona migrañosa para mejorar su calidad de vida?

**R.** Que se informe bien, acudiendo a la Asociación, entrando a [www.dolordecabeza.net](http://www.dolordecabeza.net) o llamando, pero que no se conforme ni con su dolor, ni con un mal tratamiento nunca. Por otro lado, hemos detectado a través de la experiencia de muchos pacientes que la alimentación es fundamental. No se deben pasar largos períodos de tiempo en ayunas y es fundamental no saltarse ninguna comida. Del mismo modo, debemos ser lo más rigurosos posible con las horas del sueño y no dormir más de 9 horas. Además, se debe hacer una vida lo más sana posible, huir de los sitios sin aire puro, del alcohol, del estrés emocional y del ejercicio físico agresivo. ■

Joaquín Barraquer, presidente de la Sociedad Española de Oftalmología

## "A mí me jubilará Dios"

*Rodeado de los pechos insinuantes de una bella mujer pintada por su amigo José María Bascones en posición Maja desnuda de Goya; retratos de familiares, amigos y colegas; incontables tarjetones de asistencia a congresos pinchados en las baldas de la librería, múltiples cachivaches y recuerdos y una selecta discografía de autores clásicos, el profesor Barraquer deshila con entusiasmo una parte de la vida que fue tejiendo en torno a su sencilla, próxima y entrañable persona. Se trata de su despacho, un lugar inclasificable donde se respira anticuario, patio de tender, sala de conciertos y ciertos detalles que a continuación se recogen.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** Una saga como la de los Barraquer bien merece ser llevada al celuloide. ¿Se lo han propuesto alguna vez?

**RESPUESTA:** Hace ya muchos años, en la serie de TVE *Esta es su vida*, aparecieron mi madre, mis hijos y pacientes operados por mí. Y Federico Gallo me hizo una entrevista. Y luego hubo otra, que se llamaba *La saga de los Barraquer*, emitida por la segunda cadena de TVE. Fue en julio de 1982 y estuvo dirigida por Luis Miravittles y presentada por Ricardo Fernández Deu.

**P.** Una saga de oftalmólogos que ya va por la cuarta generación...

**R.** Mi abuelo, José Antonio Barraquer Roviralta, fue el primer catedrático de Oftalmología de Barcelona; mi padre, que fundó el Centro de Oftalmología Barraquer; yo, que actúo como director del centro y presidente del Instituto Universitario Barraquer, y mis hijos: Rafael, director de Docencia del Instituto, y Elena, subdirectora del centro. Y tenemos ya quinta generación, pues dos nietos de mis hermanas (sobrinos nietos míos) también son oftalmólogos y trabajan aquí.

**P.** Su padre era muy exigente con usted en los estudios. ¿Lo es usted también con sus alumnos?

**R.** Más que exigente, estaba contento con que yo sacase buenas notas. Yo era exigente conmigo mismo. Y con mis alumnos...; yo les digo siempre que lo más importante es tener sentido común (que es el menos común de los sentidos) y humanidad con los pacientes. Si no tenemos humanidad, entonces perdemos una de las cosas más bonitas, que es ser amigo de tus pacientes y tratarlos como decía mi padre, como te gustaría que te trataran a ti. Me gusta que mis alumnos cumplan.

**P.** A pesar de las múltiples distinciones que le han otorgado, el reconocimiento de los pacientes lo que más satisfacción le produce, según usted mismo. ¿Cree que, en general, los pacientes saben reconocer la labor del médico?

**R.** La mayoría de los pacientes que visito, opero y trato, yo diría que sí. Con mis pacientes no tengo prisa, porque si tienes prisa, las cosas van mal. Por eso he llegado un poco tarde a la cita con usted.

**P.** También tiene el reconocimiento de sus colegas, que el año pasado le eligieron presidente de la Sociedad Española de Oftalmología. Vamos que le cae bien a todo el mundo, o casi...

**R.** El congreso fue en Gran Canaria y me eligieron por mayoría, no por unanimidad, en votación secreta. Siempre hay enemigos, lo que pasa es que al enemigo hay que darle la vuelta, como a la tortilla, para que sea menos enemigo, que tenga su diferencia de criterio, pero no odio. Envidia siempre la hubo y la habrá.

**P.** Vivir en el trabajo (tiene la vivienda integrada en la clínica, incluida la piscina climatizada), ¿le libera o le ata?

**R.** Yo creo que me libera más que me ata, porque puedo aprovechar el tiempo al máximo y puedo descansar las horas que necesito. Puedo divertirme también (tengo un equipo de música y otro de vídeo muy buenos), y hasta tengo capilla en la clínica. Soy buen católico practicante. Así es que si quisiese no tendría que moverme de aquí para nada. El inconveniente podría ser que me pueden encontrar siempre que quieran.

**P. Si le pido que me recomiende un libro, seguro que me dice *El nombre de la rosa*...**

**R.** El libro está bien, pero la película, mejor. La he visto varias veces y la tengo en DVD. Y *Testigo de cargo* la he visto en el cine, en televisión, en DVD... También me gusta la música, sobre todo la clásica (Mozart, Vivaldi, Beethoven, Pergolesi...). De *La flauta mágica* debo tener veinte versiones. Siempre hemos de valorar las cosas positivas e ignorar los aspectos negativos de una cuestión, porque sólo se vive una vez y este momento en el que estamos ahora no lo repetiremos.

**P. Entre las cruces que posee y las que le otorga la vida, ¿cuál es la más pesada?**

**R.** La cruz más pesada de todas podrían ser los pacientes a los que hay que escuchar y que a veces dicen cosas poco importantes, pero para ellos son muy importantes. Me refiero a los que vienen aquí diciendo que esto o lo otro lo han leído en Internet. Hay que escucharles y responderles adecuadamente.

**P. ¿Se podría saber cuáles son los ojos más bellos que ha operado?**

**R.** Bueno, esto es un poco complicado. He operado a artistas de cine, a mujeres árabes de rostro tapado y ojos bonitos, a jóvenes guapas, a personas mayores con vista preciosa... Y después de operados, esos ojos son más bonitos, porque no sólo hay que ver el ojo en sí, sino sobre todo la mirada. Es muy diferente ver que mirar. Si una persona te da la mano y no te mira a los ojos, es que no te está dando la mano a gusto. Otra cosa que es muy desagradable es que cuando te den la mano, no la aprieten. El paciente de ojos nota mucho si el médico tiene calor humano en cómo le tocas, en cómo le das la mano o una palmada.

**P. Va camino de los 82 años (los cumplirá el próximo 26 de**

**enero) y sigue en activo, operando a unos 15 pacientes a la semana. ¿No piensa en la jubilación?**

**R.** No. He disminuido mi actividad en relación con la que tenía hace años, sin embargo ahora tengo más obligaciones que antes. Mi trabajo es lo que me mantiene en forma. Si no pudiese ver a mis pacientes, operarlos y tratarlos, si no recibiese su amistad y su agradecimiento, más que su dinero, me volvería viejo, en diez días sería diez años más viejo. Me jubilará Dios cuando él lo considere oportuno. Él me dará la señal. De momento, el cerebro funciona bien, puedo dictar mis conferencias, puedo aprenden-



**"Con mis pacientes no tengo prisa, porque si tienes prisa las cosas van mal".**

der y el pulso no me falla. Pero, sobre todo, lo que no tiene que fallar es la mente.

**P. Y, supongo, que hasta ejerce el cargo de director de la clínica...**

**R.** Sí, sí. Hay pacientes que me han dicho: "Cuando usted se marcha de viaje, la clínica se queda como muda". Y los médicos, pues que vuelvan pronto... Aquí tenemos más de 30 médicos fijos y 16 residentes, cuatro por cada año.

**P. Se mantiene en buena forma física. ¿Cómo lo hace?**

**R.** Para comer tengo los gustos que me hacen menos daño. Desayuno un buen café expreso con algo sólido, nado diez minutos, al mediodía como un filete de ternera vuelta y vuelta, hago una siesta con pijama (y la recomiendo), tomo un buen café expreso, opero o visito a los enfermos y por las noches tomo pescado, menos los lunes, que tomo una tortilla francesa crudita.

**P. ¿Alguna vez le ha temblado la mano? Fuera del quirófano, claro.**

**R.** Siempre he tenido muy claro lo que se tiene que hacer: ser cortés, decidido y enfadarse cuando se tiene mucha razón. A veces es muy importante tener un golpe de genio.

**P. Usted que es un hombre metódico, de vida ordenada, que no deja nada a la improvisación, tal vez tenga redactado su epitafio...**

**R.** ¿Epitafio? Le diré que he hecho donación de todo mi cuerpo para que pueda ser estudiado por alumnos de Medicina, especialmente de mis ojos, como hicieron mis padres. Cuando murió mi padre, yo mismo procedí a la enucleación de sus ojos. Es duro, pero me lo pidió y tuve que hacerlo. Y en la tarde de ese día las dos córneas de mi padre ya estaban injertadas en dos pacientes pobres del dispensario.

**P. Y ya que estamos sumergidos en su vida, ¿ve usted claro lo de la inmersión lingüística?**

**R.** Considero que todos tenemos que hablar la mayor cantidad de lenguas posibles. Yo nunca he tenido problema en hablar catalán, y hablo inglés, francés e italiano. Pero cuando estoy pensando, pienso en español. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 5.500

millones de euros facturó el mercado español de tecnología sanitaria en 2007.

### 9,1

por ciento del mercado europeo.

### 137

euros por habitante/año de media en Europa.

### 129

euros per cápita en España.

### 6

por ciento menos que la media europea.

*Fuente:* Informe sobre el impacto de las tecnologías sanitarias sobre el gasto. Fundación Tecnología y Salud.

## ELECCIONES DE LA UEMS

### España obtiene una de las vicepresidencias de la Unión Europea de Médicos Especialistas

**E**spaña ha obtenido una de las cuatro vicepresidencias de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) en las elecciones celebradas para la renovación de su Comité Ejecutivo. El doctor Ricard Gutiérrez, vicepresidente del Consejo General de Colegios de Médicos, que ostentará el cargo, en principio, durante los tres próximos años, con la posibilidad de optar a otros tres años más, ha subrayado la importancia de que nuestro país forme parte del Comité Ejecutivo de la UEMS. La UEMS –ha señalado el doctor Gutiérrez– “ejerce en estos momentos, un papel muy importante en el conjunto del sector médico europeo, acrecentado tras la crisis que vive el Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), entre otros motivos por la salida de varios de sus miembros, entre ellos Italia, Francia y España”.



Ricard Gutiérrez.

## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Cataluña dispondrá en 2009 de diez centros de salud gestionados por médicos

**E**l Instituto Catalán de la Salud (ICS) ha hecho público el plan por el que diez equipos de centros de salud se gestionarán de forma autónoma, con poder de decisión en asistencia, organización, economía y gestión de personal. Para la puesta en marcha del proyecto, se ha elegido un equipo por cada territorio en que el ICS ha dividido la asistencia sanitaria en Cataluña. Según el plan, “los médicos serán los máximos responsables de un proyecto demostrativo que se toma como inicio para tender a la generalización, porque la ley de creación del ICS prevé una organización territorial a partir de la autonomía de gestión de los centros”.



## ASAMBLEA GENERAL DE FARMAINDUSTRIA

### Jesús Acebillo, nuevo presidente de Farmaindustria para los próximos dos años

**L**a Asamblea General de Farmaindustria ha designado a Jesús Acebillo, presidente del Grupo Novartis en España, nuevo presidente de Farmaindustria para los dos próximos años, en sustitución de Antoni Esteve, que ha ocupado el cargo desde octubre de 2006. Acebillo ha querido lanzar un primer mensaje de responsabilidad, “somos conscientes de que vivimos una situación de inestabilidad económico-financiera y en ese contexto, Farmaindustria expresa un compromiso claro por la sostenibilidad del sistema de salud a través de un diálogo constructivo y abierto con las Administraciones Públicas”.



Jesús Acebillo.

## EMPRESAS

## El Grupo Clínica Baviera desembarca en Italia con dos centros en Milán

**E**l grupo oftalmológico y de medicina estética Clínica Baviera ha desembarcado en Italia con la apertura de dos centros en Milán, según informó la empresa, que añadió que el próximo año tiene previsto abrir sendas clínicas en Roma y Turín. Hasta el momento, la compañía, que ya estaba presente en España, Holanda y Alemania, ha invertido una cifra próxima a los seis millones de euros en la puesta en marcha de los dos centros oftalmológicos de Milán, uno quirúrgico y otro de diagnóstico. Con estas aperturas y las previstas para el año que viene, Clínica Baviera espera realizar en Italia unas 3.500 intervenciones quirúrgicas al finalizar 2010, lo que supondría una cuota de mercado del 2 por ciento. Actualmente, el grupo dispone de 52 clínicas en Europa y en España realiza el 25 por ciento de las operaciones de cirugía refractiva con láser.



## TECNOLOGÍA SANITARIA

## España es el noveno país en el ranking mundial de consumo de productos sanitarios

**A** pesar de las perspectivas de crecimiento del sector de la tecnología sanitaria para los próximos años, la realidad es que España es el noveno país en el ranking mundial de consumo de productos sanitarios y la inversión anual en tecnología sanitaria constituye entre el 7 y el 8 por ciento del gasto sanitario total, es decir, asciende a 129 euros *per capita*, seis puntos porcentuales por debajo de la media europea, dato que le sitúa en la mitad de la tabla del gasto en tecnología sanitaria de los países europeos. Estos datos se han puesto de manifiesto en el XV Encuentro de Empresarios y Directivos del Sector de la Tecnología Sanitaria, que organizan anualmente la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y el IESE con el objetivo de analizar las implicaciones que la evolución de los modelos y sistemas sanitarios tienen sobre las empresas de tecnología sanitaria.



## PRESUPUESTOS GENERALES

## 760 millones de euros para Sanidad en 2009

**E**l Ministerio de Sanidad y Consumo contará con un presupuesto para el año 2009 de un total de 760,02 millones de euros, lo que supone una reducción de casi el 25 por ciento con respecto a 2008 debido a la pérdida de competencias del Instituto de Salud Carlos III en favor del Ministerio de Ciencia e Innovación. Según explicó la subsecretaria de Sanidad y Consumo, Consuelo Sánchez Naranjo, "las políticas de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación corresponden al nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación", si bien Sanidad deberá velar "para que se den los mecanismos adecuados para incorporar los avances de investigación biomédica a la práctica clínica y, en particular, en terapias avanzadas".



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

¿Tiene suficiente formación en gestión?



Una buena parte de nuestros lectores (31 por ciento) consideran que sólo tienen conocimientos de gestión en la parte asistencial, y un elevado porcentaje (28 por ciento) que solamente tienen conocimientos en parte. Un 25 por ciento asegura no tener conocimientos económicos suficientes y un 16 por ciento, asegura sí tenerlos.

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

# Gestión en Atención Primaria

## Compromiso con el medio ambiente



Arantxa Retes Saratxaga\*

La comarca Ekialde, perteneciente a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en su proyecto de gestión basado en el modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management), ha conseguido implantar simultáneamente un sistema de GMA de calidad en todos sus centros como consecuencia del despliegue de uno de los aspectos más importantes de su misión: el desarrollo sostenible.

La dispersión constituye uno de los retos principales en el desarrollo de todos nuestros proyectos y su superación ha requerido del consenso de personas voluntariamente comprometidas con el medioambiente, cuyo liderazgo ha sido el elemento fundamental para aunar esfuerzos y arrastrar a todos los profesionales.

La comarca Ekialde, cuyo ámbito incluye 19 municipios, cuenta con 950 profesionales que prestan sus servicios en 31 centros de salud agrupados en 23 unidades de Atención Primaria lideradas todas ellas por un jefe de Unidad. El objetivo del proyecto Ekobidean, iniciado en 2005, consistía en la implantación de un sistema de GMA de calidad en los centros de salud de la comarca Ekialde de Osakidetza, que asegurara resultados alineados con el desarrollo sostenible de nuestro entorno y con su mejora.

Esta implantación se realizó mediante diferentes y sucesivas actuaciones a lo largo del tiempo:

- Formación del equipo directivo y de las personas responsables del subproceso de gestión medioambiental.
- Identificación en cada uno de los procesos de los aspectos con impacto medioambiental sobre los que debíamos actuar.

- Priorización de esos aspectos teniendo en cuenta la evaluación de impactos.
- Identificación de la normativa vigente aplicable relacionada con el medioambiente.
- Creación de una red de personas voluntarias, *ekogidaris*, que en cada centro sensibilizaran a los profesionales y fomentaran comportamientos coherentes con la política de la organización en esta área.
- Proclamación de la Declaración Medioambiental de la comarca Ekialde de Osakidetza.
- Establecimiento de un sistema de control y seguimiento.
- Definición de los objetivos.
- Elección de los indicadores de seguimiento.
- Evaluación de los resultados obtenidos (auditorías internas y externas).

Los aspectos clave para el éxito y desarrollo del proyecto fueron fundamentalmente el liderazgo y el compromiso individual y colectivo de todas las personas que integran la organización. A tal fin se llevaron a cabo diferentes acciones como la creación de la figura del responsable medioambiental, *ekogidari*, quien en cada centro ejerce, además de las funciones propias de su categoría profesional, la realización de plenarios mensuales de todos los *ekogidaris*; la formación de equipos de trabajo para el desarrollo de áreas medioambientales concretas; y participación del *ekogidari* y del jefe de Unidad en reuniones específicas con el resto de los profesionales en cada uno de los centros. Entre las funciones del *ekogidari*: la detección de incidencias y/o sugerencias, el seguimiento de los indicadores y la propuesta e implantación de acciones concretas de mejora, suponen el eje principal de su labor.

» El objetivo del proyecto Ekobidean, iniciado en 2005, consistía en la implantación de un sistema de calidad en los centros de salud de la comarca Ekialde.

» La implantación del proyecto y los excelentes resultados obtenidos han propiciado que la comarca recibiera varios reconocimientos y premios.



Un sistema de comunicación interna ágil y operativo es primordial e indispensable en cualquier organización. Este sistema se basa en la página *web* interna de la comarca ([www.ekialde.net](http://www.ekialde.net)), desarrollada en el aspecto de GMA y además, se utiliza un sistema de carpetas compartidas en red en el que está disponible toda la información y documentación necesaria para la gestión en cada uno de los centros. Estas herramientas garantizan un sistema bidireccional de gestión de la información medioambiental.

Nuestra implicación con la sostenibilidad busca también trasladar la cultura de la organización a los proveedores ejerciendo una labor tractora y de implicación por medio de alianzas para el desarrollo sostenible del entorno, más allá de los contratos que habitualmente firmamos con ellos. El valor añadido de estas alianzas, que se mantienen con empresas de limpieza, de gestión de residuos biosanitarios, de mantenimiento, etc., se materializa en diversos aspectos como la colaboración desinteresada en la selección de ciertos residuos, la formación sobre su manipulación y sobre temas generales relacionados con el medioambiente.

De la misma forma, en relación con los clientes propiciamos una labor de sensibilización e implicación a través de campañas permanentes para la recogida y gestión selectiva de medicamentos desechados, de placas radiológicas, etc.

Por otro lado, en nuestra organización la mejora continua está garantizada por el sistema de gestión por procesos, concretamente por el Proceso Hobebidean (Mejora Continua) y el Subproceso Gelditu Gabe (Non Stop), que utiliza para seleccionar las propuestas de mejora que se estudiarán en la comisión ejecutiva, una matriz de priorización que incluye 11 criterios: capacidad para llevar adelante la implantación; necesidad percibida por los clientes, las personas de la organización u otros grupos; necesidad de inversiones que conlleva el proyecto; necesidad de recursos humanos; necesidad de recursos generales; necesidad de recursos técnicos; duración

de la implantación del proyecto; necesidad de formación para las personas; necesidad de implicación externa; y beneficio del cambio e implicación de otros procesos de la comarca en el desarrollo del proyecto.

Fruto de las mejoras implantadas en nuestros centros se han obtenido durante los últimos tres años importantes beneficios ambientales: el control y la mejora de las instalaciones y de su mantenimiento ha reducido los consumos de agua y combustibles; la gestión conjunta del transporte de muestras de laboratorio y de la documentación ha reducido los viajes realizados a la mitad; y el ajuste a las necesidades reales del número de transportes a la planta de tratamiento de los residuos biosanitarios ha reducido su número en un 13 por ciento.

La implantación de este proyecto y los excelentes resultados obtenidos han propiciado que la comarca Ekialde de Osakidetza recibiera varios reconocimientos externos como la Certificación Ekoscan otorgada por IHOBE, Sociedad Pública de Gestión Ambiental del Gobierno Vasco; la certificación ISO 14001 otorgada por DNV; y el segundo de los Premios Europeos de Medio Ambiente a la Empresa, Sección País Vasco 2007/2008 en el apartado de Gestión, recibido el pasado mes de diciembre.

Por otro lado, hemos obtenido varios reconocimientos en los últimos dos años: la Q-Oro en evaluación externa EFQM realizada en 2006 por Euskalit, (organización para la Calidad EFQM del País Vasco), habiendo sido la primera organización en Europa en obtener máxima puntuación; el reconocimiento Excellent Award Finalist 2007 (que anualmente otorga la Fundación EFQM); y la validación de la primera Memoria de Responsabilidad Social Corporativa en el ámbito de la Atención Primaria.

El camino recorrido ha sido francamente laborioso pero ha merecido la pena y no sólo por los resultados mencionados, sino también por los sentimientos de participación y colaboración que se han generado entre nuestros miembros. ■

Sección patrocinada por:



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

# Gestión Profesional

## La esterilización como bandera



Jose María Martínez García\*

» Existen una serie de normas específicas del área quirúrgica. Por ejemplo, lavarse las manos, antes y después de realizar cualquier actividad, además de llevar puesto el pijama o uniforme estipulado.

» Es importante no fumar, beber o comer en el área quirúrgica, utilizando para estas actividades la sala de estar acondicionada para el descanso del personal.

Los centros hospitalarios actuales cuentan con una gran cantidad de medios para proporcionar al paciente una atención médica adecuada a sus necesidades. Las medidas higiénicas que nos ayudan a conseguir una mayor seguridad y eficacia en los cuidados del paciente son de fácil ejecución, pero ello supone adoptar una serie de hábitos que deben ser respetados y obligatoriamente cumplidos cuando se está trabajando en un área potencialmente estéril, como es un quirófano. El gerente debe velar por su práctica y cumplimiento de forma rigurosa. Es un indicador que le repercutirá, a medio plazo, en resultados beneficiosos para su cuenta de resultados.

### Normas del área quirúrgica

Así, existen una serie de normas específicas del área quirúrgica. Por ejemplo, lavarse las manos, antes y después de realizar cualquier actividad.

Además, es vital llevar el pijama o uniforme estipulado por la dirección del centro, sólo para la zona quirúrgica, debiéndose cambiar de vestimenta para acceder al resto de las instalaciones hospitalarias. Se deberán utilizar dos tipos de calzado, uno específico de la zona quirúrgica, que se debe limpiar y desinfectar diariamente al término de la jornada de trabajo, y otro para acceder al resto del hospital.

Por último, en lo que al enfermo se refiere, conviene que éste llegue al área quirúrgica con ropa diferente a la que tenía cuando accedió al centro, pues es frecuente el problema de la autoinfección, y debidamente preparado, no sólo en lo que se refiere al área operatoria, sino cubierto también en cabeza y pies con el uniforme limpio.

Por otro lado, en el área quirúrgica se llevarán siempre:

– Calzas para cubrir los zapatos, en caso de no tener calzado específico.

– Gorros para recoger totalmente el cabello.

– Mascarilla que cubra la nariz y la boca hasta la barbilla, quedando perfectamente ajustada alrededor de la cara y la nariz.

### Otras consideraciones

Además, es importante no fumar, beber o comer en el área quirúrgica, utilizando para estas actividades la sala de estar acondicionada para el descanso del personal; y evitar introducir en los quirófanos publicaciones, artículos o revistas que no supongan un aporte científico para los miembros del equipo durante el acto quirúrgico.

La movilidad dentro de la zona quirúrgica está absolutamente restringida al equipo quirúrgico, que mantendrá las puertas cerradas durante las intervenciones evitando desplazamientos innecesarios.

Es necesario tener siempre presente en un área quirúrgica, que el mantenimiento de técnicas estériles que aseguren la asepsia de los procedimientos es, en todo momento, la base del éxito de cualquier cirugía, así como uno de los aspectos más importantes para garantizar la seguridad del paciente.

No vamos a dedicar en esta columna más espacio a este tema, pues habría que acudir a los verdaderos expertos en cada equipo que conforman el área quirúrgica, pero sólo me gustaría añadir, y como resumen que, en la actualidad, la calidad de la atención quirúrgica al paciente se mide por diversos parámetros, siendo uno de ellos y, quizás, el más importante como ya hemos dicho anteriormente, la tasa de infecciones nosocomiales; de ahí la relevancia del aumento en el uso de material estéril y del cumplimiento estricto de las normas de higiene para evitar infecciones cruzadas. Y su supervisión continua, su vigilancia, es labor prioritaria del gerente de cualquier centro sanitario. ■

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

Responsabilidad Social Empresarial

## Lilly, galardonada en el II CSR Marketplace de Forética

Lilly ha recibido el premio del II CSR Marketplace de Forética en la categoría de “Buen gobierno y medidas anticorrupción” con su solución “Ética en los negocios”, que se basa en los principios fundacionales recogidos en su código ético, el “Libro Rojo”. Teresa Millán, directora de Relaciones Institucionales y RSC de Lilly, ha afirmado que “la transparencia y la ética son dos valores fundamentales en la actividad de nuestra compañía, por lo que recibir este premio supone una gran satisfacción y nos motiva a continuar trabajando en esta línea”. El CSR Marketplace es el evento anual de la Responsabilidad Social Empresarial en España y un punto de encuentro para el intercambio de buenas prácticas en gestión ética y responsable. ■



Teresa Millán.

Honorio Bando participa en el acto de inauguración

## XXI Curso Superior de Dirección y Gestión de la Seguridad Integral

Honorio Bando, vicepresidente de Fundadeps y de la Fundación Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro), y miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, ha participado en el acto de inauguración del XXI Curso Superior de Dirección y Gestión de la Seguridad Integral y en la entrega de las Becas de Especialización de Prevención, Salud y Medio Ambiente, que organiza la Fundación Mapfre. Es de destacar la labor que año tras año viene realizando la Fundación Mapfre, a través de su mecenazgo y patrocinio de actividades y subvención de becas, en los ámbitos de la Prevención, la Salud y el Medio Ambiente. ■



Honorio Bando.

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

# crisalmína

ANTISÉPTICO CON EL SODIATO DE CLORHEXIDINA 1%

El antiséptico transparente, eficaz, seguro y rápido

**Indicaciones de uso externo:**  
 Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO.  
 CRISALMINA solución 100 ml contiene Clorhexidina Glucónato (DC) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impetigo, flegos recientes, prevención de infecciones en flegos por decúbito; Desinfección de la piel en preoperatorio; Desinfección del ambiguo en recién nacidos. No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo.  
 Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. Evitar la ingestiva o el contacto con la mucosa digestiva. En caso de ingestiva o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 30. Uso tópico. Una o dos aplicaciones locales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya caído CRISALMINA no se lavarán con lejía ni otros hipocloritos, sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

Crisalmína solución 1% ..... envase 500 ml	Crisalmína gel 1% ..... envase 100 g
Crisalmína solución 1% ..... envase 125 ml	Crisalmína gel 1% ..... envase 30 g
Crisalmína solución 1% ..... envase 25 ml	Crisalmína Plus solución 1% ..... envase 30 ml
Crisalmína solución 1% enredada	

InfoSalvat  
 info@salvat.com  
 info@salvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
 innovación y salud

# Gestión de Calidad: Enfermería

## La ética en los cuidados al paciente



Charo Vaquero Ruipérez\*

» La ética se basa en la creencia de que una persona actúa correctamente, basándose en los códigos deontológicos de la profesión y en los códigos que rigen una determinada sociedad.

» Es necesario que las enfermeras desarrollen un fuerte sentimiento de identidad profesional y orgullo, teniendo el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los pacientes.

**A**l hablar de ética y cuidado, podemos afirmar que la ética consiste en dar valor a la relación interpersonal, en la atención directa a la persona, ello se verá favorecido por una comunicación fluida que genere confianza y de seguridad al paciente, desde esta perspectiva, podemos preguntarnos qué espera el paciente de una enfermera.

El paciente espera confianza y respeto hacia sus derechos y valores, espera que se le de la información necesaria para poder decidir sobre todos aquellos aspectos que afectan a su salud, espera que se le de un trato humanizado y, por supuesto, que se le den unos cuidados de calidad, es decir, profesionalidad.

Lo que el paciente espera de los profesionales de la salud no es otra cosa que un derecho que tiene. Este derecho se recoge en la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, e implica necesariamente: escuchar a la persona, informarla adecuadamente, recabar su consentimiento libre y voluntario y registrar convenientemente todo el proceso de su problema de salud. Todo ello con una actitud de respeto mutuo.

La ética se basa en la creencia de que una persona actúa correctamente basándose en los códigos deontológicos de la profesión y en los códigos que rigen una determinada sociedad. Sin embargo, no siempre actuamos así, parece que todo esto se nos olvida. Las cargas de trabajo con las que se enfrentan las enfermeras diariamente están afectando a la relación que tienen con los pacientes: cada vez tienen menos tiempo para dedicarles y abordar aspectos tan importantes como la forma de reaccionar ante la enfermedad y el sufrimiento y sus necesidades como personas.

Todavía existe un escaso conocimiento en las enfermeras sobre aspectos éticos y legales. Afortunadamente, estos aspectos y otros como el desarrollo de actitudes y habilidades de comunicación en la relación clínica forman parte del programa académico en la for-

mación de pregrado y cada vez se le da más importancia a estos aspectos. Las enfermeras en su ejercicio profesional se encuentran continuamente con problemas éticos y cuestiones legales derivados de la relación clínica entre la enfermera y el paciente, por lo que es imprescindible que estemos formadas y sepamos fundamentar nuestras decisiones teniendo en cuenta nuestra responsabilidad ética.

Para ello es necesario que las enfermeras desarrollen un fuerte sentimiento de identidad profesional y orgullo de lo que hacen, teniendo el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los pacientes, que son nuestra razón de ser, el cuidado de la persona, familia o comunidad que, en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud, que de manera ordinaria se producen a lo largo de toda la vida y que se vuelven extraordinarias en determinados momentos como el nacimiento, la enfermedad o la muerte.

Sobre la relación entre ética y enfermería, afirman las profesoras Antón y Busquets que "la ética no es algo que se añade al desarrollo profesional, sino que lo fundamenta y da sentido. No es posible hablar de ética y de enfermería como conceptos aislados que se superponen". Es una labor que atañe a todos: Administración y profesionales de la salud y entre todos debemos encontrar respuestas a esta necesidad social.

Las organizaciones deberían plantearse aspectos como desarrollar al personal en las competencias de trato y orientación al paciente y elaborar un manual de estilo que marque las pautas de conducta, información y actuación en la relación personal-paciente, compartido con sus profesionales.

Se trata, en definitiva, de poner de manifiesto que debe darse algo así como un "clima ético" para que las actitudes éticas se solidifiquen y se consoliden. Ese clima lo crean las personas, pero debe propiciarlo también la organización. ■

\*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.  
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

## Nace la primera consultora española especializada en la selección cualificada de médicos

*Medical Finders®*, que tiene a Julián Ruiz Ferrán como socio director, asesora a sus clientes acerca del perfil profesional de los médicos candidatos.

**E**l déficit de médicos apenas está en sus etapas iniciales, y se agudizará a lo largo de la próxima década. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en más de 4 millones la carencia que habrá de personal sanitario a nivel internacional hacia el año 2020. Pero lo realmente preocupante es que el déficit no sólo será cuantitativo, sino también cualitativo. Con el objetivo primordial de contribuir a paliar el déficit cuantitativo y cualitativo de profesionales y a acoplar la oferta y la demanda de médicos en nuestro país nace *Medical Finders®*, la primera consultora española especializada en la búsqueda y selección de médicos altamente cualificados para oportunidades profesionales en diferentes ámbitos del sector de la salud ([www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)).



Julián Ruiz Ferrán (izda.) y Manuel García Abad (dcha.).

Según el socio director de esta consultora, Julián Ruiz Ferrán, “*Medical Finders®* surge para cubrir una necesidad no satisfecha hasta el momento en España, ya que no contábamos con la intermediación de profesionales capaces de poner en contacto a médicos cualificados que desean cambiar de trabajo y a instituciones sanitarias que buscan a los mejores profesionales para cubrir áreas específicas”.

Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*, aseguró durante la presentación que “a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos en España los médicos tienen un largo camino por recorrer, por lo que vimos la necesidad de crear una consultora que trabajara en pos de la excelencia y consiguiera mejorar el nivel de los médicos”.

*Medical Finders®* tiene su sede central en Madrid y, aunque opera de forma prioritaria en territorio nacional, sigue atentamente la evolución de la contratación de profesionales de la Medicina en los países de la Unión Europea. ■

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

InfoSalvat  
SALVAT

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

» La obligación de conservación, custodia y utilización del sello tampón de las recetas sueltas o su talonario completo es responsabilidad del médico desde el momento mismo de su recepción.

» El médico MIR debe estar colegiado en el Colegio de Médicos de la provincia donde se encuentre el hospital en el que se va a realizar la formación.

### Receta médica

*¿De quién es la obligación de custodiar el sello tampón de las recetas?*

La obligación de conservación, custodia y utilización del sello tampón (con los datos del médico prescriptor) de las recetas sueltas o su talonario completo es responsabilidad del médico desde el momento mismo de su recepción. En caso de pérdida o sustracción del sello tampón, alguna receta o el talonario completo, el médico deberá comunicarlo de forma inmediata al organismo o entidad que se los hubiere entregado. Una vez realizada la comunicación, el médico solicitará al organismo o entidad sanitaria el oportuno justificante de haber realizado dicha comunicación. El Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre de Receta Médica establece como obligación que el médico escribirá con claridad todos los datos e instrucciones de la receta, anotando cualquier advertencia que estime procedente realizar al farmacéutico en el cuerpo de la misma.

### Responsabilidad del MIR

*¿En qué responsabilidad incurre el médico MIR no colegiado?*

El médico MIR debe estar colegiado en el Colegio de Médicos de la provincia donde se encuentre el hospital en el que se va a realizar la formación. En el caso de omitir la obligación de colegiarse, el médico MIR puede incurrir en responsabilidad administrativa (ser expedientado y sancionado por el Colegio de Médicos donde se tenía que haber colegiado). Igualmente, puede perder la plaza obtenida en la oposición nacional del MIR sin obviar responsabilidad penal y civil derivada de la realización de actos médicos sin estar colegiado.

### Delito de alzamiento de bienes

*¿En qué consiste el delito de alzamiento de bienes?*

El artículo 257.1 de nuestro Código Penal señala que el delito de alzamiento de bienes es

un delito de mera actividad de riesgo o resultado cortado. El momento consumativo del mismo lo constituye el simple hecho de realizar una disposición sobre el patrimonio que coloque al deudor en situación de no poder hacer frente a sus obligaciones, siendo doctrina general que la prescripción se inicia desde el día de la consumación.

### Acceso a la historia clínica

*¿Pueden acceder los inspectores no sanitarios a las historias clínicas?*

Los inspectores no sanitarios y en funciones propias de inspección de la Administración, y de conformidad con el artículo 16.5 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, no pueden acceder a las historias clínicas. En ese sentido, el mencionado artículo establece que podrá tener acceso, entre otros "el personal sanitario debidamente acreditado". Por tanto, si el inspector no es sanitario no podrá acceder a las historias clínicas.

### Separación por vía judicial

*¿Qué requisitos se necesitan para separarse judicialmente?*

En la Ley 15/2005 de 8 de julio se especifica que para que pueda tramitarse y decretarse la separación judicial deben haber transcurrido al menos tres meses desde la celebración del matrimonio sin que sea necesario alegar causa de separación. Es el único requisito para que uno de los cónyuges (o los dos) pueda solicitar la separación judicial. No será preciso el transcurso de este plazo para la interposición de la demanda cuando se acredite la existencia de un riesgo para la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o libertad e indemnidad sexual del cónyuge demandante o de los hijos de ambos o de cualquiera de los miembros del matrimonio. ■

\*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.  
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

# Un nuevo tratamiento para el asma puede generar importantes ahorros para el SNS

La comercialización de Foster<sup>®</sup>, una innovación terapéutica desarrollada y comercializada por Chiesi, podría suponer importantes ahorros para el Sistema Nacional de Salud (SNS), según los resultados de un estudio realizado por la Universidad de Barcelona, que se presenta en el marco del Congreso de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación en Resultados en Salud (ISPOR, en sus siglas en inglés), del 6 al 11 de noviembre en Atenas.

El estudio, que calcula el ahorro para el sistema sanitario público ocasionado por la introducción de Foster<sup>®</sup> en las cinco comunidades autónomas con mayor población de España, establece que durante los próximos cinco años la comercialización de esta novedad terapéutica supondría un ahorro de once millones de euros en Andalucía, seis millones en Cataluña, cuatro millones en Madrid, dos millones en el País Vasco y otros cuatro millones en Valencia.

Estos estudios económicos sirven para que los decisores y gestores públicos tomen conciencia de la carga económica que supone tratar a los pacientes con distintas alternativas farmacológicas y para que los recursos sanitarios públicos —escasos por definición— se asignen de la forma más eficiente posible en un contexto de contención del gasto farmacéutico como el actual.

Las enfermedades respiratorias afectan a un 20 por ciento de la población y son la primera causa de consulta al médico de Atención Primaria. En España este grupo de patologías es responsable de un 30 por ciento de las consultas ambulatorias. Las dolencias respiratorias más frecuentes son el asma y la EPOC.

 **Chiesi**



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

**SKIN FOAM**

*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

Info Salvat  
www.salvat.com

**SALVAT**  
innovación y calidad

# Informática

## ¡Cuidado con el 'software' libre!



Oscar Gil García\*

» Las comunidades autónomas suelen elegir entre dos o tres proveedores donde apenas existe competencia y deciden hacer su propio desarrollo a medida. Algo similar ocurre con las cadenas hospitalarias privadas.

» Las pequeñas y medianas clínicas suelen utilizar también productos por los que pagan licencias, pero donde hay más oferta, muchos más proveedores, y donde el coste es sustancialmente menor.

**A**ctualmente, cuando un centro sanitario se plantea informatizar sus procesos, es consciente de que tendrá que contar con un presupuesto importante comparable en muchos casos a la adquisición de equipamiento electromédico de última generación, por poner un ejemplo.

Es curioso cómo se ha segmentado el mercado en nuestro país. Las comunidades autónomas suelen elegir entre dos o tres proveedores donde apenas existe competencia (y donde eso se refleja en los costes), o bien, y ante esta situación, deciden hacer su propio desarrollo a medida. Algo similar ocurre con las cadenas hospitalarias privadas. Las pequeñas y medianas clínicas suelen utilizar también productos por los que pagan licencias, pero donde hay más oferta, muchos más proveedores, y donde el coste es sustancialmente menor.

Lo que no es fácil de ver, cosa que sí ocurre fuera de nuestras fronteras, son implantaciones basadas en *software* libre, y no me refiero a la arquitectura (mundo Linux, MySQL, Apache Tomcat, etc.), sino a soluciones finales completas y parametrizables para implantar desde la gestión administrativa de los pacientes, hasta la estación clínica.

Existen multitud de aplicaciones de *software* libre que se pueden descargar y probar. Algunos ejemplos son, entre otros:

**OSCAR.** *Open Source Clinical Application and Resource* ([www.oscarmcmaster.org](http://www.oscarmcmaster.org)): Desarrollado en la Universidad de McMaster (Ontario) e inicialmente orientado a médicos de Atención Primaria. Funcionalmente da soporte a la creación y consulta del historial clínico del paciente y la prescripción y administración de medicamentos.

**Hospital OS.** Desarrollado por la *Thailand Research Fund*, y en producción en cincuenta clínicas en su país de origen, está principalmente diseñado para dar soporte al proceso de consultas externas: filiación, apertura de historias, gestión de citas, anamnesis, diagnóstico y órdenes médicas. Dispone de un módulo de

prescripción, y un pequeño gestor de peticiones orientado a laboratorio y radiología, además de un módulo de facturación.

A la vista de lo anterior, la pregunta para aquellos que están valorando abordar la puesta en marcha de un sistema informático, es: ¿Se pueden utilizar estas aplicaciones? La respuesta es que sí, aunque hay que tener en cuenta una serie de cuestiones:

- La mayoría de estas aplicaciones están orientadas a pequeñas clínicas y consultorios privados, y no siempre ofrecen las funcionalidades necesarias que requiere un hospital o una clínica compleja.
  - Son aplicaciones de muy diferente origen que responden a las necesidades de los modelos y sistemas asistenciales de los países de los que proceden.
  - Suelen ofrecer sus *interfaces* en el idioma de origen y en inglés. Los programas son *open-source*, con lo que las organizaciones que decidan implantarlo son libres de contratar un equipo de desarrolladores que “traduzcan” la aplicación.
  - Para hacer esta traducción, para toda la parametrización y las adaptaciones necesarias, además de un equipo técnico, hace falta contar con el asesoramiento de personal con conocimientos clínicos y de los procesos asistenciales, que tendrán que definir los procesos en el sistema y las tablas maestras a cargar.
  - Aunque todo el *software* sea libre, incluida la arquitectura que lo soporta (base de datos, servidor de aplicaciones, etc.), no lo será el *hardware*, ni tampoco los costes de adaptación, implantación y mantenimiento.
- Un proceso previo de evaluación funcional y pilotaje de las distintas aplicaciones que existen para evaluar la viabilidad del proyecto es fundamental antes de decantarse por ninguna solución, pues cuanto más se ajusten los requerimientos del centro a las funcionalidades estándar de la aplicación elegida, menor será el coste de adaptación. ■

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

Para contactar: [oscar.gil.garcia@es.pwc.com](mailto:oscar.gil.garcia@es.pwc.com)

# Los jueves de **S.P.A. Medical Economics**

## Asistencia médica y prescripción en Internet: riesgos y ventajas

Jueves, 27 de Noviembre de 2008  
19.30h

**Sede: Hotel AC Cuzco  
Paseo de la Castellana, 133**

Con la colaboración de



**NUTRICIA**



**INSCRIPCIÓN GRATUITA. Plazas limitadas.**

Tel.: 91 500 20 77. Fax: 91 500 20 75.  
e-mail: [medeconomics@drugfarma.com](mailto:medeconomics@drugfarma.com)  
Persona de contacto: Rosana Sánchez

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

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

FINANCIADO  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL

El Apósito Hidrocoloide  
tan flexible y  
adaptable como la piel

Info **S**alvat  
91 500 20 77  
[infosalvat@salvatbioch.com](mailto:infosalvat@salvatbioch.com)

**S**  
**SALVAT**  
innovación y salud

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

**Indicaciones terapéuticas:** - Angina de pecho crónica estable (angina de esfuerzo) en tratamiento combinado. - Tratamiento de la hipertensión arterial. **Posología y forma de administración:** El tratamiento se realizará de forma individual según la gravedad de la enfermedad y la respuesta del paciente. La dosis terapéutica debe ser establecida de forma gradual. **Angina de pecho crónica estable:** El tratamiento deberá realizarse en combinación con otros antianginosos. La dosis de inicio es de 30 mg al día, aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los pacientes que hayan estado correctamente controlados con formas de liberación rápida pueden también ser tratados con comprimidos retardados.

**Hipertensión arterial:** En general, el tratamiento se iniciará con 30 mg al día aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los comprimidos deben tragarse enteros y sin masticar con ayuda de un poco de líquido, independientemente de las comidas. La ingesta simultánea de alimentos retrasa, pero no reduce, la absorción. Los comprimidos OROS no deben partirse ya que perderían su propiedad de liberación sostenida. En caso de precisar suspender el tratamiento, se recomienda disminuir la dosificación de forma gradual. **Contraindicaciones:** Antecedentes de hipersensibilidad al nifedipino y shock cardiovascular. No se utilizará en el embarazo y la lactancia. No se administrará concomitantemente con rifampicina ya que la inducción enzimática de la misma reduce los niveles plasmáticos de nifedipino. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe administrarse con precaución en los casos de hipotensión marcada (hipotensión severa con una presión sistólica <90 mmHg), insuficiencia cardíaca manifiesta y estenosis aórtica severa. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes o clínica de estenosis gastrointestinal, al igual que con cualquier otro material no deformable (ver instrucciones de uso y manipulación). En casos aislados se han descrito síntomas obstructivos sin historias previas de trastornos gastrointestinales. En pacientes sometidos a diálisis, con hipertensión maligna e insuficiencia renal irreversible, así como en pacientes con hipovolemia, deben tomarse precauciones ya que puede originarse una hipotensión debida a vasodilatación. Se recomienda un especial control en pacientes con la función ventricular deprimida y en los que es necesario asociar betabloqueadores o digoxina, dado que en estas situaciones es mayor el riesgo de insuficiencia cardíaca. Los pacientes con función hepática alterada deberán ser vigilados estrechamente, pudiendo ser necesaria una reducción de la dosis. El uso del nifedipino en pacientes diabéticos puede requerir el ajuste de la medicación hipoglucemiante. No debe ser utilizado en pacientes con bolsa de Kock (ileostomía después de proctocolectomía). Al realizarse exámenes radiológicos de contraste con bario, puede provocar falsos positivos (por ej. defectos de llenado interpretados como pólipos). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El efecto hipotensor del nifedipino puede ser potenciado por la acción de otros medicamentos antihipertensivos. En caso de administración simultánea de nifedipino y betabloqueadores, debe vigilarse atentamente la situación del paciente, ya que pueden producirse casos de hipotensión grave. Asimismo, en casos aislados se ha observado empeoramiento de una insuficiencia cardíaca previa. Nifedipino se metaboliza a través del sistema del citocromo P450 3A4, localizado tanto en la mucosa intestinal como en el hígado. Por ello, los fármacos que influyen en este sistema enzimático, pueden alterar el metabolismo (tras la administración oral) o bien el aclaramiento de nifedipino. En estudios realizados se ha demostrado que la administración concomitante de fármacos inductores o inhibidores del citocromo P450 3A4, modifican —reduciendo o aumentando— la biodisponibilidad del nifedipino. Por lo tanto, se deberá controlar la respuesta clínica y en consecuencia ajustar la dosis del mismo. Como con otras dihidropiridinas, el zumo de pomelo puede ocasionar una inhibición duradera del metabolismo del nifedipino, ocasionando un aumento de las concentraciones plasmáticas y una potenciación de los efectos farmacológicos. Los pacientes tratados con Adalat® OROS no deberán tomar zumo de pomelo. **Efectos interacciones potenciales:** Sustancias que inhiben el sistema del citocromo P450 3A4. No se han realizado estudios específicos de interacción entre nifedipino y estos fármacos, pero debido a su efecto inhibitorio sobre el sistema del citocromo P450 3A4, cimetidina, eritromicina, fluoxetina, indinavir, ritonavir, saquinavir, amprenavir, nelfinavir, delarivudina, diltiazem, quinupristina, dalfoipristina, tacrolimus, ketoconazol, itraconazol, fluconazol, nefazodona y ácido valproico pueden incrementar los niveles plasmáticos de nifedipino. Sustancias que inducen el sistema del citocromo P450 3A4. Los barbitúricos como fenobarbital, carbamazepina y fenitoína inducen al citocromo P450 3A4, por lo que en caso de administrarse simultáneamente cabe esperar una reducción del nivel plasmático de nifedipino. **Otras interacciones:** La administración simultánea de cisaprida y nifedipino puede producir un aumento de la concentración plasmática de nifedipino. Si se administran conjuntamente, deberá controlarse la tensión arterial y en caso de necesidad, considerar una reducción de la dosis de nifedipino. Efectos de nifedipino sobre el metabolismo de otros fármacos. La administración simultánea de nifedipino y digoxina puede producir una disminución de la eliminación de la digoxina y, en consecuencia, un incremento de los niveles plasmáticos de ésta. En estos casos, se debe considerar el diagnóstico de intoxicación digitalítica y, en caso de necesidad, ajustar la dosis de digoxina en función de los niveles plasmáticos observados. En casos de administración simultánea de nifedipino y quinidina se ha observado una disminución de los niveles plasmáticos de quinidina, que aumentan notablemente tras la suspensión del tratamiento con nifedipino. Por este motivo, tanto si se añade como si se retira un tratamiento con nifedipino a un paciente previamente tratado con quinidina deben monitorizarse los niveles plasmáticos de esta última y, en caso necesario, ajustar la dosis de este fármaco. **Otras formas de interacción:** El nifedipino puede alterar falsamente la determinación espectrofotométrica de ácido vanililmandélico en orina; sin embargo, no influye en su determinación mediante HPLC. **Embarazo y lactancia:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. El nifedipino está contraindicado durante todo el embarazo. En ratas y conejos se ha observado que el nifedipino puede producir efectos teratogénicos incluyendo malformaciones digitales. Estas malformaciones digitales posiblemente sean el resultado de alteraciones del flujo sanguíneo uterino. La administración de nifedipino se asoció con diversos efectos embriotóxicos, placentotóxicos y fetotóxicos, incluyendo fetos atróficos (ratas, ratones, conejos), placentas pequeñas y falta de desarrollo de las vellosidades coriónicas (monos), muertes embrionarias y fetales (ratas, ratones, conejos) y prolongación de la gestación/disminución de la supervivencia neonatal (ratas, no evaluado en otras especies). Todas las dosis asociadas con la aparición de defectos teratogénicos, embriotóxicos y fetotóxicos en animales eran tóxicas para la madre y varias veces superiores a las recomendadas como dosis máximas en humanos. **Fertilidad:** En casos aislados de fertilización in vitro, se ha asociado a los calcioantagonistas como el nifedipino con cambios bioquímicos reversibles en la cabeza de los espermatozoides que pueden llegar a producir una alteración de la función espermática. En hombres en los que existen antecedentes de fracaso repetidos de paternidad mediante fertilización in vitro y en los que no pueda encontrarse otra explicación, los calcioantagonistas como el nifedipino deben ser considerados como una razón posible. **Lactancia:** El nifedipino se excreta con la leche materna. Como no existe experiencia de sus posibles efectos en los niños lactantes, como primera medida deberá interrumpirse la lactancia materna, si es preciso el tratamiento con nifedipino durante la misma. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** El nifedipino puede limitar la capacidad de reacción. Especialmente al inicio del tratamiento, debe tenerse precaución al conducir automóviles u otros vehículos y en el manejo de máquinas peligrosas. El riesgo se acentúa si se ingieren simultáneamente bebidas alcohólicas. **Reacciones adversas: Incidencia entre 1% y 10%:** Generales: astenia (cansancio), edema, cefalea. Sistema cardiovascular: edema periférico, vasodilatación, palpitación. Sistema digestivo: estreñimiento. Sistema nervioso: mareo. **Incidencia entre 0,1% y <1%:** Generales: dolor abdominal, torácico y en extremidades, malestar. Sistema cardiovascular: hipotensión, hipotensión ortostática, síncope, taquicardia. Sistema digestivo: diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, náusea. Sistema músculo-esquelético: migraña. Sistema nervioso: insomnio, nerviosismo, parestesia, somnolencia, vértigo. Sistema respiratorio: disnea. Piel y anejos: prurito, exantema, eritema. Sistema urogenital: aumento de la frecuencia urinaria. **Incidencia entre 0,01% y <0,1%:** Generales: reacción alérgica, dolor retrosternal, escalofríos, edema facial, fiebre. Sistema cardiovascular: angina de pecho (excepto angina inestable), alteraciones cardiovasculares. Sistema digestivo: anorexia, eructos, molestias gastrointestinales, hiperplasia gingival, aumento de GGT, alteraciones de las pruebas de función hepática, vómitos. Sistema músculo-esquelético: dolor y trastornos articulares, migraña. Sistema nervioso: hiperestesia, trastornos del sueño, temblor. Sistema respiratorio: epistaxis. Piel y anejos: angioedema, eritema maculopopular, pustular o vesiculobullosos, sudoración, urticaria, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión anormal, molestias oculares, dolor ocular. Sistema urogenital: disuria, poliuria. **Incidencia <0,01%:** Generales: reacción anafiláctica. Sistema digestivo: bezoar, disfagia, esofagitis, alteraciones gingivales, obstrucción intestinal, úlcera intestinal, ictericia, aumento de SGPT. Sistema sanguíneo y linfático: leucopenia, púrpura. Alteraciones metabólicas y nutricionales: hiperglicemia, pérdida de peso. Sistema músculo-esquelético: calambres musculares. Piel y anejos: dermatitis exfoliativa, ginecomastia, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión borrosa. En pacientes bajo diálisis con hipertensión maligna e hipovolemia puede producirse un notable descenso de la presión sanguínea debido a la vasodilatación. **Sobredosis:** Síntomas: Se han observado los siguientes síntomas en caso de intoxicación por sobredosificación con nifedipino: alteraciones de la consciencia hasta el coma, hipotensión súbita, bradicardia o taquicardia y alteración del ritmo cardíaco, hiperglucemia, acidosis metabólica, hipoxia, colapso cardíaco con edema pulmonar. Tratamiento de la sobredosis: La eliminación de la sustancia activa y la restauración de las condiciones cardiovasculares estables tienen prioridad. Se aconseja lavado gástrico con irrigación del intestino delgado, para prevenir la absorción subsecuente del principio activo. La hemodiálisis no resulta de utilidad puesto que el nifedipino no es dializable, aunque la plasmáferesis es aconsejable (unión elevada a proteínas plasmáticas, volumen de distribución relativamente bajo). Las alteraciones del ritmo cardíaco (bradicardia) deben ser tratadas sintomáticamente con beta-simpatomiméticos, y en casos de alteraciones muy graves del ritmo cardíaco puede ser aconsejable una terapia con marcapasos de forma temporal. La hipotensión, consecuencia del shock cardiogénico y de la vasodilatación arterial, puede ser tratada con calcio (10-20 ml de una solución de gluconato cálcico al 10%, administrada lentamente por vía i.v., que puede repetirse si es necesario). Como resultado, los niveles séricos de calcio pueden alcanzar valores iguales o ligeramente superiores al límite máximo normal. Si se consigue un aumento insuficiente de la presión arterial con calcio e isoprenalina, se administrarán adicionalmente simpaticomiméticos vasoconstrictores como la dopamina o la noradrenalina. La dosis de dichos fármacos se determina sólo por el efecto obtenido. Deberán administrarse líquidos adicionales para restaurar el volumen, pero con precaución, debido al peligro de sobrecarga cardíaca. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: Propiedades farmacodinámicas:** El nifedipino es un calcioantagonista del grupo de las dihidropiridinas que inhibe el flujo de iones calcio al tejido miocárdico y al tejido muscular liso de las arterias coronarias y de los vasos periféricos. De ello resultan los siguientes efectos farmacológicos y terapéuticos: El nifedipino dilata las arterias coronarias mejorando el suministro de oxígeno al miocardio al aumentar el flujo sanguíneo coronario. Al mismo tiempo, reduce las necesidades de oxígeno del miocardio por disminución de la postcarga. Con el empleo continuado de nifedipino puede prevenirse el desarrollo de nuevas lesiones ateroscleróticas. El nifedipino dilata los vasos arteriales periféricos, reduciendo la resistencia periférica y disminuyendo la presión arterial elevada. El nifedipino previene y revierte el vasoespasmo digital. En un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego (INSIGHT) que incluyó 6.321 pacientes hipertensos con, al menos, un factor de riesgo adicional y de 3 a 4,8 años de duración, Adalat® OROS (Nifedipino de liberación sostenida) redujo de forma comparable a la de una combinación de diuréticos estándar (hidroclorotiazida 25/50 mg + amilorida 2,5/5 mg) la suma de mortalidad cerebro o cardiovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus o hemorragia subaracnoidea. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Óxido de polietileno, hipromelosa, estearato de magnesio, cloruro de sodio, óxido de hierro rojo, acetato de celulosa, macrogol, Opadry [(hidroxipropilcelulosa, propilenglicol, dióxido de titanio (E-171) y óxido de hierro negro (E-172)]. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Plazo de validez:** 4 años. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar el producto en el envase original para preservarlo de la luz y la humedad. **Naturaleza y contenido del envase:** Blisters de aluminio / PP - envases con 28 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** El nifedipino es fotosensible. Por ello, los comprimidos están recubiertos por una capa protectora de la luz y de la humedad dentro y fuera del envase. Sin embargo, los comprimidos sólo deben extraerse de su envase inmediatamente antes de su uso. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUÍMICA FARMACEÚTICA BAYER, S.L. Av.Baix Llobregat, 3-5 - 08970 St.Joan Despí, Barcelona. Concesionaria en España de: Bayer Leverkusen, Alemania. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** ADALAT OROS® 30 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 15,69€. ADALAT OROS® 60 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 23,18€. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Junio 2004.

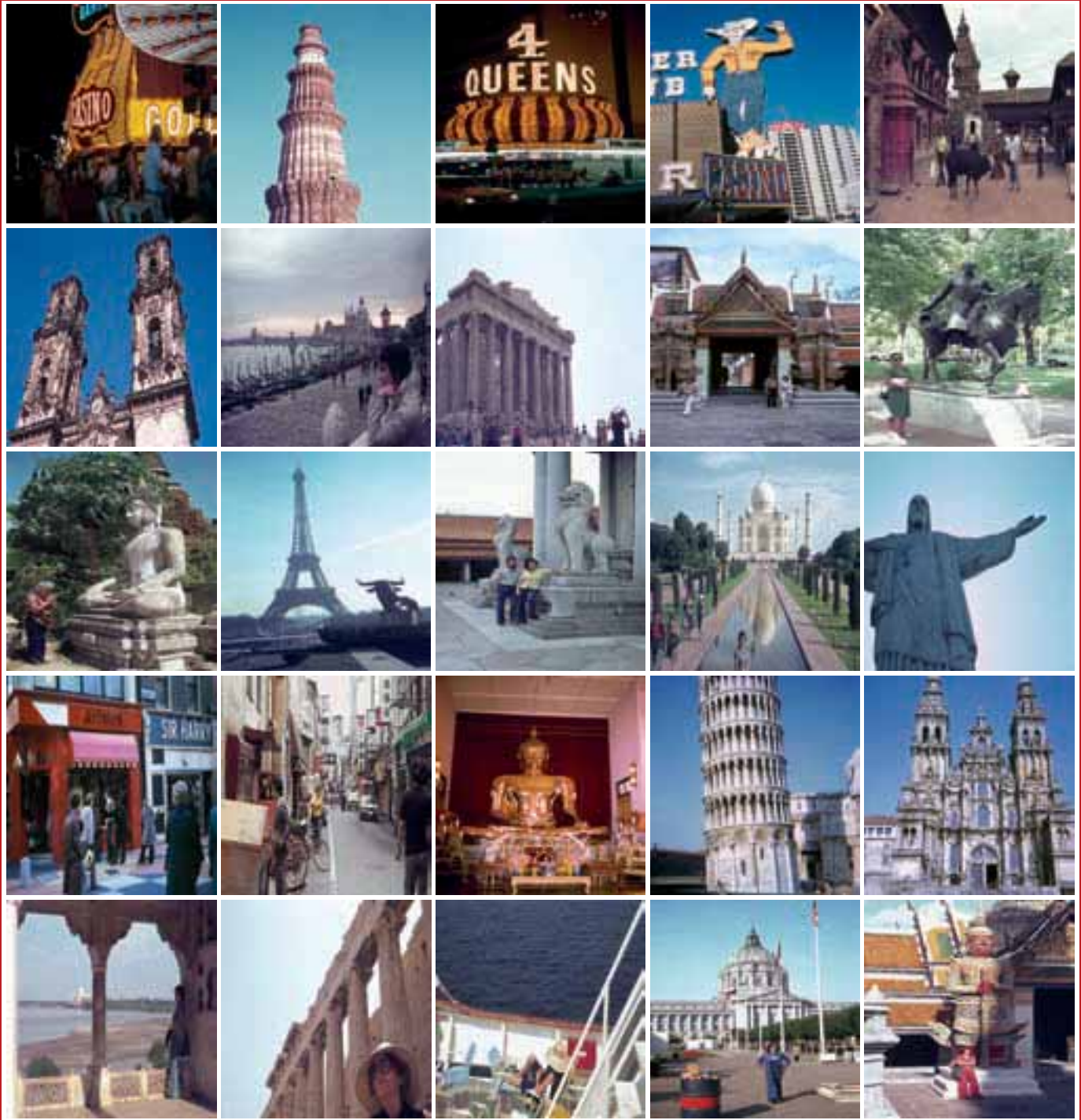


La galénica OROS ofrece control de la presión arterial durante 24 horas con menos efectos secundarios



# CLUB MÉDICO INFORMATIVO

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



40 Años es Suficiente para Consolidar  
Una Gran Amistad...

**PUENTE DICIEMBRE 2008**  
del 5 al 8 (4 días/3 noches)

# Papa Nöel Laponia Finlandesa

**VUELOS ESPECIALES DIRECTOS desde MADRID y BARCELONA**

Paquete completo, con hotel, traslados y pensión completa.



**ESPECIAL  
FAMILIAS**  
*con niños*

## ACTIVIDADES:

- MINIMOTONIEVES PARA NIÑOS
- RAQUETAS DE NIEVE
- PASEO EN TRINEOS TIRADOS POR PERROS
- ESQUI TANDEM...



**¡Veremos a Papá Nöel!**

Solicite catálogo de Politours, con itinerario detallado, en su agencia de viajes.



# POLITOURS

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09  
E-mail: club-medico@arrakis.es • Címa 1448

# Fabulosas Ofertas de Otoño / Invierno 2008



Información y reserva en su agencia de viajes



## POLITOURS

CAA-19

[www.politours.com](http://www.politours.com)



# ESTANCIAS

## VACACIONES DE OTOÑO 2008

### COSTA AZAHAR

#### PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
PEÑISCOLA	HOTEL PEÑISCOLA PALACE ****	CONSULTAR	—	32,25 €	37,25 €	NIÑOS 50%
ALCOCEBER	HOTEL ALCOCEBER ***	CONSULTAR	25,40 €	28,50 €	36,80 €	NIÑOS 50%
OROPESA	HOTEL MARINA D'OR *****	CONSULTAR	118 €	148 €	172 €	NIÑOS GRATIS
BENICASIM	HOTEL INTUR BONAIRE ****	CONSULTAR	60,75 €	66,50 €	77,25 €	NIÑOS 50%



### COSTA VALENCIANA

#### PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
CULLERA	HOTEL SANTA MARTA ****	CONSULTAR	41,25 €	49,50 €	58,50 €	NIÑOS 50%
GANDIA	R-H HOTEL BAYREN ****	CONSULTAR	48,50 €	51,00 €	57,25 €	NIÑOS 30%-50%
OLIVA	HOTEL BEACH & GOLF RESORT	CONSULTAR	57,25 €	91,75 €	119,75 €	NIÑOS 50 %
PLAYA MIRAMAR	HOTEL PLAYA MIRAMAR ***	CONSULTAR	34,75 €	46,25 €	55,75 €	NIÑOS 50%



### COSTA BLANCA

#### PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
DENIA	HOTEL DANİYADENIA ****	CONSULTAR	46,00 €	68,50 €	83,25 €	NIÑOS GRATIS
CALPE	HOTEL BAHIA DE CALPE ****	CONSULTAR	42,25 €	49,75 €	62,25 €	NIÑOS 50%
BENIDORM	HOTEL VILLAITANA *****	CONSULTAR	93,25 €	109,75 €	—	CONSULTAR
ALICANTE	HOTEL MELIA ALICANTE ****	CONSULTAR	71,75 €	102,50 €	133,25 €	NIÑOS 75€



### COSTA DEL SOL

#### PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
TORREMOLINOS	HOTEL AMARAGUA ****	CONSULTAR	50,75 €	60,75 €	—	NIÑOS 50%
FUENGIROLA	HOTEL LAS PALMERAS ****	CONSULTAR	39,75 €	46,00 €	56,00 €	NIÑOS GRATIS
MIJAS	HOTEL TRH MIJAS ****	CONSULTAR	29,75 €	33,50 €	—	NIÑOS 50%
MARBELLA	HOTEL LOS MONTEROS *****GL	CONSULTAR	102,00 €	154,25 €	—	CONSULTAR



### COSTA DORADA

#### PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
SITGES	HOTEL MELIA SITGES ****	CONSULTAR	62,25 €	—	—	NIÑOS 50%
LA PINEDA	HOTEL PALAS PINEDA ****	CONSULTAR	—	30,88 €	38,68 €	NIÑOS 50%
SALOU	HOTEL VIL-LA ROMANA ****	CONSULTAR	—	29,25 €	35,50 €	NIÑOS 50%
CAMBRILS	HOTEL TRYP PORT CAMBRILS ****	CONSULTAR	36,50 €	43,50 €	—	NIÑOS 50%



Si desea más información puede contactar de las siguientes formas:

TELS: 915 41 02 79 — 915 48 18 66 — Fax: 915 41 00 09 — Email: club-medico@arrakis.es

CICMA 1448

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

ALICANTE

BADAJOS

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

MADRID

LEÓN

BARCELONA

A CORUÑA

CON LA GARANTÍA DE:

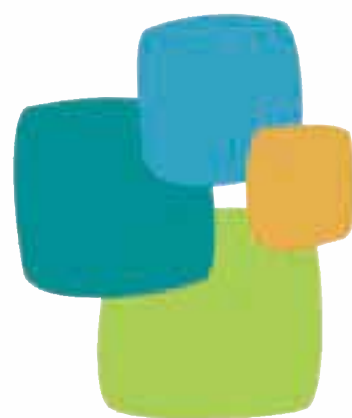


INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>  
E S P A Ñ A  
*Educación Médica Continuada*

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.**  Yondelis® 0,25 mg o 1 mg polvo para concentrado para solución para perfusión. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada vial contiene 0,25 mg o 1 mg de trabectedina. Cada vial de solución reconstituida contiene 0,05 mg de trabectedina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo para concentrado para solución para perfusión. Polvo blanco o blanquecino. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Yondelis® está indicado para el tratamiento de pacientes con sarcoma de tejidos blandos en estadio avanzado en los que ha fracasado el tratamiento con antitranslocas y ifosfamidina, o bien que no sean candidatos a recibir dichos productos. La eficacia se basa fundamentalmente en datos de pacientes con liposarcoma o leiomiomasarcoma. **4.2 Posología y forma de administración.** Yondelis® debe administrarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de quimioterapia. La dosis recomendada es de 1,5 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, administrados mediante perfusión intravenosa durante un periodo de 24 horas, con un intervalo de tres semanas entre ciclos. Es muy recomendable la administración de este fármaco a través de una vía venosa central. 30 minutos antes de recibir Yondelis®, se deben administrar 20 mg de dexametasona por vía intravenosa. Se pueden administrar además otros antieméticos. Para permitir el tratamiento con Yondelis®, es necesario que se cumplan los siguientes criterios: - Recuento absoluto de neutrófilos (RAN)  $\geq 1.500/mm^3$ . - Recuento de plaquetas  $\geq 100.000/mm^3$ . - Bilirrubina  $\leq$  límite superior de la normalidad (LSN). - Fosfatasa alcalina  $\leq 2,5$  LSN (si la elevación pudiera ser de origen óseo, se deben considerar las isoenzimas hepáticas 5-nucleotidasa o GGT). - Albúmina  $\geq 25$  g/l. - ALT y AST  $\leq 2,5$  LSN. - Aclareamiento de creatinina  $\geq 30$  ml/min. - Creatinina fosfoquinasa (CPK)  $\leq 2,5$  LSN. - Hemoglobina  $\geq 9$  g/dl. Antes de recibir el tratamiento, deben cumplirse estos mismos criterios. En caso contrario, el tratamiento debe retrasarse un periodo máximo de 3 semanas hasta que se cumplan los criterios. Deben realizarse controles adicionales de los parámetros hematológicos bilirrubina, fosfatasa alcalina, aminotransferasas y CPK cada semana durante los 2 primeros ciclos, y en ciclos posteriores, deberán controlarse al menos una vez entre tratamientos. En todos los ciclos se administrará la misma dosis, siempre que no se observe toxicidad de grado 3-4 y que el paciente cumpla los criterios de repetición del tratamiento. Ajuste de la dosis durante el tratamiento. Antes de recibir el tratamiento, los pacientes deben cumplir los criterios basales ya definidos. En caso de que se produzca alguno de los siguientes acontecimientos en cualquier momento entre los ciclos, la dosis deberá reducirse a 1,2 mg/m<sup>2</sup> para los ciclos siguientes: - Neutropenia  $< 500/mm^3$  de duración superior a 5 días o asociada con fiebre o infección. - Trombocitopenia  $< 25.000/mm^3$ . - Incremento de los valores de bilirrubina  $\geq 2,5$  LSN. - Incremento de AST o ALT  $> 2,5$  x LSN que no se haya recuperado en el día 21. - Cualquier otro efecto adverso de grado 3 ó 4 (náuseas, vómitos, cansancio). Cuando una dosis se haya reducido por toxicidad, no se recomienda realizar un escalado de dosis en los ciclos siguientes. Si alguna de estas toxicidades reaparece en ciclos posteriores en un paciente que muestre un beneficio clínico, la dosis podría reducirse hasta 1 mg/m<sup>2</sup>. En caso de que fuera necesario seguir reduciendo la dosis, debe considerarse la suspensión del tratamiento. **Duración del tratamiento.** En los ensayos clínicos no hubo límites predefinidos en cuanto al número de ciclos administrados. El tratamiento continuó mientras persistió el beneficio clínico. No se han observado toxicidades acumuladas tras múltiples ciclos. **Poblaciones de pacientes especiales. Pacientes pediátricos.** No debe utilizarse en niños ni adolescentes. **Pacientes ancianos.** No se han realizado ensayos específicos en pacientes ancianos. No se recomienda ajustar la dosis en función únicamente de criterios de edad de forma rutinaria. **Pacientes con insuficiencia hepática.** No se han realizado ensayos con el régimen propuesto en pacientes con insuficiencia hepática. Por tanto, no se dispone de datos para recomendar una dosis de inicio menor en pacientes con insuficiencia hepática. No obstante, se aconseja adoptar precauciones especiales, y puede que se necesarie ajustar las dosis. Los pacientes con niveles elevados de bilirrubina no deben ser tratados con Yondelis®. **Pacientes con insuficiencia renal.** No debe utilizarse si el aclaramiento de creatinina  $< 30$  ml/min; no se recomienda realizar ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a trabectedina o a alguno de los excipientes. - Infección concurrente grave o controlada. - Lactancia. - Tratamiento combinado con la vacuna de la fiebre amarilla. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Insuficiencia hepática.** Es probable que la insuficiencia hepática aumente la exposición sistémica a la trabectedina y se incremente el riesgo de hepatotoxicidad. Los pacientes con hepatopatías clínicamente relevantes deben someterse a una monitorización estrecha para, en caso necesario, realizar un ajuste de la dosis. Los pacientes con niveles elevados de bilirrubina no deben recibir trabectedina. **Insuficiencia renal.** El aclaramiento de creatinina debe monitorizarse antes y durante el tratamiento. No se debe utilizar trabectedina en pacientes con un aclaramiento de creatinina  $< 30$  ml/min. **Neutropenia y trombocitopenia.** Se han notificado con frecuencia casos de neutropenia y trombocitopenia de grado 3 ó 4. Se deben realizar hemogramas completos, antes de iniciar el tratamiento, cada semana durante los dos primeros ciclos de tratamiento y, posteriormente, al menos una vez entre ciclos. Los pacientes que presenten fiebre deben consultar al médico de inmediato. **Náuseas y vómitos.** Todos los pacientes deberán recibir profilaxis antiemética con dexametasona. **Rabdomiolisis y elevaciones graves de la CPK ( $> 10$  x LSN).** No se debe utilizar trabectedina en pacientes con CPK  $> 2,5$  LSN. Raramente se han notificado casos de rabdomiolisis que generalmente se asocian con mieloelcitosis, anomalías graves de la prueba de función hepática y/o insuficiencia renal. Por tanto, cuando un paciente puede experimentar algún caso de estas toxicidades se deben monitorizar estrechamente los niveles de CPK. Como se ha indicado anteriormente, si se presentara rabdomiolisis, se debe establecer de inmediato medidas de apoyo como hidratación parenteral, alcalinización de la orina y diálisis. Asimismo, debe interrumpirse el tratamiento con Yondelis® hasta que el paciente se recupere por completo. Se deben tomar medidas de precaución si se administran de forma concomitante trabectedina junto con otros medicamentos asociados con rabdomiolisis (p. ej., estatinas), ya que puede incrementar el riesgo de rabdomiolisis. **Anomalías en las pruebas de la función hepática.** En la mayoría de los pacientes se han notificado incrementos agudos reversibles de AST y ALT. Yondelis® no debe utilizarse en pacientes con niveles elevados de bilirrubina. Los pacientes con incrementos de los niveles de AST, ALT y fosfatasa alcalina entre ciclos pueden necesitar una reducción de la dosis. **Reacciones en el punto de inyección.** Es muy recomendable que la administración se realice a través de una vía venosa central. Cuando se administra la trabectedina a través de una vía venosa periférica, los pacientes pueden presentar una reacción potencialmente grave en el lugar de inyección. **Otros.** Debe evitarse la administración concomitante con inhibidores potentes de la enzima CYP3A4. Si esto no es posible, se requiere una monitorización estrecha de las toxicidades, y deberá considerarse la posibilidad de reducir la dosis de trabectedina. Precaución si se administran medicamentos asociados con hepatotoxicidad de forma concomitante, ya que se puede incrementar el riesgo de hepatotoxicidad. El uso concomitante de trabectedina y fenitoína puede reducir la absorción de esta última y producir una exacerbación de las convulsiones. No se recomienda la combinación de trabectedina ni con fenitoína ni con vacunas que contengan microorganismos vivos atenuados. Está estrictamente contraindicada la administración de trabectedina junto con la vacuna de la fiebre amarilla. Debe evitarse el uso concomitante de trabectedina con alcohol. Los varones y las mujeres en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento. Además, las mujeres deben mantener las medidas anticonceptivas hasta 3 meses después de finalizar el tratamiento mientras que los varones deben prolongar estas medidas hasta 5 meses después del tratamiento. Asimismo, si se produce un embarazo, se debe informar al médico de inmediato. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Efecto de otras sustancias sobre la trabectedina.** No se han realizado estudios de interacciones *in vivo*. La trabectedina se metaboliza principalmente a través del CYP3A4, por lo que la coadministración de sustancias que inhiben esta isoenzima, tales como ketoconazol, fluconazol, ritonavir o claritromicina, podría disminuir el metabolismo e incrementar las concentraciones de trabectedina. En el caso de que estas combinaciones fueran necesarias, se requeriría un control estrecho de las toxicidades (ver sección 4.4). Asimismo, la coadministración con inductores potentes de esta enzima (p. ej., rifampicina, fenobarbital, hipérico o hierba de San Juan) puede disminuir la exposición sistémica a la trabectedina. Durante el tratamiento con trabectedina debe evitarse el consumo de alcohol, debido a la hepatotoxicidad del medicamento. Los datos preclínicos han demostrado que la trabectedina es un sustrato de la P-gp. La administración concomitante de inhibidores de la P-gp, por ejemplo ciclosporina y verapamilo, puede alterar la distribución de la trabectedina y/o su eliminación. Todavía no se ha establecido la relevancia de esta interacción, por ejemplo, en cuanto a la toxicidad para el SNC. En estas situaciones deberán tomarse medidas de precaución. **4.6 Embarazo y lactancia. Embarazo.** No se dispone de datos clínicos suficientes sobre exposición a este medicamento durante el embarazo. No obstante, dado su mecanismo de acción, la trabectedina puede producir defectos congénitos graves cuando se administra durante el embarazo. La trabectedina no debe utilizarse durante el embarazo salvo que fuera de naturaleza necesaria. Si se utiliza durante el embarazo, se informará al paciente del posible riesgo para el feto y se monitorizará estrechamente. Si se administra trabectedina al final del embarazo, deberán monitorizarse cuidadosamente las posibles reacciones adversas en los neonatos. **Fertilidad.** Tanto los varones como las mujeres en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento con Yondelis®. Además, las mujeres deben mantener las medidas anticonceptivas hasta 3 meses después de finalizar el tratamiento mientras que los varones deben prolongar estas medidas hasta 5 meses después del tratamiento. Asimismo, si se produce un embarazo, se debe informar al médico de inmediato. La trabectedina puede tener efectos genotóxicos. Puesto que existe la posibilidad de que el tratamiento con Yondelis® produzca infertilidad irreversible, antes del tratamiento se debe proporcionar asesoramiento a los pacientes sobre la conservación de esperma. Si durante el tratamiento se produce un embarazo, deberá considerarse la posibilidad de proporcionar asesoramiento genético. El asesoramiento genético también está recomendado para aquellos pacientes que deseen tener hijos después del tratamiento. **Lactancia.** Se desconoce si la trabectedina se excreta en la leche humana. La lactancia está contraindicada durante el tratamiento y durante los 3 meses después de la finalización del mismo. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se ha notificado la aparición de cansancio y astenia en pacientes en tratamiento con trabectedina. Los pacientes que experimenten cualquiera de estas reacciones durante el tratamiento no deben conducir ni utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas.** Salvo que se indique lo contrario, el perfil de seguridad de Yondelis® mostrado a continuación está basado en la evaluación de los datos obtenidos de 569 pacientes incluidos en ensayos clínicos y tratados hasta abril de 2007 con la pauta posológica recomendada para el tratamiento de varios tipos de cáncer, incluidos sarcoma de los tejidos blandos, cáncer de mama, osteosarcoma, cáncer de ovario, GIST, melanoma y carcinoma renal. Cabe esperar que aproximadamente el 91 % de los pacientes presente reacciones adversas de cualquier grado. Cabe esperar que aproximadamente el 40 % de los pacientes presente reacciones adversas de una intensidad de grado 3 ó 4. Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado de intensidad fueron náuseas, fatiga, vómitos, anorexia, neutropenia e incrementos en los niveles de AST/ALT. Se han producido reacciones adversas mortales en el 1,9 % de los pacientes. Con frecuencia, estas reacciones mortales fueron el resultado de una combinación de efectos adversos, entre los que se incluyen pancreatitis, neutropenia febril, en algunos casos con sepsis, afectación hepática, insuficiencia renal y rabdomiolisis. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que se indican a continuación se clasifican como muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ) y poco frecuentes ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1000$ ). La siguiente tabla muestra las reacciones adversas comunicadas en  $n = 1$  de los pacientes de acuerdo con el sistema de clasificación de órganos MEDDRA. Para proporcionar frecuencias se han utilizado tanto las reacciones adversas como los valores de laboratorio. Los efectos adversos se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada grupo de frecuencia. **Reacciones adversas más frecuentes. Trastornos metabólicos y del sistema linfático. Neutropenia:** En el 77 % de los pacientes. En el 26 % y el 24 % de los pacientes se produjo neutropenia de grado 3 y grado 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la neutropenia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 19 % y 8 % de los ciclos respectivamente. Se produjo neutropenia febril en el 2 % y en  $< 1$  % de los ciclos. La neutropenia siguió un patrón predecible de inicio rápido y reversibilidad, y rara vez se observó asociada con fiebre o infección. **Trombocitopenia:** en el 11 % y el 2 % de los pacientes se produjo trombocitopenia de grado 3 y grado 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la trombocitopenia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 3 % y  $< 1$  % de los ciclos, respectivamente. En  $< 1$  % de los pacientes aparecieron reacciones hemorrágicas asociadas con trombocitopenia. **Anemia:** en el 93 % de los pacientes se produjo anemia, aunque el 46 % de estos pacientes ya la presentaban en el momento basal. En el 10 % y el 3 % de los pacientes se produjo anemia de grados 3 y 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la anemia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 3 % y el 1 % de los ciclos, respectivamente. **Trastornos hematológicos. Incrementos de los niveles de AST/ALT:** incrementos transitorios de grado 3 de AST y ALT en el 38 % y el 44 % de los pacientes. Asimismo, se observaron elevaciones de grado 4 de dichas enzimas en el 3 % y el 7 %, respectivamente. El tiempo medio para alcanzar los valores máximos fue de 5 días tanto para la AST como para la ALT. En los días 14-15 de tratamiento, la mayoría de los casos habían disminuido hasta el grado 1 o se habían resuelto (ver sección 4.4). Los incrementos de grado 3 de AST y ALT se produjeron en el 12 % y el 20 % de los ciclos, respectivamente. Las elevaciones de grado 4 de AST y ALT se produjeron en el 1 % y el 2 % de los ciclos, respectivamente. La mayoría de las elevaciones de las transaminasas mejoraron hasta el grado 1 o a los niveles pre-tratamiento en un plazo máximo de 15 días, y en menos del 2 % de los ciclos se observaron tiempos de recuperación que superaron los 25 días. Los incrementos de ALT y AST no siguieron un patrón acumulativo, sino que mostraron una tendencia hacia elevaciones menos acusadas en el tiempo. **Hiperbilirrubinemia:** en el 23 % de los pacientes se observaron incrementos de la bilirrubina de grado 1 a grado 2. En el 1 % de los pacientes se produjo hiperbilirrubinemia de grado 3. Los valores máximos de bilirrubina aparecen aproximadamente una semana después de iniciar el tratamiento y se resuelven en aproximadamente dos semanas después de su aparición. Las manifestaciones clínicas de lesiones hepáticas graves fueron poco frecuentes, con una incidencia inferior al 1 % de los signos y síntomas individuales, entre los que se incluyen ictericia, hepatomegalia o dolor hepático. La mortalidad por lesión hepática se produjo en menos del 1 % de los pacientes. **Otras reacciones adversas. Náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento:** se notificaron casos de náuseas y vómitos en el 63 % y el 38,5 % de los pacientes, respectivamente. En el 6 % y el 6,5 % de los pacientes se notificaron náuseas y vómitos de grado 3-4, respectivamente. En menos del 1 % de los pacientes se notificó diarrea y estreñimiento de grado 3-4. **Estomatitis:** en menos del 1 % de los pacientes se notificó mucositis de grado 3-4. **Cansancio/astenia:** en el 9 % y el 1 % de los pacientes se produjo fatiga/astenia de grado 3-4. **Anorexia:** en menos del 1 % de los pacientes se notificó anorexia de grado 3-4. **Elevaciones de CPK y rabdomiolisis:** en el 26 % de los pacientes se observaron elevaciones de los niveles de CPK de cualquier grado. En el 4 % de los pacientes se observaron incrementos de los niveles de CPK de grado 3 ó 4. En menos del 1 % de los pacientes se notificaron incrementos de los niveles de CPK asociados con rabdomiolisis. **Disnea:** en el 2 % de los pacientes se produjo disnea de grado 3-4 relacionada con el uso de trabectedina. **Alpecia:** se notificó alpecia en alrededor del 3 % de todos los pacientes; en la mayor parte de ellos la alpecia fue de grado 1. **4.9 Sobredosis.** Se dispone de pocos datos sobre los efectos de una sobredosis de trabectedina. Las principales toxicidades previstas son de naturaleza gastrointestinal, supresión de médula ósea y hepática. En la actualidad, no se dispone de un antídoto específico para la trabectedina. En caso de sobredosis, se monitorizará estrechamente a los pacientes y se instaurarán medidas de apoyo sintomático cuando sea necesario. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas. Grupo farmacoterapéutico:** Antineoplásicos, código ATC: L01CX01. **Mecanismo de acción.** La trabectedina se une al surco menor del ADN, haciendo que la hélice se doble hacia el surco mayor. Esta unión al ADN desencadena una cascada de acontecimientos que afectan a varios factores de transcripción, proteínas de unión al ADN y vías de reparación del ADN, lo que produce una perturbación del ciclo celular. Se ha demostrado que la trabectedina ejerce actividad antiproliferativa *in vitro* e *in vivo* contra un amplio rango de estímulos de células tumorales humanas y tumores experimentales, incluidas neoplasias malignas tales como sarcoma, cáncer de mama, cáncer pulmonar no microcítico, cáncer de ovario y melanoma. **Eficacia clínica.** La eficacia y seguridad de la trabectedina se basa en un ensayo aleatorizado realizado en pacientes con liposarcoma o leiomiomasarcoma metastásico o localmente avanzado, en los que la enfermedad ha progresado o recidivado después del tratamiento con al menos antitranslocas e ifosfamidina. En este ensayo se administró a los pacientes una dosis de 1,5 mg/m<sup>2</sup> de trabectedina mediante una perfusión intravenosa de 24 horas de duración cada 3 semanas o, alternativamente, se les administró una dosis semanal de 0,58 mg/m<sup>2</sup> en forma de perfusión intravenosa de 3 horas de duración durante 3 semanas. El análisis específico en el protocolo para el tiempo hasta la progresión tumoral (TTP) mostró una reducción del 26,6 % del riesgo relativo de progresión para pacientes tratados en el grupo de perfusión durante 24 h c/3 semanas (HR = 0,734 (IC: 0,554-0,974). Las medianas del TTP fueron 3,7 meses (IC: 2,1-5,4) en el grupo que recibió la perfusión 24 h c/3 semanas, y de 2,3 meses (IC: 2,0-3,5) en el grupo tratado con perfusión durante 3 h semanal (p = 0,0302). No se detectaron diferencias significativas en la supervivencia global (OS). La mediana de OS con el régimen de perfusión 24 h c/3 semanas fue de 13,9 meses (IC: 12,5-18,6), y el 60,2 % de los pacientes estaban vivos al año (IC: 52,0 %-68,5 %). Se dispone de datos adicionales de eficacia procedentes de 3 ensayos de fase II no controlados (de brazo único) con poblaciones similares tratadas con la misma pauta. En estos ensayos se evaluaron un total de 100 pacientes con tipo I leiomiomasarcoma y 83 pacientes con otros tipos de sarcoma. Este medicamento se ha autorizado en "Circunstancias excepcionales". Esta modalidad de aprobación significa que debido a la rareza de la enfermedad no ha sido posible obtener información completa de este medicamento. La Agencia Europea del Medicamento (EMA) revisará anualmente la información nueva del medicamento que pueda estar disponible y esta Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto (RCP) se actualizará cuando sea necesario. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** La exposición sistémica tras una administración en forma de perfusión intravenosa a velocidad constante durante 24 horas es proporcional a la dosis administrada en un rango de dosis de hasta 1,8 mg/m<sup>2</sup>, incluida. El perfil farmacocinético de la trabectedina es acorde con un modelo de distribución multicompartmental. Tras la administración intravenosa, se ha demostrado que la trabectedina posee un volumen aparente de distribución elevado, acorde con una unión elevada a proteínas plasmáticas y lisulares (el 94%-98% de la trabectedina en plasma está unida a proteínas). El volumen de distribución en equilibrio de la trabectedina en humanos superó el valor de 5.000 L. La isoenzima P450 3A4 del citocromo P450 responsable mayoritariamente del metabolismo oxidativo de la trabectedina a concentraciones clínicamente relevantes. Otras enzimas del P450 pueden contribuir al metabolismo. La trabectedina no induce ni inhibe las principales enzimas del citocromo P450. La eliminación renal de la trabectedina inducida en humanos es baja (menos del 1 %). La semivida terminal es larga (valor en la población de la fase de eliminación terminal: 180 h). Tras la administración de una dosis de trabectedina marcada radiactivamente a pacientes con cáncer, la media de la recuperación de la radioactividad total en heces (SD) es del 58 % (17 %) y la media de la recuperación en orina (SD) es del 5,8 % (1,73 %). Basándose en la estimación poblacional del aclaramiento plasmático de la trabectedina (31,5 l/h) y la proporción sangre/plasma (0,89), el aclaramiento de trabectedina en sangre total es de aproximadamente 35 l/h. Este valor es alrededor de la mitad de la velocidad del flujo sanguíneo hepático humano. Por tanto, el índice de extracción de la trabectedina se puede considerar moderado. La variabilidad inter-individual de la estimación poblacional del aclaramiento plasmático de trabectedina fue del 51 %, y la variabilidad intraindividual fue del 28%. **Poblaciones especiales.** Un análisis de farmacocinética poblacional indicó que ni la edad (19-83 años) ni el sexo afectan al aclaramiento plasmático de la trabectedina. No se han estudiado los efectos de la raza ni el etnia sobre la farmacocinética de la trabectedina. **Insuficiencia renal.** En los pacientes incluidos en los ensayos clínicos, no se observó que la función renal de los pacientes, medida mediante el aclaramiento de creatinina en un rango de valores ( $= 34,4$  ml/min), tuviese una influencia relevante sobre la farmacocinética de la trabectedina. No se dispone de datos en pacientes con un aclaramiento de creatinina inferior a 34,4 ml/min. La baja recuperación ( $< 9\%$  en todos los pacientes estudiados) de la radioactividad total en orina después de una dosis única de trabectedina marcada con <sup>14</sup>C indica que la insuficiencia renal afecta poco a la eliminación del fármaco o sus metabolitos. **Insuficiencia hepática.** Aunque los análisis poblacionales no mostraron relación entre las concentraciones de enzimas hepáticas en suero y el aclaramiento plasmático de trabectedina, en pacientes con insuficiencia hepática puede aumentar la exposición sistémica a este fármaco, por lo que debe garantizarse una monitorización estrecha de la toxicidad. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos indican que la trabectedina posee un efecto limitado sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio y nervioso central a exposiciones por debajo del intervalo clínico terapéutico en términos de AUC. Los efectos de la trabectedina sobre la función cardiovascular y respiratoria se han investigado mediante estudios *in vivo* (en monos *Cynomolgus* anestesiados). Se seleccionó un régimen de infusión de 1 hora para alcanzar niveles máximos en plasma (valores de C<sub>max</sub>) del orden de los observados en la práctica clínica. Los niveles plasmáticos de trabectedina alcanzados fueron 10,6 ± 5,4 (C<sub>max</sub>) superiores a los obtenidos en los pacientes después de la infusión de 1.500 µg/m<sup>2</sup> durante 24 h (C<sub>max</sub> de 1,8 ± 1,1 mg/ml) y similares a los alcanzados después de la administración de la misma dosis mediante perfusión de 3 horas (C<sub>max</sub> de 10,8 ± 3,7 mg/ml). La mielosupresión y la hepatotoxicidad fueron los principales efectos tóxicos detectados con trabectedina. Los hallazgos observados incluyeron toxicidad hematopoyética (leucopenia grave, anemia y depleción linfocítica y de médula ósea), así como incrementos en las pruebas de función pulmonar, degeneración hepatocelular, necrosis del epitelio intestinal y reacciones locales graves en el lugar de inyección. Se detectaron hallazgos toxicológicos renales en estudios de toxicidad en múltiples ciclos realizados con monos. Estas observaciones fueron secundarias a una reacción local grave en el lugar de administración y, por tanto, no se pueden atribuir con seguridad al uso de trabectedina; no obstante, hay que ser prudente a la hora de interpretar estas hallazgos renales, y no se puede excluir la toxicidad relacionada con el tratamiento. La trabectedina es genotóxica tanto *in vitro* como *in vivo*. No se han realizado estudios de carcinogenicidad a largo plazo. No se han realizado estudios de fertilidad con trabectedina, sin embargo, en los estudios de toxicidad a dosis repetidas se ha observado un número limitado de cambios histopatológicos en las gónadas. Dada la naturaleza del compuesto (citotóxico y mutagénico), es probable que afecte a la capacidad de reproducción. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Sacarosa. Dihidrogenofosfato de potasio. Ácido fosfórico. Hidróxido de potasio. **6.2 Incompatibilidades.** Yondelis® no se debe mezclar ni diluir con otros fármacos, a excepción de los mencionados en la sección 6.6. **6.3 Periodo de validez.** Viales sin abrir: 36 meses. Después de la reconstitución, se ha demostrado una estabilidad química y física de 30 horas hasta 25°C. Desde el punto de vista microbiológico, la solución reconstituida debe diluirse y usarse inmediatamente. Si no se diluye y utiliza inmediatamente, los tiempos y condiciones de conservación antes del uso del producto reconstituido son responsabilidad del usuario, y habitualmente no deberían ser superiores a 24 horas 2°C - 8°C, a menos que la reconstitución se haya realizado en condiciones de asepsia validadas y controladas. Tras la dilución, se ha demostrado estabilidad química y física durante 30 horas hasta 25°C. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (2°C - 8°C). Para las condiciones de conservación del producto reconstituido y diluido, ver sección 6.3. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Yondelis® se suministra en un vial de vidrio incoloro de tipo I con un cierre de goma de bromotulido sellado con una cápsula de aluminio de tipo flip-off. Cada vial contiene 0,25 mg o 1 mg de trabectedina. Cada envase contiene un vial. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. Preparación para perfusión intravenosa.** Deben utilizarse las técnicas de asepsia adecuadas. Yondelis® debe reconstituirse y diluirse antes de la perfusión. Cada vial con 0,25 mg se reconstituye con 5 ml de agua estéril para preparaciones inyectables. Cada vial con 1 mg se reconstituye con 20 ml de agua estéril para preparaciones inyectables. Las soluciones obtenidas poseen una concentración de 0,05 mg/ml y están destinadas a su uso. **Instrucciones para la reconstitución.** Debe utilizarse una jeringa para inyectar 5 ml de agua estéril para preparaciones inyectables en el vial. Agitar el vial hasta que el fármaco se disuelva completamente. La solución reconstituida es transparente, incolora o ligeramente amarillenta sin partículas visibles. Esta solución reconstituida contiene 0,05 mg/ml de trabectedina. Requiere diluciones posteriores y está indicada para un solo uso. **Instrucciones para la dilución.** La solución reconstituida debe diluirse con una solución de cloruro sódico de 9 mg/ml (0,9 %) para perfusión o con una solución de glucosa de 50 mg/ml (5 %) para perfusión. El volumen necesario se calcula del siguiente modo:

$$\text{Volumen (ml)} = \frac{5C}{0,05} \times \text{dosis individual (mg/ml)}$$
  
se va a realizar a través de una vía venosa central y que puede utilizarse una vía venosa periférica, la solución reconstituida debe añadirse a una bolsa de perfusión que contenga  $\geq 1.000$  ml de diluyente (solución de cloruro sódico de 9 mg/ml (0,9 %) para perfusión o solución de glucosa de 50 mg/ml (5 %) para perfusión). Antes de la administración se realizará una inspección visual de las soluciones parenterales para detectar la posible presencia de partículas. La solución para perfusión preparada deberá administrarse de inmediato. **Instrucciones de manipulación y eliminación.** Yondelis® es un medicamento antineoplásico citotóxico y debe manipularse con precaución. Deben seguirse los procedimientos para una adecuada manipulación y eliminación de los medicamentos citotóxicos. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con las normativas locales para medicamentos citotóxicos. No se han observado incompatibilidades entre Yondelis® y las bolsas y los tubos de poliolefino de tipo (PVC) y polietileno (PE) ni con los sistemas de acceso vascular implantables de titanio. **7. PRESENTACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Pharma Mar, S.A. Avda. de los Reyes 1, Polígono Industrial La Mina. 28770 Colmenar Viejo (Madrid), España. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Yondelis® 0,25 mg EU/1/07/417/001; Yondelis® 1 mg EU/1/07/417/002. **9. TITULARIDADES Y PRECIOS.** Yondelis® 0,25 mg, C.N. 6599273. PVL 530 €; Yondelis® 1 mg, C.N. 6599280. PVL 1.994 €. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Uso hospitalario. **11. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 17-Septiembre-2007. **12. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Marzo 2008. **BIBLIOGRAFÍA.** 1. Carter NJ, et al. Trabectedin. A review of its use in the management of soft tissue sarcoma and ovarian cancer. *Drugs* 2007; 67(15): 2257-2276. 2. Morgan JA, et al. Randomized phase II study of trabectedin in patients with liposarcoma and leiomyosarcoma after failure of prior anthracycline and ifosfamide. *J Clin Oncol* 2007; 25(18S): Abstract 10060.



fisalud

# Feria Internacional de la Salud

Madrid, 26 a 29 de noviembre de 2008



Fundación  
Internacional  
de la Salud

Firalud 2008

## Apuesta por la tecnología sanitaria

*La tecnología sanitaria y el equipamiento médico, así como la innovación farmacéutica son las apuestas que la Feria Internacional de la Salud (Fisalud) realiza este año en IFEMA. En paralelo tendrá lugar, por primera vez, el Foro Internacional de la Salud.*

La V edición de la Feria Internacional de la Salud (Fisalud 2008), que se celebrará del 26 al 30 de este mes en Madrid, ha elegido dos áreas en constante desarrollo: la tecnología sanitaria y el equipamiento médico, y la innovación farmacéutica, para realizar una Zona Profesional de acceso exclusivo para los profesionales del sector de la salud. Se trata de poner a su disposición un lugar de encuentro con las empresas del ámbito sanitario, compañías que darán a conocer su oferta global de productos y servicios.

La Feria, que se celebra en IFEMA, Madrid, desde 2004, es la culminación de un amplio programa de actos que la Fundación Internacional de la Salud (ver apoyo *En busca de la excelencia*) realiza durante el año, alentados y supervisados por su patronato, que está integrado por reconocidas personalidades como Car-

los Galdón, presidente y vicepresidente de la Confederación Empresarial Independiente de Madrid (CEIM); Manuel Díaz Rubio, vicepresidente, cargo que ostenta también en la Real Academia Nacional de Medicina; Pedro Capilla, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos; y Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería, entre otros.

A los profesionales de la salud se les ha reservado en Fisalud 2008 un área independiente de acceso exclusivo que cuenta, como novedad, con dos áreas: Tecnología Sanitaria e Innovación Farmacéutica. Tecnología Sanitaria es un espacio común para fabricantes, proveedores y distribuidores de tecnología, productos, servicios y equipamiento sanitario. En él se presentarán las últimas novedades de este sector, así como la oferta disponible en bienes y servicios. Lo que este espacio pretende es ofrecer a las empresas un lugar de encuentro e interacción con los profesionales sanitarios, con la muestra de soluciones capaces de responder a sus requerimientos específicos, tanto actuales como futuros.

Los objetivos del Área de Innovación Farmacéutica van desde conformar un espacio donde la industria pueda mostrar sus productos, últimos avances en investigación, nuevas indicaciones terapéuticas, mejoras en dosificaciones y comodidad para los pacientes, hasta hacer de Madrid y de España el gran escaparate anual de la innovación farmacéutica a nivel mundial en todas las áreas terapéuticas.

Además, los visitantes profesionales podrán acceder, por primera vez, a un programa científico del máximo interés denominado Foro Internacional de la Salud, destinado a la actualización en el ejercicio profesional y a mostrar los últimos avances en las diferentes disciplinas de que se trate (*ver recuadro*).



La Feria Internacional de la Salud se celebra en Madrid desde el año 2004.



## Foro Internacional de la Salud

**E**l Foro Internacional de la Salud tiene lugar gracias al convenio de colaboración que la Fundación Internacional de la Salud y la Comunidad Autónoma de Madrid firmaron en octubre de 2007. En él se especifica el objetivo de "celebrar anualmente en Madrid un evento de impacto internacional en el sector de la salud que llegue a ser del máximo interés para los profesionales sanitarios y las empresas del sector", y que constituya "un gran foro de formación y actualización de conocimientos". Este evento, que se celebra por primera vez dentro de FISCALUD 2008, se configura como el elemento aglutinador de las últimas novedades científicas de interés para los diferentes profesionales sanitarios.

En ese sentido, estarán representados en el Foro sectores como equipos de electromedicina y tecnología médica, equipamiento para laboratorios, mobiliario médico, equipos de diagnóstico, bienes de consumo para consultas y hospitales, tecnologías de la información y medicamentos, entre otros.

Además, y dentro del contenido científico, los organizadores han diseñado diez grandes áreas temáticas centrales, en las que se abordarán las últimas novedades disponibles en cada materia en formato de jornadas, simposios, reuniones y conferencias. La asistencia a este programa científico denominado Foro Internacional de la Salud es de carácter gratuito previa inscripción hasta completar el aforo disponible.

**1. Actualización en práctica clínica para Médicos de Familia.** Actualización práctica en las tres áreas temáticas que representan algunos de los principales retos actuales de salud en Atención Primaria: los asociados al envejecimiento, los trastornos de la salud mental y el control del riesgo cardiovascular. Las jornadas están acreditadas y se desarrollan en colaboración de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Se desarrollarán tres módulos sobre **Envejecimiento, Salud Mental y Riesgo Cardiovascular.**

**2. Actualización en Pediatría de Atención Primaria.** Entre los temas que se abordarán, bajo los auspicios de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, figuran: uso racional de antibióticos, dermatología infantil, promoción de la lactancia materna y el vínculo como clave de curar. Además, se desarrollarán varios talleres prácticos sobre habilidades en información electrónica para pediatras, investigación en Atención Primaria, Internet para pediatría, RCP básica y RCP avanzada.

**3. Reuniones de trabajo para especialistas.** Diseñadas en torno a los temas de mayor interés para diferentes especialidades médicas, como por ejemplo Alergología y Atención en Urgencias y Emergencias. Estarán coordinadas por sociedades científicas y entidades sanitarias.

**4. Simposios profesionales paralelos.** Correrán a cargo de los expertos de instituciones y empresas, líderes en su área terapéutica o de tecnología sanitaria. Entre otros, cabe destacar los desarrollados por PromoMadrid y FENIN: Internacionalización de empresas de Tecnología Médica; INDRA: Salud 2.0; Unidental: Actualización en prótesis bucofaciales; y Papimi Europe: Resonancia Magnética Nuclear Terapéutica.

**5. II Jornadas de Salud Laboral.** Están dirigidas a médicos de Mutuas de Accidentes de Trabajo y a especialistas en Medicina del Trabajo. Colabora la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT).

**6. Jornadas Profesionales de Farmacia.** Con la colaboración del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, tienen el objetivo de conseguir la excelencia en la práctica farmacéutica. Se tratarán temas como dermofarmacia, actualización en alimentación y nutrición, atención farmacéutica, modelo de farmacia y farmacia y pacientes.

**7. Jornadas profesionales 'Psicología y salud'.** Dirigidas a psicólogos clínicos, contarán con los siguientes módulos temáticos: a) Psicología en los procesos de enfermedad; b) Psicología en la prevención y la promoción de la salud; y c) Psicología en la gestión y la organización.

**8. Jornadas Profesionales de Gestión Sanitaria.** Se desarrollará un completo programa con novedades propias de la materia. Dirigidas a directivos con responsabilidad en hospitales y servicios de salud, serán impartidas por el Instituto de Empresa.

**9. Jornadas sanitarias de la Cámara de Comercio.** Habrá mesas redondas sobre la actualidad farmacéutica y de la gestión hospitalaria. Las mesas de actualidad farmacéutica versarán sobre modelo farmacéutico español, distribución farmacéutica, trazabilidad y falsificación de medicamentos, garantía de calidad de los medicamentos, Especialidades Farmacéuticas sin receta.

**10. Conferencias y debates internacionales.** Con la colaboración de la OMS y sociedades científicas, versarán sobre temas de interés internacional en el ámbito de la salud y la política sanitaria, como tabaquismo, bioética y gestión personal de la salud. Además, se celebrará una Conferencia Internacional de Sistemas Sanitarios en Europa, donde está previsto que intervengan representantes de los Ministerios de Sanidad de Alemania, Portugal, Francia y Reino Unido. En este último caso, la ponente es la doctora Angela Coulter, asesora del Ministerio de Sanidad del Reino Unido, presidenta del Picker Institute de Europa y gran experta en medicina centrada en el paciente.

Fisalud tiene un enfoque eminentemente formativo e innovador y está orientada tanto al ciudadano como a los profesionales sanitarios. En ella se dan cita los principales agentes del mundo de la salud que ponen a disposición del público, en general, y de los profesionales, en particular, los últimos conocimientos en las materias que les competen. Además, a modo de ejemplo, la Sociedad Española de Reumatología ofrecerá pruebas gratuitas para la detección de algunas de las enfermedades reumáticas más prevalentes, como artritis, artrosis y osteoporosis.

Dentro del área profesional, Fisalud 2008 cuenta con la participación de organismos públicos e instituciones oficiales, instituciones y empresas privadas (Imade, Fenin, Promomadrid, Farmaindustria), universidades, centros de investigación, sociedades científicas y organizaciones de profesionales sanitarios.

Fisalud 2008 resulta una muestra muy útil para el público en general. Los ciudadanos encontrarán cuatro áreas del máximo interés. El área sanitaria está representada por instituciones tan relevantes como la Real Academia Nacional de Medicina, el Consejo General de Enfermería, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos o sociedades científicas como la Sociedad Española de Reumatología, entre otras. En el área de Pacientes se enmarca el acuerdo

suscrito entre la Fundación Internacional de la Salud y el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid y el Congreso Internacional de Pacientes. El apartado de Alimentación Saludable presentará el Premio Fisalud Cocina Saludable 2008 y al ganador de la edición de 2007, el *chef* Jesús Ramiro, a quien se le hará entrega del galardón. Por último, habrá un área dedicada al Medio Ambiente, un área de Transporte y Salud y un área de Salud Vial.

El evento, una iniciativa única en España, permitirá poner a disposición de las empresas españolas y extranjeras un lugar donde mostrar sus productos y tecnologías; crear un nuevo punto de encuentro y negocio en el sur de Europa para el tejido empresarial del sector sanitario, y dar a conocer a los profesionales de la salud y del sector los últimos avances en tecnología, equipamiento médico, productos y servicios.

Hasta ahora, en las cuatro ediciones celebradas de Fisalud, la Fundación Internacional de la Salud ha conseguido, entre otros logros, demostrar su capacidad organizativa, consolidando la Feria y superando cada año las cifras del anterior (ver el cuadro *Fisalud en cifras*), así como obtener el reconocimiento y la confianza de todos sus interlocutores, fruto de su estrategia y colaboración con las principales instituciones y organizaciones del sector sanitario. ■

## En busca de la excelencia

Desde su creación en 2004, la Fundación Internacional de la Salud orienta todas sus actuaciones hacia la búsqueda de la excelencia del sistema sanitario español. El objetivo de esta organización privada de carácter independiente y sin ánimo de lucro se basa en que el paciente reciba la mayor atención y el mejor tratamiento posibles.

Para el cumplimiento de ese objetivo, la Fundación fundamenta sus iniciativas en estas cuatro líneas de actuación:

1. El compromiso social de la promoción de la salud a la población en general.
2. La orientación al paciente y el apoyo a iniciativas de mejora de su calidad de vida.
3. La defensa, sin gremialismos, de las profesiones sanitarias.
4. La potenciación de la investigación biomédica en España.

### Fisalud en cifras\*

Concepto	2004	2005	2006	2007
Expositores	66	90	120	138
Aulas formativas	38	41	58	78
Cursos	38	78	160	200
Talleres	14	21	40	50
Visitantes	45.577	47.315	51.218	54.685

\* La organización espera que este año se superen estas cifras de 2007.



## “Apoyamos iniciativas profesionales innovadoras”

**PREGUNTA:** El principal objetivo de la Fundación Internacional de la Salud es “la búsqueda de la excelencia del sistema sanitario español”. ¿Con qué herramientas o acciones cuenta para ello?

**RESPUESTA:** Perseguimos lo que se ha denominado con acierto la medicina centrada en el paciente, que consiste en tratar de incorporar la perspectiva del paciente en la toma de decisiones del profesional sanitario. Creemos que para lograr esta ambiciosa meta se hace necesario mejorar la comunicación entre las instituciones sanitarias, los profesionales, los propios pacientes, así como las organizaciones públicas o privadas relacionadas con la salud. Desde la Fundación Internacional de la Salud tratamos de acercar la salud al ciudadano a través de numerosas actividades desarrolladas durante todo el año, al tiempo que desarrollamos programas formativos para profesionales. De entre ellas destaca la zona para el público general de Fiscalud. También desarrollamos programas de formación específicos para profesionales sanitarios, intentando ser un punto de encuentro y debate desde el que promover diferentes actividades de interés sanitario.

**P. ¿Cómo están representados los profesionales sanitarios en esa búsqueda de la excelencia?**

**R.** Los profesionales sanitarios son una pieza clave en el engranaje de la Sanidad y en la búsqueda de la excelencia de nuestro sistema sanitario. En nuestro país contamos con grandes profesionales comprometidos con su labor más allá de una perspectiva puramente laboral y totalmente dispuestos a dedicar su tiempo y esfuerzo por y para los pacientes. En el Patronato de la Fundación Internacional de la Salud tenemos el privilegio de contar con los presidentes de grandes ins-

tituciones sanitarias, completamente comprometidos con la Fundación. Gracias a sus aportaciones vamos alcanzando objetivos inimaginables cuando iniciamos este apasionante proyecto hace tan solo cuatro años. Desde nuestra Fundación tratamos de apoyar iniciativas profesionales innovadoras que tengan un carácter pluridisciplinar, donde cada profesional sanitario sea consciente de que lo que puede aportar con su intervención queda integrado en el proceso de atención al paciente.

**P. ¿Qué aporta Fiscalud al panorama de la salud en España?**

**R.** La Feria Internacional de la Salud surgió en 2004 con el objetivo de acercar la salud a los ciudadanos y ser un punto de encuentro en el que los profesionales, las instituciones, sociedades científicas y asociaciones de pacientes interaccionasen con la población en un ámbito diferente, centrado en la formación y la prevención. La Feria ha ido creciendo y ofreciendo cada vez más contenidos y propuestas en educación y promoción de la salud que cada año han llegado a decenas de miles de personas, 55.400 en la última edición. Con las dos zonas, una para el público general y otra para los profesionales, Fiscalud actualmente es el único evento en nuestro país dedicado a la formación en salud para los ciudadanos y a la actualización de conocimientos de los profesionales del sector.

**P. ¿Qué destacaría del Foro Internacional de la Salud?**

**R.** En primer lugar, se trata de un nuevo concepto de programa científico y de gestión para profesionales sanitarios porque es un “todo” que aglutina diferentes congresos, simposios, jornadas de trabajo, conferencias o debates internacionales en el que se congregarán expertos de



**CARLOS GALDÓN CABRERA**

*Presidente de la Fundación Internacional de la Salud (Fiscalud).*

diferentes ámbitos relacionados con el mundo de la Sanidad. De este modo, ponemos a su alcance una oferta formativa personalizada, ya que la configuración del programa es modular, es decir, cada profesional puede elegir diferentes módulos de los distintos programas que constituyen el Foro. Además, cada una de las partes que componen el programa del Foro ha sido desarrollada en colaboración con una institución de prestigio, lo que garantiza el rigor y el interés de los contenidos en cada materia. Otro aspecto importante es la calidad con la que se tratan los temas escogidos para el programa de este año, contando muchos de ellos con la acreditación correspondiente, tan valorada en las carreras de los profesionales sanitarios.

**P. ¿Qué espera de los contactos entre profesionales y empresas del sector sanitario?**

**R.** Las empresas tienen la oportunidad de presentar directamente a los profesionales los últimos avances, novedades o productos y los profesionales, por su parte, se actualizan en cuanto a últimos tratamientos, maquinaria, tecnología, etcétera. De esos contactos surgen relaciones profesionales, acuerdos e intercambios, pero lo más importante es que se genera y se renueva conocimiento por ambas partes, conocimiento que estoy seguro que en muchos casos podrá derivar en nuevos proyectos e iniciativas empresariales. ■



**MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA**  
Vicepresidente primero del Patronato de Fialud y de la Real Academia Nacional de Medicina.

**PREGUNTA:** La Feria Internacional de la Salud tiene un importante componente en educación sanitaria. En este sentido, ¿qué mensaje transmitiría a los actuales y futuros médicos de este país?

**RESPUESTA:** Uno de los problemas más frecuentes con que se encuentra un médico en la actualidad es descubrir que el paciente y la población en general tienen una información en salud mucho más importante de lo que habitualmente creemos. Acudir a una feria de esta naturaleza significa estar en contacto con la población y pulsar de forma directa sus preocupaciones e intereses en salud. Ver directamente, comprender y convivir con sus inquietudes es sumamente atractivo para nuestro quehacer diario. Hoy la cercanía al paciente y a la población es cada vez más importante, ya que vivimos una medicina nueva, muchas veces alejada de la profundización en la relación con el ser humano.

**P. ¿En qué consiste la participación de la Sociedad Española de Patología Digestiva en la Feria? ¿Y la de la Real Academia Nacional de Medicina?**

**R.** La Real Academia Nacional de Medicina es muy sensible a los problemas de salud relacionados con la población. Entiende que hoy no es posible estar al margen de la sociedad civil y que debe participar en sus preocupaciones. Ello nos lleva a comprender mejor la

nueva medicina y el tremendo calado social que tienen en la actualidad todos los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. La Real Academia trata en Fialud de hacer llegar a la población su propia historia tratando de acercar sus preocupaciones a las de la sociedad, así como establecer lazos que beneficien a todos. Tanto la Real Academia como la Sociedad Española de Patología Digestiva han estado desde la primera edición presentes en Fialud. Para los especialistas en Aparato Digestivo es muy importante poder transmitir a la sociedad sus desvelos y dedicación al mejor conocimiento y tratamiento de las enfermedades digestivas, y entiende que ayudar a conocer mejor estas enfermedades facilita mucho la relación médico-paciente y su entorno. Por ello los aspectos formativos son muy importantes, haciendo llegar a la población información, consejos y ayuda para combatir estas enfermedades.

**P. Una de las actividades de la Fundación Internacional de la Salud son los programas de formación para profesionales. ¿Cuáles son las necesidades formativas del médico español? ¿Qué ha de hacerse, en su opinión, en este sentido?**

**R.** En una sociedad cada vez mejor informada es preciso que ésta sea de primera calidad. La comunicación con los pacientes forma parte de las habilidades que el médico debe conocer y poner en práctica de forma continua. La práctica médica acaba enseñando cómo comunicarse bien con los pacientes, pero cuando uno ha tenido una formación específica en esta área las cosas se hacen mejor. La tendencia actual es que estas habilidades de comunicación se aprendan pronto, por lo que parece muy apropiado que los estudiantes de

Medicina reciban formación en esta área y que, una vez acabada la carrera, profundicen en ella con cursos de formación continuada.

**P. Las nuevas tecnologías acercan la Medicina al paciente, pero a veces también le alejan...**

**R.** Esto viene ocurriendo, sin duda, en los últimos años. Cada vez son más los pacientes que acuden a Internet para tener información adicional sobre su enfermedad. Esto hace que en ocasiones acudan a páginas *web* donde la información no es precisamente la más adecuada, creando distorsiones en la relación médico-paciente. Cada vez son más los médicos que aconsejan al paciente sobre el buen uso de Internet, recomendando incluso determinadas páginas muy contrastadas. El uso indiscriminado de Internet por parte del paciente le hace en ocasiones dudar de la actualización del médico y a veces exige actuaciones que no están sostenidas científicamente.

**P. Razones para que sus colegas visiten Fialud...**

**R.** Fialud es un espacio único en el que la multidisciplinariedad y la convivencia es de gran valor para los médicos. Ver en directo aspectos en los que no convivimos día a día, las preocupaciones de los pacientes y sus familiares, soluciones a muchos problemas alejados de nuestra práctica diaria, y un largo etcétera de situaciones, hace de Fialud un lugar tremendamente atractivo para ser visitado por los médicos. Hemos conocido a médicos que han ido en otras ediciones y se han quedado sorprendidos por sus contenidos y utilidad, habiendo repetido sus visitas en varias ocasiones durante los días que dura. ■

**“Fialud es un foro muy atractivo para los médicos”**



## Premio Fisalud Cocina Saludable

*La Fundación Internacional de la Salud concede el II Premio Fisalud a la Cocina Saludable con el propósito de concienciar y divulgar la importancia de una alimentación correcta y saludable, así como de reconocer la labor de una persona o entidad relacionada con el ámbito de la alimentación sana, la nutrición o gastronomía. Este premio galardonada la trayectoria profesional relevante de la persona o entidad que haya participado en el Aula de Cocina Saludable, en el marco de la Feria Internacional de la Salud, preparando una receta de la cocina española. El premiado es seleccionado por un jurado compuesto por personalidades del mundo de la gastronomía y de la salud y elegido por el comité organizador de la Feria. En esta ocasión el premio ha recaído en el vallisoletano Jesús Ramiro.*

### Jesús Ramiro, Premio Cocina Saludable

## “Mi gran reto es que la cocina sea sana sin renunciar al sabor”

**PREGUNTA:** ¿Qué supone para usted haber sido galardonado con el II Premio Fisalud Cocina Saludable?

**RESPUESTA:** Durante mi carrera he recibido muchos premios, pero éste sin duda es el más importante. Mi gran reto desde hace muchos años es, por supuesto, que mi cocina sea sana sin tener que renunciar al sabor. Creo que en España somos pocos los cocineros que tenemos la salud como condición cotidiana a la hora de elaborar los platos, y los cocineros que no lo hacen deberían preocuparse por ello. Si no lo quieren hacer por los clientes, creo que tampoco lo harán por ellos, pues ellos comen todos los días de lo que cocinan y mejorarían su salud con una buena y saludable cocina; y como he dicho antes, no por ello los platos van a estar menos sabrosos.

**P. ¿Qué elementos caracterizan a su “cocina saludable”?**

**R.** Los elementos que utilizo en mi cocina son como los de una cocina normal que puede haber en cualquier restaurante, pero a la hora de cocinar procuro que el menú sea muy equilibrado, desgrasando todo lo po-

sible las salsas y no utilizando mantequilla y nata líquida, que son dos ingredientes prohibidos en mi lista de la compra. Pero para mí, otra cosa muy importante es cómo cocinarlo. Otra técnica es la cocción a baja temperatura al vacío, que al no pasar de 100 °C mantenemos en su interior una mayor parte de propiedades que en una cocción tradicional y por el exceso de temperatura perdemos. Además, al elaborarlas no tenemos que añadir ninguna grasa adicional, aunque un poco de aceite de oliva no le va nada mal, y más teniendo en cuenta que no lo sometemos a altas temperaturas.

**P. ¿Cómo comenzó su carrera gastronómica?**

**R.** Comencé por necesidad y además de casualidad. Tenía que trabajar y, por suerte, el primer trabajo que encontré fue en una cocina, que a día de hoy no podría vivir sin ella. Llevo 37 años y estoy cada vez con más ganas de aprender, de crear y de desarrollar proyectos por diferentes partes del mundo. Ahora mismo estoy respondiendo desde Chicago; mañana me voy a Cap Cana, un nuevo complejo turístico que se está desarrollando en



el Caribe; y luego a mi restaurante de Puerto Rico y el de Valladolid. Para el año 2010 abriremos también una consultoría gastronómica en Nueva York.

**P. ¿Cuáles son platos típicos que nunca faltan en su menú?**

**R.** Nunca faltan los platos típicos de mis raíces, Castilla y León, ya que cuento con la mayor variedad que cualquier cocinero pueda desear y con una calidad insuperable. Estoy acostumbrado a cocinar con otras materias primas por diferentes partes del mundo y trato de tener las de mi región, ya que no se pueden comprar. Tenemos la mejor despensa del planeta. ■

# Feria Internacional de la Salud

Tecnología sanitaria, innovación farmacéutica y biotecnológica

Del 26 al  
29 de Noviembre



# fisalud

ZONA PROFESIONAL

Entrada exclusiva  
para profesionales  
del sector sanitario

2008

IFEMA  
Centro de  
Convenciones Norte

## Programa Científico del Foro Internacional de la Salud

- Atención Primaria
  - Jornadas de Actualización para Médicos de Familia
  - Jornadas de Actualización para Pediatras
- Jornadas de Gestión Sanitaria
- Jornadas Profesionales de Formación
- Jornadas de Salud Laboral
- Jornadas Profesionales de Psicología y Salud
- Reuniones de trabajo para especialistas
- Simposios profesionales paralelos
- Jornadas Sanitarias de la Cámara de Comercio de Madrid
- Conferencias y Debates Internacionales

en

Feria de  
Madrid

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

902 366 204

Organiza



Fundación  
Internacional  
de la Salud

Colaboran



Comunidad de Madrid  
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA



Comunidad de Madrid  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Consejo General de Enfermería



Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos



Real Academia de Medicina

**Premios  
2009**

**Medical Economics**

**V  
Edición**

- ◆ **Medical Economics celebra la V edición** de los galardones que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones del mundo de la Sanidad cuya labor ha sido más destacada a lo largo de 2008.
- ◆ **Estos galardones fueron instituidos para reconocer** públicamente a las citadas entidades, considerando en la distribución de las diferentes categorías el lema que rige la publicación, centrada en la información al médico sobre estrategias para la mejor gestión profesional de su ejercicio clínico, con especial preocupación por la atención al paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.
- ◆ **En la página web de Medical Economics, [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com),** encontrará las categorías que configuran el palmarés de esta edición de los premios, para cuya elección final recabamos su colaboración emitiendo su voto.
- ◆ **La entrega de galardones tendrá lugar en Madrid** el jueves 29 de enero próximo, en un acto que reunirá a todos los sectores profesionales de la sanidad española.

## **IMPORTANTE**

Como lector de MEDICAL ECONOMICS le animamos a emitir sus votos antes del 30 de Noviembre a través de la página web de la revista

**[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)**

## LA EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

# ¿Estrategia empresarial o interés creado?

La externalización de servicios hospitalarios en la sanidad pública conlleva una decisión política que no siempre se ajusta a criterios socio-económicos. Muchos la ven como una fórmula de privatización y, otros, como una necesidad. La polémica se eleva de tono cuando se trata de externalizar servicios médicos. En este caso, los defensores del outsourcing decrecen porque se detectan más inconvenientes que ventajas.



---

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

---

**E**l llamado *outsourcing* o externalización de servicios resulta natural y hasta necesario en casi todos los sectores económicos. De hecho, es una práctica habitual en multitud de medianas y grandes empresas donde se aplica el dicho de “zapatero a tus zapatos”. Pero en el sector sanitario es diferente, más aún, suscita polémica, especialmente cuando se trata de externalizar servicios médicos, como laboratorios de análisis clínicos o servicios de diagnóstico en la sanidad pública. Ahí están al respecto los casos e intentos llevados a cabo en Madrid y la Comunidad Valencia, considerados prácticas privatizadoras.

No queda claro que la externalización de algunos servicios médicos, como los señalados, sea del todo beneficioso o positivo para el hospital en cuestión o la organización sanitaria de que se trate en su conjunto, profesionales y pacientes incluidos. Desde un lado se aducen las ventajas del *outsourcing*, tanto en disminución de costes, manteniendo la calidad, como en re-

ducción de tiempo de espera. Desde el otro, se crítica y rechaza la medida por obedecer exclusivamente –dicen– a razones económicas, afectar laboralmente a los profesionales sanitarios y hasta arriesgar la seguridad de los datos de salud de los pacientes.

Para aclarar esas y otras cuestiones, MEDICAL ECONOMICS convocó a una mesa redonda a expertos como José Enrique García García, director ejecutivo de Gestión del Grupo Flisa (Grupo Fundosa/ONCE); María Luisa Lara, *senior manager* experta en Sanidad de Accenture; César Sánchez Álvarez-Pedrosa, profesor emérito de Radiología y asesor científico del Centro de Imagen Diagnóstica; Marciano Sánchez Bayle, presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; y José Soto Bonel, director gerente del Hospital Clínico San Carlos. El acto estuvo moderado por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Es el outsourcing o externalización de servicios (sanitarios y no sanitarios) una privatización, una forma de gestión o simplemente un contrato entre las partes?*

**MARÍA LUISA LARA:** Si estamos hablando de externalizar servicios clínicos o diagnóstico, para mí sería una forma de privatizar ese servicio. Otra cuestión es cómo abordar el modelo de gestión a la hora de hacer el *outsourcing*. En Sanidad, igual que en otros sectores, todo eso se puede externalizar. Ahora, dependiendo de cómo de verticalizados estén los servicios en cada una de las áreas clínicas –en el hospital o

en el centro de salud–, se pueden externalizar algunos de los procesos. Pero el servicio en sí no se puede externalizar, eso sí que sería privatización. Si un departamento de análisis clínicos o de laboratorio clínico completo se externaliza, eso sí es una privatización. Otra cosa es que la diagnosis y la gestión sigan perteneciendo al hospital. Pero todo lo que es la logística de envío de datos, muestras, etcétera, sí que se puede externalizar.

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Se puede llegar a hacer una privatización y a la vez una fórmula de gestión que contenga no sólo aspectos económicos, sino que además

radique en aspectos sociales. Por ejemplo, en nuestro caso, medidas que a la vez contribuyan a crear empleo para personas con discapacidad o de difícil inserción. La Fundación ONCE, a través de sus empresas, ha empezado a desarrollar actividades, procesos y servicios en el sector sanitario, como Personalía, una empresa que se dedica a la gestión de residencias de la tercera edad, con un amplio número de personas que tienen movilidad reducida, incluso problemas de discapacidad psíquica. En los servicios no sanitarios tendemos a un modelo de gestión que no solamente sea una especie de ceder el servicio y despreocuparse, sino que nosotros queremos estar como compañeros de viaje. Pueden funcionar los aspectos de reducir costes, pero a la vez de mejorar la calidad de los servicios, al final revierte en los pacientes y contribuye a que el servicio sanitario sea mejor.

**CÉSAR PEDROSA:** Si hablamos de externalizar servicios, estamos hablando de un contrato para externalizar zonas concretas de trabajo. ¿Llamaremos a eso privatizar? No es exactamente correcto mientras sean servicios que das a una parte del con-

tro, como hacen en Estados Unidos. Allí, externalizar muchas veces es contratar al propio grupo para que lleve la gestión del departamento, pero aquí en España eso no existe en la sanidad pública.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** El diccionario de la RAE, en su vigésimo segunda edición, dice que privatizar “es transferir una empresa o actividad pública al sector privado”. Otra cosa es la idea que nosotros tengamos de que esa privatización sea buena, mala, regular o que se debe de ejecutar para tales o cuales cuestiones. Pero mientras sigamos hablando en este idioma, externalizar es privatizar.

**MARÍA LUISA LARA:** No es lo mismo la gestión de una actividad que la responsabilidad de la actividad completa.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Actividad que estaba haciendo el sector público y que se ha externalizado. Ejemplo, la contratación de la limpieza de los centros hospitalarios con empresas ajenas. Esto fue a finales de los años 70. La limpieza en los hospitales públicos la hacía personal del propio hospital y se privatizó esa actividad. Ahora, en muchos hospitales la limpieza la lleva una empresa privada. ¿Por qué se llega a esta situación? Se aduce el envejecimiento de la población, pero hay estudios que dicen que el impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario es mucho menor del que se le atribuye. Lo que sí tiene un impacto brutal sobre el crecimiento del gasto sanitario es la sobreutilización de la tecnología. Bien. La externalización se ha generalizado, básicamente por un problema, en mi opinión, ideológico. A partir de la reforma del Servicio Nacional de Salud inglés ha habido una creencia generaliza-



**“ Externalizar para reducir costes tiene sus ventajas y sus inconvenientes. En radiología, causa empobrecimiento”**

– César Sánchez Álvarez-Pedrosa

tenido, porque un hospital no puede ceder un departamento completo, como no sea al propio grupo de radiólogos que hay den-



José Enrique García García  
**DIRECTOR EJECUTIVO DE GESTIÓN DEL GRUPO FLISA**

“Actualmente existen empresas que, sin perder la calidad, prestan unos servicios eficientes a un menor precio”.



María Luisa Lara  
**EXPERTA EN SANIDAD DE ACCENTURE**

“Es lícito, pero no ético, el que médicos de un laboratorio clínico de hospital concurren a adjudicarse la externalización de su propio servicio”.

da de que la provisión privada, por el hecho de ser privada, era más eficiente y tenía un arbitraje muy importante sobre la pública. Es verdad que no es lo mismo externalizar la limpieza, aunque sea privatizar, que externalizar la radiología. En Estados Unidos hay muchas organizaciones médicas que contratan radiólogos que están en la India y forman un servicio de radiología desde la India, lo que crea problemas muy diversos. En algunos casos este tipo de cosas son muy útiles, como los electrocardiogramas que se mandan desde las áreas rurales hasta donde están los cardiólogos que los analizan, o las pruebas radiológicas que se mandan a los radiólogos.

**JOSÉ SOTO:** Dirijo hospitales públicos desde 1985, y ya había servicios gestionados por empresas privadas. Me parece que la externalización es un contrato de gestión. Entiendo la privatización cuando alguien cede la propiedad. ¿Por qué se produce esto? Estoy absolutamente convencido de que es con el objetivo de buscar eficiencia en el gasto o rentabilidad social. Se piensa que puede haber oportunidades de mercado que, habiendo captado conocimiento y habiendo desarrollado ese conocimiento, lo puedan hacer en mejores condiciones que tú. Vale, ahora, habría que evaluar en cada caso cuáles son las oportunidades de mercado. Hay gente que ha acumulado conocimiento y experiencia en limpieza, por ejemplo, y a mí me parece lógico que se plantee por qué gastar más si gastando menos ahorramos más y podemos emplear ese ahorro para renovar los sillones de los acompañantes de los pacientes en las habitaciones.

**CÉSAR PEDROSA:** Externalizar para reducir costes tiene sus ventajas y sus in-

convenientes. Eso, en radiología, causa un empobrecimiento del sistema interior, porque si no se invierte en nuevas tecnologías dentro, porque ya estás mandando el trabajo fuera, llega un momento que los servicios ya no están a la altura, que es lo que ha pasado, por ejemplo, en el servicio inglés de salud. El problema es que es muy probable que eso acabe por llevar a un resquebrajamiento de la moral del personal interior. Hay mucha gente que dice que un hospital bueno se basa fundamentalmente en un servicio de diagnóstico por imagen y un servicio de anatomía patológica de primer orden, y si no tienes eso, no tienes nada en un hospital. Eso plantea muchas cosas a nivel del radiólogo, como, por ejemplo, "comerse el marrón". Es decir, las pruebas fáciles se las hace un señor para ganar dinero y nosotros aquí trabajando las pruebas difíciles, las más complicadas, las que llevan más tiempo. O sea que entre los matices que tiene la externalización está el impacto negativo que produce sobre el personal. Yo estoy en contra de la externalización completa de servicios de radiología.

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Muchas empresas españolas tienen el servicio de *call center* en Latinoamérica, y nosotros presta-



**"Determinados tipos de externalización contribuyen a generar empleo para personas que de otra manera tendrían más difícil la inserción social"**

– José Enrique García



César Sánchez Álvarez-Pedrosa  
**ASESOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE IMAGEN DIAGNÓSTICA**  
"Estoy en contra de la externalización completa de servicios de radiología por el impacto negativo que produce".



Marciano Sánchez Bayle  
**PRESIDENTE DE LA FADSP**  
"Está claro que lo que se pretende en Madrid es privatizar los laboratorios de análisis clínicos porque hay intereses políticos y económicos detrás".

mos aquí ese servicio a empresas importantes y también al Ministerio de Sanidad y a varios hospitales. Con ello hemos creado empleo para personas con discapacidad.

**MARÍA LUISA LARA:** En la externalización se ceden los derechos de cómo hacerlo. ¿Cómo abordar la externalización? No se trata de un enfoque de necesidad o coyuntural porque se tenga un exceso de trabajo o de demanda, sino que cuando se aborda la externalización en mayúsculas debe ser desde un punto de vista estratégico, es decir, que se debe pensar qué quiero externalizar y por qué.



**“ Hay nichos de poder en los hospitales a la hora de contratar o externalizar servicios. Son reinos de Taifas”**

– María Luisa Lara

**MARCIANO SÁNCHEZ:** El problema es que, a veces, determinadas actuaciones que se hacen porque hay un pico de la demanda luego se consolidan y acaban privatizándose.

**JOSÉ SOTO:** Jamás había pensado yo que hablábamos de externalizar el servicio de radiodiagnóstico. Sería externalizar la gestión de la actividad de diagnóstico por imagen en radiología, o de la limpieza o del mantenimiento...

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Hay empresas para las que la rentabilidad social es tan importante como la económica. De he-

cho, nosotros la hacemos convivir tanto que resulta tan importante el resultado como la atención del enfermo.

**CÉSAR PEDROSA:** Si un sistema no va mejorando su calidad constantemente, se empobrece. Si los hospitales empiezan a abandonar parte de estas funciones no contributivas económicamente, al final eso va en perjuicio de la propia institución.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Hasta qué punto el Sistema Nacional de Salud, el sistema público de las comunidades autónomas, tiene necesidad de externalizar servicios médicos?*

**CÉSAR PEDROSA:** La Comunidad Valenciana ha externalizado todo el radiodiagnóstico por imagen, lo que ha sido un desastre. Se ha hurtado al personal sanitario del centro el conocimiento de las grandes pruebas, que son las que se externalizan fundamentalmente. Eso es un error garrafal, porque el individuo ve un tórax y luego ya no sabe nada del paciente. Es un desastre desde el punto de vista de la mecánica del trabajo. Además, el sistema es corrupto de entrada si no se controla. Conozco la empresa que lo hace en la Comunidad Valenciana, Eresa, y los valencianos han puesto denuncias. Un ejemplo de lo perverso que puede ser el sistema. No creo que el sistema sea perverso en sí, pero las garantías hay que establecerlas muy seriamente. En España, ¿quién controla la telerradiología?, ¿quién ha dicho aquí qué requisitos hay para que un individuo haga telerradiología? Aquí la picaresca funciona a diario. Hay que externalizar cosas, porque hace falta, pero también hay que establecer los controles de calidad necesarios.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Hay otro problema importante, que es la relación entre los clínicos y la gente que hace las pruebas diagnósticas. Existe una idea bastante consistente dentro de la Economía de la Salud y los políticos sanitarios en general de que la externalización es buena en sí misma, sin que hayan aportado pruebas claras de que eso es así. Por ejemplo, en los laboratorios que no son públicos en Madrid, y en los públicos también, hay unas diferencias tremendas en cuanto a controles de calidad.



José Soto Bonel  
**DIRECTOR GERENTE  
DEL HOSPITAL  
CLÍNICO SAN CARLOS**  
“Estoy absolutamente convencido de que la externalización se hace con el objetivo de buscar eficiencia en el gasto o rentabilidad social”.

**JOSÉ SOTO:** Quien mejor servicio preste a menor precio, que lo preste. La clave en estos servicios que son multifactoriales y que no sólo evalúa el director del hospital, el jefe de servicio, o el médico, sino el paciente también, es garantizar que lo que tú tienes contratado por ese precio, es lo que se da y no otra cosa. Ahora, los contratos de la Administración pública son más farragosos de modificar o rescindir que los contratos privados. Y estoy de acuerdo en que hay más exigencia de controles desde la normativa administrativa de papeleo que de resultados. Pero estamos hablando de gestionar, de conseguir resultados. Desde ese punto de vista hay quien se ha planteado en algunos hospitales externalizar los servicios propios de laboratorio y se ha encontrado sorprendentemente con médicos de su mismo hospital concurriendo en forma de agrupación empresarial a esa gestión.

**MARÍA LUISA LARA:** Eso es lícito pero no ético.

**CÉSAR PEDROSA:** La externalización es muy buena para promover e intentar contratar, pero luego el control no se hace. Eso y el precio, porque resulta que se contrata en función del precio. Nadie da sanidad buena, rápida y barata, eso no existe. Cuando te ofrecen algo por menos dinero, habrá que ver por qué te lo ofrecen antes de meterte en jaleos. A un individuo en una ciudad española lo echaron de la clínica donde estaba, de la que era copropietario, y se montó por su cuenta. Contactó con la Junta de Andalucía e intentó contratar para hacer escáner en su nueva ubicación. Lo puso —estamos hablando de hace cinco o seis años— a 5.000 pesetas. Y a ese precio no se puede dar ni la hora. Pues lo contrataron. ¿Qué daba? Un escáner de hace 20 años, daba cuatro placas miserables. ¿Dónde estaba el control?

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Pero también existen empresas que, sin perder la calidad, te prestan unos servicios eficientes a un menor precio. Cuando una entidad, un hospital contrata por sí solo una serie de servicios no está en las mismas condiciones de contratarlo que cuando lo hace una gran empresa o una consejería de Sanidad, que contratan grandes volúmenes. Menor

precio y calidad no tienen por qué estar reñidos.

**MEDICAL ECONOMICS:** ¿Aprovechan las comunidades autónomas su poder de contratación a gran escala a la hora de externalizar servicios?

**MARÍA LUISA LARA:** Hay nichos de poder en los hospitales a la hora de contratar o externalizar. Son reinos de Taifas y no los puedes tocar. En Madrid hay de todo, hay servicios que se hacen a nivel comunitario y hay otros que se hacen a nivel de hospital; incluso el mismo servicio en unas ocasiones lo hacen a nivel comunitario y en otras a nivel de hospital. La externalización de los sistemas de información está ya a la orden del día en todas las comunidades autónomas.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Uno de los problemas que tiene el tema de los laboratorios en Madrid es que ese servicio ya se está prestando y existe la tecnología, existen los profesionales que están trabajando y que van a seguir trabajando infrautilizados,



**“ No se ha demostrado que los que externalizan más tengan mejores resultados que los que externalizan menos”**

– Marciano Sánchez Bayle

a la vez que esto se externaliza hacia otros centros. Eso lo que indica es que el interés de la externalización no es la búsqueda necesariamente, en este caso concreto, de la eficiencia o del mejor servicio, sino que hay otros intereses. Está claro, lo que se pretende es privatizar los laboratorios porque hay intereses políticos y económicos detrás de ellos.

**CÉSAR PEDROSA:** Creo que hay más razones que las políticas para externalizar los laboratorios, que necesitan mucho personal. El 70 por ciento de los costes en un hospital es el personal. Otra cosa es que la adjudicación se haga a fulano o a mengano, ahí sí que puede que haya...

**JOSÉ SOTO:** Un esquema de evaluación de la oportunidad y de la eficiencia de una externalización ha de pasar también por evaluar el coste de oportunidad de emplear a tu propio personal, claro que sí.



**"La externalización es un contrato de gestión. Entiendo la privatización cuando alguien cede la propiedad"**

– José Soto Bonel

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Pero a ver cómo reconviertes a las especialistas en bioquímica.

**MEDICAL ECONOMICS:** *En vez de externalizar servicios médicos a empresas privadas, ¿por qué no se crea una empresa pública y se centralizan ahí esos servicios?*

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Ésa es la tendencia, pero la decisión de la Comunidad de Madrid de crear un macrolaboratorio fuera de los hospitales y centros de especialidades provocó el rechazo del personal de los laboratorios de análisis clínicos, pues dejaba sin contenido de trabajo a gente que está ahí trabajando y que va a seguir cobrando. En las externalizaciones muchas veces hay un contenido ideológico detrás y se hacen las cosas sin que las cuentas estén lo suficientemente justificadas. En el caso de los laboratorios, todas las sociedades científicas de laboratorio de la Comunidad de Madrid se han opuesto de manera contundente y han ofrecido diversas alternativas para intentar reconducir la situación, y no ha habido nada que hacer.

**MARÍA LUISA LARA:** La Administración pública también se autoexternaliza o se especializa. Igual que se puede hacer un *call center* horizontal para cualquier comunidad autónoma, se podría hacer un laboratorio horizontal o un servicio de radiología, en el que no se tiene que externalizar a una empresa privada, sino que se utilizan todos los radiólogos de los distintos hospitales. Evidentemente, se tienen que quedar equipos para urgencias en cada uno de los

hospitales, pero al final es una forma de externalizar o especializarse.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Eso no es externalizar, es intentar optimizar.

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Ése es el modelo de hospital que se quiere construir en Cartagena.

**CÉSAR PEDROSA:** Hay otro tipo de externalización, que es la lectura de los estudios radiológicos. Tú produces y otro lee, aunque sea en la India. Eso es hoy el caballo de batalla de la radiología en el mundo entero, la telerradiología. Ahí entras en otro terreno que no tiene nada que ver con externalizar la producción y la lectura, sino que tienes gente que te ayuda en la lectura. Por ejemplo, si tú haces 100 casos y sólo puedes leer 50, pues 50 te los leen fuera. Lo que hace la Comunidad de Madrid es contratar a una empresa garantizada que lea las noches y los domingos para no pagar 2.000 guardias en 2.000 hospitales en la pública y en la privada.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué ventajas e inconvenientes, aparte de los ya apuntados, presenta la externalización de servicios médicos?*

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Nosotros vendemos que podemos generar apoyos a la empresa, al hospital, pero quizá es verdad que los gestores públicos muchas veces están más limitados. De hecho, nos hemos encontrado con algún gerente de servicios que nos dice: "Es que no puedo firmar ni cien euros en ese gasto". Las economías de mercado, la especialización, todo esto no debe contribuir nada más que, sin detrimento de la calidad, a un ahorro. Determinados tipos de externalización pueden contribuir, como es el caso de las empresas de la Fundación ONCE, a que esta externalización que estamos teniendo de muchos servicios públicos lo derivemos a generar empleo para personas que de otra manera tendrían más difícil la inserción social.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** Cuando se externaliza un servicio hay dos opciones. Una es recolocar al personal, si es posible, dentro de otra parte del hospital. Cuando en mi hospital se externalizó la limpieza, se centraron en celadores, administrativas y tal,

dependiendo de la cualificación de cada uno. Y otra opción es incluir en el pliego de condiciones de la externalización la absorción. Eso implica que sea relativamente fácil externalizar servicios muy básicos con personal con poca cualificación, y que resulte mucho más difícil hacerlo con personal cualificado, y ése es un problema. Normalmente, las condiciones laborales y económicas del sector privado suelen ser bastante peores que las del sector público, de manera que el personal que ya lleva un tiempo de experiencia medio no se quiere pasar al sector privado. Yo preferiría que no se externalizara nada, pero entiendo que hacerlo con los servicios no sanitarios no plantea problemas fundamentales. En cambio, hay un bloque estratégico dentro del sistema sanitario, que creo que es muy problemático externalizar y con lo que estoy totalmente en contra. Primero, porque rompe con la integración de los servicios sanitarios, y la radiología es un ejemplo muy claro de la conexión que hay entre clínicos, radiólogos, etc. Las experiencias que ha habido han sido muy negativas. Está la experiencia de Valencia, que ha sido muy mala, y hay otra en el sector público en Galicia, que es METEC, una empresa que acaba de reasumir el propio Sergas porque ha habido muchos problemas de relación. Cualquier iniciativa de externalización debe tener un sistema de control de calidad potente.

**CÉSAR PEDROSA:** La externalización supone un alivio en servicios fuera de horas, en períodos vacacionales; puede potenciar la consulta con expertos en temas muy concretos. Pero en los departamentos de imagen, uno de los principales riesgos que hay es que se pierda el balance entre los casos sencillos y los casos complicados, que es un balance no solamente profesional, sino económico también. Es decir, los casos privados, los casos difíciles se quedan dentro y los de fuera son los baratos. El individuo que está fuera en una empresa escoge los casos que más le interesan económicamente y se desentiende de los resultados al final, que eso en medicina es nefasto. La transmisión de los resultados es muy importante, y los radiólogos locales, lo dije antes, perciben que “se comen ellos el marrón” y por menos dinero del que percibe probablemente el que está fuera. Si tú eliminas la gran cantidad de pacientes que no

tienen casi nada, estás impidiendo al individuo en formación que adquiera la base para detectar las verdaderas anomalías. Si se externalizan los servicios radiológicos, ¿van a tener acceso esos radiólogos de fuera a los estudios previos del paciente? La primera causa de error en radiología es no ver los estudios previos del paciente. Y respecto a los pacientes, hoy en España por ley se requiere el consentimiento informado. ¿Quién me pide el consentimiento informado? ¿El radiólogo que está dentro es el que va a hablar con un individuo de que otro individuo le va a hacer la prueba y eres el responsable de pedirle...? Esto suena a



Los expertos reunidos por *Medical Economics* debatieron sobre la externalización de servicios.

difícil solución. De manera que hay problemas muy concretos en la externalización de la radiología que obligan a que esto no se pueda hacer. Además, el tema de la protección de datos no se cumple para nada.

**MARÍA LUISA LARA:** Tengo que defender el *outsourcing* porque creo que provee flexibilidad y especialización. En el momento que no se gestione bien, la externalización es un error, no hay ninguna ventaja. Para mí no hay ventajas ni inconvenientes si no somos capaces de establecer un modelo de gestión o de nivel de servicio que regule realmente el acuerdo, el contrato o el marco de colaboración. Y tenemos el matiz de la Administración pública, la burocracia y la inflexibilidad a la hora de gestionar o de aplicar penalizaciones o beneficios o firmas o acuerdos.

**MEDICAL ECONOMICS:** ¿Hacia dónde se encamina el futuro de la externalización de servicios sanitarios, especialmente los médicos, en España?

**MARÍA LUISA LARA:** Es un modelo evolutivo y la externalización tiene que ir a más y va a ir más, no sólo a empresas privadas, sino a modelos de externalización, como Giscarmsa (Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), una empresa pública asociada a un servicio de salud que puede contratar con empresas privadas todos los servicios no sanitarios. Al final tiene que hacer horizontal o común ciertos servicios para ser más eficiente. Y con respecto a lo de los colores políticos... Hay empresas, como las que José Enrique representa aquí, que al final optan por equilibrar los modelos



Los participantes de la mesa redonda posan al término de la misma con los directores asociados de *Medical Economics*, Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

sociales. Creo que el color político, por lo menos en España, no es condicionante para la externalización. La cita previa es otro servicio susceptible de externalizarse.

**JOSÉ ENRIQUE GARCÍA:** Creo que ha quedado claro que se puede externalizar todo y sí que es verdad que hay que poner unas reglas del juego que nunca vayan en detrimento de la realidad. Sabemos que se pueden tener ahorros. Y es verdad que lo que plantea más dificultad son los servicios sanitarios. Nosotros empezamos con unos servicios no sanitarios, pero creíamos que se podían introducir algunos sanitarios poco a poco. He hablado de residencias para mayores, pero también hablamos de ortopedia, de accesibilidad en los hospitales. Se puede hacer todo bien si al final ponemos unos campos, unos parámetros para que convivan el interés económico y el interés social.

**CÉSAR PEDROSA:** Decía el filósofo Francis Bacon: “O cambias las cosas o el

tiempo las cambiará”. De manera que estamos en otro mundo con dificultades económicas, que para qué vamos a hablar de ellas. Estamos metidos en el jaleo, el dinero es finito y hay que rentabilizarlo y utilizarlo bien. Soy defensor a ultranza de servicios de radiología fuertes, potentes y dotados en los hospitales públicos, pero creo también que con controles estrictos se debe hacer participar, sobre todo en estas cosas, la externalización de lectura, etcétera, porque contribuiría a ayudar a la asistencia.

**MARCIANO SÁNCHEZ:** ¿Qué va a pasar? Probablemente siga esa tendencia, creo que eso no tiene que ver con el sistema sanitario, sino con el sistema económico mundial, y salvo que haya un cambio muy claro en la tendencia, parece difícil que vaya a haber otra cosa distinta. Ahora, a mí me parece que no es deseable que esto se introduzca dentro de lo que son los servicios de salud pública, porque tiene muchísimos problemas la asistencia sanitaria, los servicios de recuperación, y en la práctica en nuestro país hay mucha diferencia de unas comunidades autónomas a otras, y esas diferencias no se han concretado ni en la mejora de la calidad ni en nada. Todavía aquí no se ha demostrado que los que externalizan más tengan mejores resultados que los que externalizan menos, lo cual da bastante que pensar. Repito: es más un componente ideológico y político que una evaluación socio-económica.

**JOSÉ SOTO:** A mí me parece que si estamos en un sector donde el conocimiento es tan costoso de adquirir y donde la educación de un hombre, que cuanto más especialista es más posibilidades tiene de desarrollar mejor su labor, entonces coloquemos nuestros esfuerzos en centrarnos donde nos toca, que es el corazón, que es atender al paciente. A veces nos faltan recursos y entonces la necesidad de externalización es vital. Resulta clave definir el servicio con todas las características, que no se olvide ninguna, porque teniendo el servicio estás precisando concretamente el nivel de calidad que tú demandas en él y, por tanto, estás marcando el contrato y el esquema de evaluación de ese contrato; y lanzas un tipo de contrato que tú quieres con todas las precisiones al mercado, y si encuentras mejores condiciones que lo que hacemos nosotros, evidentemente hay que externalizar. ■

 **Adalat® OROS**  
Nifedipino BITS



(Ver ficha técnica en pág. 22)

**Adalat®**  
**OROS**

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



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

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



# Glucobay®

Acarbosa

le ofrece el control



• Reducción de la hiperglucemia  
posprandial<sup>1</sup>

• Los estudios STOP-NIDDM y MeRIA<sup>7</sup> han demostrado  
prevención cardiovascular<sup>2,3</sup>



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 sobredosis 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 periodo 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 blíster inmediatamente antes de su administración. **5.4 Naturaleza y contenido del envase:** Glucobay® 50, comprimidos y Glucobay® 100, comprimidos se envasan en blísters de PVC-PVDC/aluminio o en blísters 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 - Nº de Registro: 59.419. Glucobay® 100, comprimidos - Nº 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.



**Cómo integrar social  
y laboralmente  
a las personas con discapacidad  
por medio del 'outsourcing'**

# La apuesta de Flisa por el sector sanitario

Flisa se halla fuertemente instalada en el sector sanitario, al que ofrece servicios integrales que van desde los procesos de lavandería hasta la esterilización de textiles y material quirúrgico, pasando por la provisión de todo tipo de uniformidad.

**E**n 1990, Fundosa Grupo, grupo de empresas de la Fundación ONCE, constituyó Fundosa Lavanderías Industriales (Flisa) como herramienta empresarial para generar empleo estable y de calidad para el colectivo de personas con discapacidad, como paso imprescindible para su plena integración social. Hoy, Flisa es un grupo empresarial líder en el sector de la lavandería industrial con una importante presencia en el sector hospitalario español, tanto público como privado, en el que, además, presta servicios de esterilización de textiles y material quirúrgico, gestión integral de residuos sanitarios y provee a sus clientes de toda clase de uniformidad, ropa plana y equipos de protección individual.

Las lavanderías Flisa son centros especiales de empleo (CEE) que se benefician de una gestión que combina rentabilidad económica y social. Sus beneficios los

destina a mejorar las condiciones de trabajo de sus empleados. Para ello invierte en formación, tecnología y en la creación de nuevos centros de trabajo.

Flisa es mucho más que una lavandería industrial, pues desarrolla un sistema integral de servicios que constituye los soportes de su compro-

miso con el cliente. Así, el procesamiento de textiles se desarrolla, ajustándose a las necesidades del cliente, bajo las fórmulas de lavado industrial (cuando la ropa es propiedad del cliente), *renting* (la empresa realiza la inversión en lencería, además de lavar la ropa) y gestión integral (el personal trabaja en las instalaciones del cliente).

Acorde con la filosofía y política de integración de la Fundación ONCE, la plantilla de trabajadores de Flisa está compuesta en su mayoría por personas con discapacidad, ya sea física, sensorial, mental o intelectual. Y ha establecido un fuerte compromiso con otros colectivos en riesgo de exclusión.

El Grupo Flisa entiende que la calidad de servicio es un derecho del cliente, y como tal, debe ser parte del estilo propio de las personas que componen su organización. Así, la vocación de servicio está basada en la proximidad, el conocimiento

el técnico y la calidad, lo que ha impulsado a la compañía a implantar una política de calidad, que se sustente en las siguientes premisas:

**1.** Conocer y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, así como los requisitos legales y reglamentarios que resulten de aplicación en cada caso.

## Flisa, en cifras

- \* Gestiona 29 centros en 11 comunidades autónomas.
- \* Procesa al año más de 150 millones de kilos de ropa.
- \* La inversión es superior a los 150 millones de euros.
- \* Las lavanderías emplean a cerca de 2.400 trabajadores, de los que más del 80 por ciento tienen alguna discapacidad.

2. Comunicar al cliente, con la mayor antelación posible, las incidencias que se puedan producir en la prestación del servicio y minimizar así el impacto que éstas puedan tener.

3. Procurar una mejora continua de la eficiencia de los procesos productivos y de gestión para ser competitivos en la relación calidad-precio.

4. Involucrar al personal, con sus aportaciones, en la consecución de la mejora continua.

Como consecuencia de ese planteamiento, los esfuerzos de la empresa se orientan en distintos ámbitos de actuación: la mejora constante de la capacitación profesional del personal mediante planes de formación anuales, la mejora e innovación tecnológica constante de las instalaciones para convertirlas en las más avanzadas del sector, y la detección de oportunidades de mejora en el sistema de gestión, mediante revisiones periódicas del mismo que garantizan su permanente adecuación e idoneidad a las exigencias de un mercado cada vez más competitivo y un entorno en constante evolución.

Junto con la calidad del servicio que presta, Flisa también apuesta por la calidad en el empleo. A tal efecto, trabaja en la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de todos sus centros desde una doble vertien-

te: la mejora de la ergonomía de los puestos de trabajo, adaptándolos a las necesidades específicas de la plantilla, y el impulso a un conjunto de medidas sociales destinadas a contribuir en la mejora de las condiciones laborales. Entre éstas figuran ayudas a la familia, para la formación, el deporte, ayudas técnicas y sanitarias.

Asimismo, Flisa está comprometida con el crecimiento sostenible y el respeto al entorno. Para ello trabaja en dos líneas de actuación:

1. Optimización de procesos, con lo que pretende conseguir tres objetivos: el empleo de fuentes de energía respetuosas con el medio ambiente, reducir el consumo de energía y materias primas por unidad física producida y reducir al máximo el aprovechamiento de residuos, realizando una correcta y rigurosa gestión de los mismos.

2. Formación y concienciación del personal acerca del impacto que sus actividades tienen sobre el entorno. De esta forma, Flisa im-



El Grupo Flisa entiende que la calidad del servicio es un derecho del cliente.

## Los clientes

Dentro del sector sanitario, el portfolio de clientes del Grupo Flisa, distribuidos por toda España, se compone de hospitales y clínicas del ámbito público y privado como Rúber, Cemtro, Barraquer, Sagrada Familia, Consorcio Hospitalario de Cataluña, Fundación Alcorcón, Valedoras y Son Llatzer; compañías aseguradoras, como Adeslas y Sanitas Residencial; la mutualidad L'Aliança; servicios autonómicos de Salud (Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Madrid, Murcia y País Vasco), y la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

El compromiso de Flisa con el cliente se sustenta en tres pilares: procesamiento de textiles ajustándose a las necesidades del cliente, con una gestión integral, es decir, el personal trabaja en las instalaciones del cliente colaborando en la gestión interna de la lencería; garantía de entrega de la ropa en óptimas condiciones de uso, a la hora y lugar acordados, y la seguridad de la prestación del servicio en todo el territorio nacional, lo que se lleva a cabo por medio de los 30 centros de trabajo que gestiona en 11 comunidades autónomas. En sus instalaciones, dotadas de la tecnología más avanzada, se procesan anualmente más de 150 millones de kilogramos de ropa.

En su afán por dar el mejor servicio, el Grupo Flisa realiza constantes renovaciones de su maquinaria (las máquinas de lavado incorporan microprocesadores en los que se programan los procesos), inversiones que se plasman en la mejora de la calidad del producto que entrega a sus clientes. El esfuerzo económico que ha requerido todo este proyecto de envergadura supera los 150 millones de euros.

pulsa el compromiso de sus empleados con el medio ambiente, tanto en sus actividades profesionales como en su ámbito particular.

Ese doble compromiso adquirido con la calidad y el respeto medioambiental se plasma en los certificados de auditoras externas, que avalan la forma de actuación y filosofía de mejora de la compañía en todos los ámbitos de influencia: entorno físico, empresarial y social.

En este sentido, todas las lavanderías de Flisa cuentan con la certificación del Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001: 2000. Además, los centros ubicados en la Comunidad de Madrid tienen el sello de Madrid Excelente, que reconoce la innovación y la calidad. Además, la empresa ha tramitado la Certificación

de Gestión Medioambiental según la norma ISO 14001: 2004, con el objetivo de avalar su actual compromiso con el entorno, mediante la certificación de las acciones y medi-

das que ya tiene implantadas. Con esa iniciativa ha diseñado e implantado un sistema integrado de gestión para integrar sus políticas de calidad y medio ambiente.

El esfuerzo que Flisa está realizando para implantar procesos y procedimientos sostenibles se ha visto recompensado con el Premio Europeo de Medio Ambiente a la Empresa

2007/08, sección española, en la categoría de Proceso para el Desarrollo Sostenible. Este reconocimiento le fue otorgado por su sistema de recuperación de aguas de vertido de lavandería industrial, un desarrollo propio del área de Ingeniería de Producto del Grupo Flisa. El sistema premiado supone una mejora ambiental, ya que reduce en un 56 por ciento el consumo del agua en la lavandería industrial, optimiza su uso al reutilizar el 75 por ciento del agua en dicha actividad y reduce en un 225 por ciento los litros de agua vertidos a la red de saneamiento pública. ■



Todas las lavanderías de Flisa cumplen la norma ISO 9001:2000.

## Las empresas

**E**l Grupo Flisa, además de las líneas de negocio de lavado industrial, alquiler de textiles y el servicio integral de gestión de lencería, ha integrado desde el año 2003 la gestión de las siguientes empresas:

**Fundosa Textil (Fundotex).** Dedicada a la producción y comercialización de prendas laborales de alta calidad y distribución de complementos de uniformidad, ropa plana y equipos de protección individual, entre otros, para el sector sanitario.

**Sistema Integrales Sanitarios.** (SIS). Su actividad se centra en la gestión integral de residuos sanitarios, cuyo proceso consiste en la recogida, transporte, tratamiento, almacenamiento y eliminación de los residuos hospitalarios y el suministro de envases. Tiene implantado el sistema Autoclave Dinámico Rotativo, tecnología americana basada en la esterilización dinámica, que ofrece las máximas garantías sanitarias, de seguridad y medio ambientales.

**Esteritex.** Creada junto con Sermed (Grupo ACS), está especializada en la esterilización de textiles y material quirúrgico. La esterilización de productos sanitarios se ha convertido en un campo muy especializado de la tecnología, donde se requiere una óptima calidad del control del proceso y del resultado. Por ello, todo el proceso está sujeto a normas internacionales de esterilización y, además, los esterilizadores cumplen la Directiva Europea de Productos Sanitarios.

## “Creamos empleo aun en tiempos de crisis”



**Alejandro Oñoro Medrano**

Consejero delegado del Grupo Flisa.

**PREGUNTA:** *¿Cuál es la relación del Grupo Flisa con el sector sanitario?*

**RÉSPUESTA:** Trabajamos con el sector sanitario público porque nos permite dar empleo estable de calidad a las personas con discapacidad. Más del 50 por ciento de la facturación de Flisa corresponde al sector hospitalario que ha externalizado sus servicios de lavandería. Y nuestro interés es ir creciendo en este tipo de contratos y dar a los hospitales servicios integrales, desde la recogida de la ropa hasta su distribución, ya limpia y esterilizada, a cada planta y sección del hospital.

**P.** *Pero no sólo de la lavandería vive el grupo Flisa...*

**R.** Tenemos una empresa, Esteritex, que se dedica a esterilizar el material instrumental quirúrgico y el textil. Esta actividad la hemos iniciado en Madrid hace poco más de un año, y nos han adjudicado algunos de los nuevos hospitales que se han puesto en marcha: Majadahonda, Parla, Coslada... También contamos con la empresa Sistemas Integrales Sanitarios (SIS), cuya actividad es la gestión integral de los residuos sanitarios. Aunque la gestión administrativa de estas empresas es compartida por el Grupo Flisa, en realidad forman parte de Fundosa Grupo, grupo empresarial de la Fundación ONCE.

**P.** *¿Cuáles son los proyectos y objetivos de futuro del grupo?*

**R.** El Grupo Flisa es líder en su sector en cuanto a número de plantas, kilos de ropa que lava, implantación en España... Lo que persigue es crecer. Acabamos de abrir una planta en Tenerife y el año que viene abriremos dos, en Galicia y en Cabra (Córdoba). Creemos que los servicios sanitarios públicos son un sector en expansión en cuanto a la externalización de servicios. En la Comunidad de Madrid debe estar externalizado no más de la mitad del servicio de lavandería hospitalaria. Y estamos creando empleo, nuestro objetivo principal, aún en tiempos de crisis.

**P.** *Flisa pertenece a Fundosa Grupo. ¿Qué pretende y cuál es su estrategia?*

**R.** Fundosa Grupo es la matriz y tiene una plantilla en torno a 7.000 personas, que sobrepasan las 15.000, si tenemos en cuenta las empresas en las que participa societariamente. El 70 por ciento son personas con discapacidad. Su filosofía es dar cumplimiento al fin fundacional de la Fundación ONCE, que es crear empleo para personas con discapacidad como paso previo a su integración en la sociedad. Éste es el objetivo básico que nos marcamos. Para ello combinamos rentabilidad económica y social.

**P.** *¿Cuál es su relación con el sector sanitario español?*

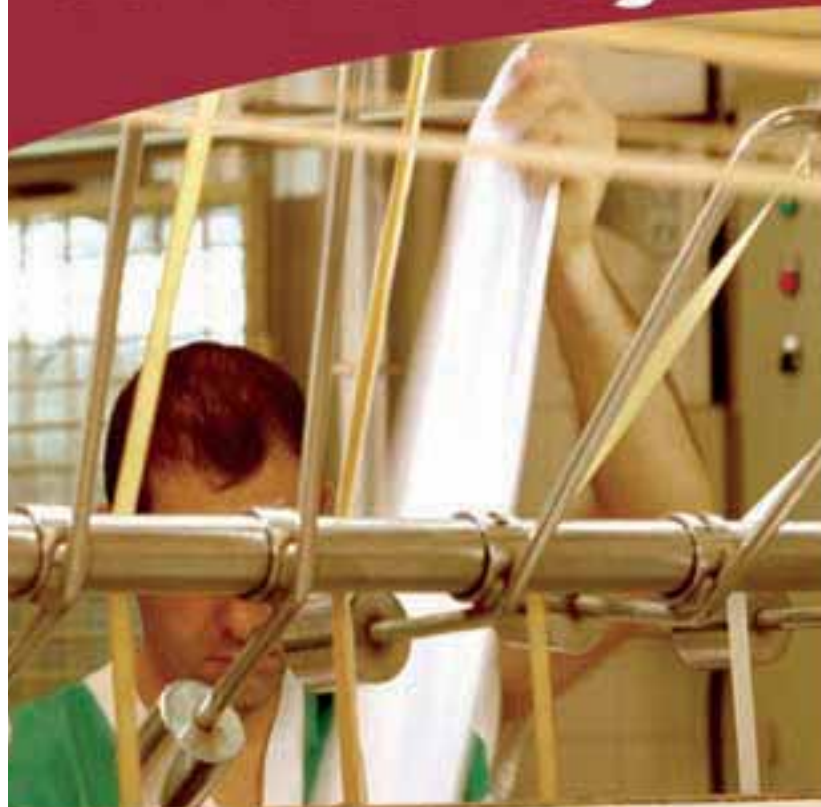
**R.** Igual que en Flisa, cerca del 55 por ciento de los ingresos de Fundosa Grupo proceden del sector sanitario público, a través de las empresas citadas Esteritex y SIS, y otras como Galeas, que cuenta ya con 70 tiendas en hospitales y es líder en el sector, con una facturación de unos 30 millones de euros y casi toda su plantilla son personas con discapacidad; MK Plan 21, que se dedica al sector de las urgencias y emergencias, y lleva el 122 y el 061 de España, es decir, todas las personas que responden a las llamadas son nuestras; otra empresa es Sertel, que presta servicio a entidades como Sanitas, Adeslas y a algunas comunidades, como Andalucía en temas como la cita previa. Y estos son los grandes campos donde Fundosa está presente en el sector hospitalario. Tenemos que estar en todo aquello que nos genere actividad y nos permita crear empleo. Estamos prestando otros servicios como el Servicio Integral de Gestión Documental.

**P.** *A los hospitales españoles les falta aún adaptarse a las personas con discapacidad...*

**R.** Los nuevos hospitales cumplen con las normas legales de accesibilidad y los demás se van adaptando poco a poco a las necesidades de este colectivo, aunque todavía tienen carencias importantes en cuanto a la eliminación de barreras, como en cualquier otro sector. ■



# Líder en Servicios Integrales de Lavandería



## Calidad de servicio y tecnología

- Especialistas en renting de ropa y lavado industrial
- Maquinaria de última generación
- Hospitales y residencias de mayor prestigio como clientes

## Cobertura nacional

Garantía de servicio en todo el territorio nacional



# 30 lavanderías propias a su servicio

### Oficinas centrales

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



# FORO CIENTIFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009



Secretaría Técnica

**DRUG FARMA**  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid  
Tel 91 792 13 65 • Fax 91 500 20 75

Contacto: Lourdes Panizo  
lourdes.proyectos@drugfarma.com

Información e inscripción

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



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

## Programas y Actividades

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

## ACTIVIDADES

### BIBLIOTECA

- Nuevo: "Competencias para el Grado de Medicina en la UCM"
- Nuevo: "Aspectos Médicos y Jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia"
- Consultar títulos previos y existencias en [www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)

### CÁTEDRA DE EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY - UCH

#### Premios CÁTEDRA FUNDACIÓN LILLY-UCH 2008

- Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Grado
- Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Postgrado y/o Formación de Especialistas

Presentación del libro "Competencias para el Grado de Medicina en la UCM" (15 de octubre 2008)

- Estudios
- Fonos
- ECOE

### FORMACIÓN

- Programa de Alta Dirección en Instituciones Sanitarias. IESE (prox. convocatoria: febrero 2009)
- Jornada "ENSEÑAR A SER MÉDICO: Metodología Educativa en Medicina" (10 de julio 2008)
- Jornada MEDES: "LA PUBLICACIÓN MÉDICA EN ESPAÑOL: Contribución a la Formación Médica Continuada" (4 de noviembre de 2008)

### FORO DE CIENCIA



II FORO: "Evaluación y priorización de la Investigación Científica en España" (24 de junio 2008)  
Informe disponible en [www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)

### MEDES \_ Medicina en Español

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

#### Entrega de los Premios MEDES 2008

- Mejor iniciativa Editorial en Español
- Mejor Publicación de Investigación Original en Español
- Mejor Publicación de Investigación Secundaria (4 de noviembre 2008)

Presentación de la base de datos bibliográfica MEDES

### PREMIOS FUNDACIÓN LILLY DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA 2009



#### Próxima convocatoria

- Investigación Preclínica 200.000 €
- Investigación Clínica 150.000 € (noviembre 2008)

### SIMPOSIOS CIENTÍFICOS

diabetes mellitus  
today/today



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

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



Directores: Miguel A. Piris · Manuel Morente · I Bernard Weinstein  
EUROFORUM Infantes, El Escorial, Madrid, 26 y 27 de marzo de 2009

### MÁS INFORMACIÓN:

C/ María de Molina 3, 1º • 28006 Madrid  
Tel.: 91 781 50 70 • Fax: 91 781 50 79 • [fundacionlilly@lilly.com](mailto:fundacionlilly@lilly.com)  
[www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)

# Impuestos

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

» Las ayudas sociales constituyen rendimientos del trabajo para sus perceptores y están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

» Los empresarios, profesionales o retenedores están obligados a comunicar el nuevo domicilio mediante declaración censal de modificación (Modelo 036).

### Gastos de una intervención

*¿Qué tratamiento en el IRPF tienen las ayudas para sufragar los gastos de una intervención quirúrgica por la entidad en que se trabaja?*

En principio las ayudas sociales constituyen rendimientos del trabajo para sus perceptores y están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF). Sin embargo, no se considerarán sujetas cuando se concedan para cubrir gastos de enfermedad no cubiertos por el Servicio de Salud o Mutualidad correspondiente y siempre que se destinen al empleo de las diversas fórmulas de asistencia sanitaria para reponer la salud del beneficiario. En el supuesto de que la prestación se concediera en relación con enfermedades o lesiones pero cuyo fin sea paliar o aliviar la situación económica del preceptor, la mencionada ayuda tributará en el IRPF.

### Gastos de transportes propios

*¿Están exentos de tributación los gastos por la utilización de medios de transporte propios en las visitas domiciliarias?*

Para determinar el régimen fiscal de los gastos de locomoción en los que se incurre por la utilización de medios de transporte propios, hay que distinguir si el titular del vehículo tiene una relación laboral y percibe una compensación por la utilización de dicho transporte o si realiza una actividad económica. Por ejemplo, los gastos de locomoción del médico empleado por un centro de salud estarán exentos de tributación en la cantidad que resulte de computar 0,19 euros por kilómetro, cantidad a la que procederá añadir los gastos de peaje y aparcamiento. Sin embargo, si este mismo médico realiza visitas domiciliarias como un servicio de su actividad económica, los gastos de locomoción en los que incurra serán deducibles siempre que el régimen que aplique para la determinación del rendimiento neto de su

actividad sea el régimen de estimación directa, tanto en su modalidad normal como en la simplificada.

### Finalizar un contrato temporal

*¿Está sujeta al IRPF la percepción económica al trabajador cuando éste finaliza un contrato temporal?*

Debido a que dicha compensación tiene lugar por la expiración del plazo convenido por las partes, no existe un perjuicio que la norma laboral obligue a reparar vía indemnización. Por este motivo su percepción está plenamente sujeta al IRPF y a su sistema de retenciones.

### Gastos de última enfermedad

*¿Son deducibles los gastos de última enfermedad satisfechos por los herederos en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones?*

Para que los gastos de última enfermedad satisfechos por los herederos sean deducibles en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, además de estar debidamente justificados, deben haberse producido en relación con la enfermedad que ha dado lugar directamente a la muerte del causante.

### Cambio de domicilio

*¿Cómo puede comunicar una persona física su cambio de domicilio?*

Los empresarios, profesionales o retenedores están obligados a comunicar el nuevo domicilio mediante declaración censal de modificación (Modelo 036). Las personas físicas que no tienen esta consideración deben comunicar dicho cambio a través de la declaración anual del IRPF o bien mediante la solicitud de devolución cuando no tengan la obligación de declarar. En ambos casos el cambio de domicilio se puede comunicar mediante la presentación en la Administración Tributaria de la correspondiente declaración censal (Modelo 030). ■

\* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de María Martínez. Para contactar: info@alescab.es

# medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada  
en búsqueda y selección de médicos  
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

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

# El nuevo paradigma de la relación médico-paciente

Siempre se ha dicho que “un médico es tan sabio como un padre”, pero ahora este modelo ha pasado de moda en las consultas.

Por Gail Garfinkel Weiss

La imagen del médico al que todos conocían como una persona de carácter paternal y al que el paciente admiraba profundamente, ha cambiado de manera radical.

Actualmente su relación con los pacientes está marcada por la cantidad ingente de información que estos tienen a través de la red, lo que está cambiando la práctica médica. Y nadie se ha parado a pensar en la transformación que muchos médicos están viviendo.

“La relación médico-paciente ha cambiado dramáticamente, entre otras razones, por la mayor necesidad sobre información relacionada con la salud que tienen los pacientes y la explosión de las nuevas tecnologías”, dice Paul M. Ross, un traumatólogo de Pawley. “Hoy los médicos no sólo tienen más conocimientos, sino que también le exigen más al médico. Además, el hecho de que hay más necesidades médicas, necesidad de servicios más urgentes, y la masi-

ficación de las consultas han contribuido a que cambie la relación médico-paciente.

Pero atender a los pacientes, todavía tiene sus recompensas, eso es seguro. Los médicos aprecian el trabajo bien hecho, y el agradecimiento de un paciente cuando se siente “bien tratado por su médico” no tiene precio.

Es raro que los médicos no sepan esto. Es más, los médicos aprenden día a día de sus pacientes y muchos profesionales ven esto como un plus. Los médicos suelen preferir atender a un número limitado de pacientes, ya no sólo debido a que la carga de trabajo que tienen en ese modo es menor, si no porque además, el paciente está mejor atendido.

Wesley J. Sugai, pediatra en Oklahoma, cree que el rápido crecimiento de un grupo de pacientes hace que la atención que dispensa el médico sea más impersonal. “Es cierto que ahora el paciente pertenece a un grupo disperso de gente y no hay una relación tan cercana”, dice.

“Se ha roto la relación médico-paciente”. La relación ahora es más fría, impersonal, insatisfactoria para ambas partes”. Además se ha incrementado el número de personas que van directamente al hospital y no pasan por Atención Primaria.

Ahmet Ucmakli, un médico de Primaria de Texas, se lamenta de que ya no exista confianza entre el médico y su paciente. “Existe una pérdida de confianza total”.

Dada su visión económica, y en ocasiones emprendedora, los médicos son como camareros que aconsejan lo que es mejor para el paciente para sus compañeros o sus amigos.

En Filadelfia Brad Sorolz cree que “la constante amenaza de litigios” ha perjudicado la relación médico-paciente.

Los médicos creen que otros cambios producidos en la sociedad, como el hecho de que los pacientes tengan más información disponible en Internet, ha ayudado a que cambie la relación de los profesionales con sus pacientes. Los pacientes demandan al médico más y más información, que en ocasiones no tienen. “Nos exigen ser como ordenadores en los que das a un botón y sale todo”, dice Sorolz.

Estos factores son los que cambian el día a día de la práctica médica, y no sólo cambian la medicina y su ejercicio, sino también la relación con los pacientes. De este modo, usted puede conocer el nuevo paradigma en medicina.

### Tanto que hacer y tan poco tiempo

Antes se decía, “El doctor Kamajian es mi médico”. Ahora: “Tengo el seguro Blue Cross”, dice el médico Steven Kamajian de Montrose, California. Hoy en día los pacientes parecen cambiar de seguro tan a menudo como los envejecidos actores se inyectan botox, hace que las relaciones largas médico-paciente sean cada vez más inusuales. El pediatra Eric J. Ruby de Taunton, Massachussets, recuerda con cariño los días en que varias generaciones de una misma familia acudían a la consulta del mismo médico, y ahora dice que “lamentablemente ya sólo se ansía la jubilación”. Además de ser culpadas de in-

terferir, las compañías de seguros, junto con los reguladores responsables de hacer cumplir la ley, son vistos como los principales responsables de que se acelere el ritmo de las consultas, tal y como denuncian médicos y pacientes. En realidad, las visitas duran tanto como antes de que varias organizaciones comenzaran a intervenir en los seguros”, dice el médico internista Norman Jensen de Madison, Wisconsin, presidente electo de la Academia Americana de la Comunicación en Salud.

Pero el tiempo entre médico y paciente es un recurso limitado. La necesidad de organizar el papeleo adicional, confirmar los beneficios, verificar que el seguro autoriza determinadas pruebas y garantizar el cumplimiento de diversos reglamentos, “se traduce en recortes a los preciosos minutos que médico y paciente deben utilizar en asuntos más importantes”, señala Jen-



Brad Sorolz cree que “la constante amenaza de litigios” ha perjudicado la relación médico-paciente.

sen. En esencia, ambos, el médico y el paciente, sienten como si hubiera prisa por acabar y esa percepción se ha convertido en la nueva realidad.

“Usted utiliza el tiempo de manera más eficaz si coincide con su estilo de práctica habitual y con las preferencias del paciente”, dice Daniel Wilkin, un médico de Emerson, New Jersey. “No hay necesidad de perder valiosos minutos describiendo al detalle posibles tratamientos para los pacientes que sólo quieren que les digan qué tienen que hacer”.

### Del papel de padre al de ‘colega’

La “superautopista de la información”, con su exceso de información médica, los debates, y el acceso a la real y supuesta red de expertos de varios continentes, ha hecho más difícil que nunca para los médicos mantener visitas de una forma tan vivaz, así como convencer al paciente de que el médico sabe mejor lo que le conviene. El ver este hecho como algo positivo o no depende de la calidad de la información aportada por el paciente, el tiempo necesario para revisar los datos, así como de lo có-

dicina, aunque algunas personas lo llamen progreso.

“El psicólogo Gregory Carroll, del Instituto de Comunicación para la Salud (CEO), ve en Internet una herramienta que no sólo ayuda a los pacientes a estar mejor informados, sino que además aumenta la voluntad de estos de responsabilizarse por llevar un estilo de vida adecuado. Pero él también comparte con la mayoría de profesionales el temor de que los pacientes se auto-eduquen. “Es difícil para los profanos diferenciar la información precisa de la hipérbola, por lo que se puede dar lugar a la desinformación y al fortalecimiento de hipótesis falsa”, dice Carroll. El debate de las vacunas y los niños autistas, por ejemplo, fue impulsado en gran medida por Internet y es un tema muy recurrido cuando los padres entran en la sala negándose a que vacunen a sus hijos.

Scott Katz, un pediatra de Tejas, hace hincapié en la seguridad de las vacunas y la falta de pruebas que desmientan una relación puramente causal. “Yo siempre les digo a los padres que si no consienten vacunar a sus hijos no puedo ser su pediatra”, dice. “Si los padres quieren poner a su hijo en riesgo al no vacunarlos, también

«La relación médico-paciente ha cambiado radicalmente con la desaparición del modelo tradicional de médico y la explosión de la tecnología»

—Paul M. Ross, MD



modos que nos sentimos cediendo en parte la toma de decisiones al paciente. El internista y psiquiatra Michael G. Goldstein, director asociado del Instituto de Comunicación para la Salud ([www.HealthCareComm.org](http://www.HealthCareComm.org)) en New Haven, Connecticut, aprueba que los pacientes se presenten con información que han recabado de Internet. “Hay pruebas de que los pacientes que están bien informados y participan activamente obtienen mejores resultados”, señala. Sin embargo, reconoce la dificultad que entraña tener que tomarse el tiempo para explicarles a los pacientes cuándo deben hacer caso o no de las informaciones que vean en Internet, o cuando éstas pueden incluso ser peligrosas y por qué. Por el contrario, Eric Ruby, que ha ejercido en Taunton durante 31 años, cree que el correo electrónico, los sitios *web*, y la moda de “busque su enfermedad en Google” dañan la relación médico-paciente y representan un obstáculo para el arte de la me-

me están poniendo en riesgo legal a mí, al entenderse que apruebo lo que hacen si consiento su conducta”.

Con la proliferación de Internet los pacientes con más experiencia y los propios médicos han trabajado para mejorar la educación de los pacientes. Omar A. Khan, un médico de Atención Primaria de Shelburne, Vermont, se esfuerza por mantener una “alianza terapéutica” animando a los pacientes a escribir artículos sobre sus enfermedades o dolencias, o simplemente a consultar sus dudas. “Mis pacientes no abusan de este ofrecimiento”, dice. “Sin embargo, parecen sentirse seguros de que sus preocupaciones son escuchadas y de que estoy abierto a aprender de ellos”.

Frederic Porcase, un médico de Jacksonville, Florida, ha adoptado un enfoque similar. Ahora me veo a mí mismo como un asesor y dirijo mi consejo haciendo que se decidan por los tratamientos, pruebas y medicamentos que yo re-

comendiando”, comenta. “Creo que esto me ha hecho un médico mejor”. Porcace reconoce que ser contradicho por un paciente puede ser desconcertante, pero subraya la necesidad de prestar atención a los pacientes cuando se autodiagnostican. Relata una dramática experiencia: “Uno de mis pacientes habituales, que sufría dolores de cabeza no incapacitantes y respondía correctamente a los analgésicos, pero él estaba convencido de que tenía un tumor cerebral. Yo estaba más convencido aún que él de que no tenía nada. Pero en su insistencia me exigí una resonancia magnética, y me quedé patidifuso cuando descubrí un enorme bulto en el cerebro. Afortunadamente, se sometió con éxito a la cirugía”.

### Las ventajas del nuevo modelo

Los médicos se están adaptando a sus nuevas funciones lo mejor que pueden. Dan Witt, una uróloga de Hoisington, Kansas, busca información en Internet con los pacientes y sus familias en su oficina. Potomac, MD, Ken Harkavy neo-

tes: estos se cambiaban de médico cada vez que cambiaban de seguro, insistían continuamente en acudir a especialistas, y debido a esto le inundaba la sensación de que se había convertido en una ordenanza en vez de ser un médico cualificada. Martin ahora ejerce en una comunidad rural en el sur de Maryland, donde “la gente prefiere el antiguo enfoque y no cambia de médico. “Ella incluso llama a sus pacientes a casa. “Charlo con mis pacientes, paso tiempo con ellos y me siento apreciada a diario porque sé que estoy marcando una diferencia en sus vidas”, dice. Para la mayoría, sin embargo, un retorno a los antiguos métodos es difícil o imposible. Los terceros contribuyentes con los que pactaron los médicos, el clima económico en el que nos movemos y sus pacientes no lo permitirían. El médico de Primaria Frederic Porcace está de acuerdo en que “la postura de los últimos decenios del médico que lo sabe todo ha de ser descartada a la hora de formar a nuestros futuros médicos”. Existen indicios de que empieza a ser así. Ber-

«Hay muchas pruebas de que los pacientes que están informados y participan activamente en su tratamiento obtienen mejores resultados»

—Michael Goldstein, MD

natólogo implica activamente a los padres en la toma de decisiones, apelando “al valor del verdadero consentimiento informado, y no sólo una firma en un papel”.

Wayne S. Strouse, un médico de Atención Primaria de Penn Yan, Nueva York, relata su transición de “médico que todo lo sabe y controla”, a médico consultor. Cuando se dio cuenta de que resistirse al cambio de la dinámica médico-paciente era una receta segura para el fracaso, Strouse renunció a la antigua función paternalista para optar por una actitud más parecida a la de asesor. “Ahora doy a los pacientes la información que necesitan, lo que les ayuda a decidir lo que mejor se adapta a sus necesidades”, dice. “Hay límites, por supuesto: los pacientes tienen derecho de pedirme lo que sea, pero yo también tengo derecho a decirles que no”. Desde su cambio de actitud, las jornadas de trabajo son más amenas y su relación con los pacientes ha mejorado notablemente, comenta Strouse. “Algunos médicos han rechazado la contundencia de este nuevo paradigma”.

Katherine A. Martin, por su parte, dejó San Diego, a causa de lo que consideró importantes obstáculos a superar en el cuidado a los pacien-

tram Prosser, que recientemente completó su segundo año en el Albert Einstein College de Medicina en Nueva York, dice que los profesores hacen hincapié en que la práctica médica debe ser una estrecha colaboración entre médico y paciente y, que en muchos casos, es necesaria también la familia de éste.

“A menudo nos dicen que los pacientes se han podido informar acerca de sus enfermedades a través de diversas fuentes, por lo que nuestro reto es ayudarles a tomar sus decisiones con la mejor información médica posible”, dice. “Siempre habrá pacientes que quieran que se les diga qué hacer, pero su número ha disminuido en una época en que prima el individualismo y que ha convertido en meros productos estandarizados a los médicos especialistas”. Como cuenta en una reflexión la filósofa Prosser, “Einstein tiene una ceremonia del uniforme desechable de quirófano para alumnos de nuevo ingreso, en lugar de la habitual ceremonia de bata blanca”. El cambio, dice Prosser, “refleja la creencia de que las batas blancas eran un símbolo de la separación médico-paciente, mientras que actualmente el médico es parte de un equipo de trabajo que busca ayudar a los pacientes”. ■

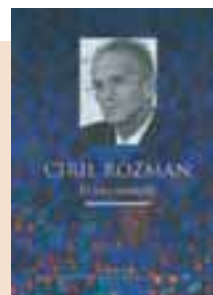


# Cultura

## LIBROS

### El reto asumido

**C**oordinada por Juan Maldonado y Miquel Rutllant, y editada por la Fundación Medicina y Humanidades Médicas, "Ciril Rozman. El reto asumido" constituye un homenaje a la vida del profesor Rozman, internista y hematólogo de origen esloveno que ha alcanzado en la medicina española la condición de figura indispensable. Sus más íntimos colaboradores, personalidades relevantes de la medicina nacional e internacional, sus discípulos, sus amigos y destacados miembros de la esfera política y social española, dibujan en esta obra la trayectoria humana, científica y profesional de una de las figuras más insignes de la medicina española de nuestro tiempo. "Nos sentimos orgullosos de pensar que con el paso de los años este libro será un fiel testigo de la vida de un hombre que supo aceptar sus propios compromisos y no dudó en asumirlos derrochando esfuerzo personal", afirman los coordinadores de la obra.



**Título:** "Ciril Rozman. El reto asumido". **Edita:** Fundación Medicina y Humanidades Médicas. 312 páginas

## EXPOSICIONES

### Escultura, pintura y fotografía en la Fundación Mapfre

**L**a Fundación Mapfre estrena nueva sede en el madrileño Paseo de Recoletos y tres nuevos proyectos en sus salas: "Degas. El proceso de la creación", "Entre dos siglos. España 1900", una visión del arte español en el cambio de siglo, y la serie fotográfica "Nicholas Nixon. Las hermanas Brown". Pablo Jiménez, director general de la Fundación, ha querido destacar su importancia y "la enorme satisfacción" que le produce poder presentarlas ya que, "hoy con mucho dinero no se consigue lo que sea, hace falta un proyecto serio".



### Bienal Internacional de Arte Contemporáneo de Sevilla

**E**n la era de las tecnologías de la información y la comunicación, en la que el mundo se encuentra cada vez más dominado por los medios, una mirada contemporánea a la relación entre arte, ciencia, tecnología, arquitectura y medio ambiente, bajo el título 'youiverse', será la propuesta de la tercera edición de la Bienal Internacional de Arte Contemporáneo de Sevilla (Biacs3), que se celebra hasta el 11 de enero próximo. La Biacs3 tratará de representar cómo las últimas tecnologías nos abren la puerta a un mundo desconocido en el que el núcleo de las relaciones entre ciencia, arte y tecnología es el ser humano.



## ESPECTÁCULOS

### Una noche con 'El Brujo'

**R**afael Álvarez 'El Brujo' ha vuelto a los escenarios con un espectáculo que rinde homenaje al público. En "Una noche con El Brujo", Álvarez habla de su infancia, de sus primeros maestros (Miguel Narros o José Luis Alonso), de su abuela y del cura de su pueblo. Textos de Fray Luis de León ("La canción de la vida solitaria"), Francisco de Quevedo ("Gracias y desgracias del ojo del culo") y San Juan de la Cruz ("Una noche oscura del alma") conforman también el grueso de esta función en la que se intercala el humor propio del artista. "Trabajo mejor solo y me va bien. Cuando hay más actores todo se vuelve muy complejo. ¿Para qué complicarme la vida?".

La obra permanece en cartel en el madrileño teatro Infanta Isabel (C/ Barquillo, 24) hasta el próximo 1 de febrero de 2009.



# Internet

## El papel se resiste al auge publicitario digital

La explosión publicitaria en Internet ha llegado a tal extremo que la reciente asamblea mundial de la Sociedad Interamericana de Prensa (SIP), que agrupa a 1.300 publicaciones periódicas del área iberoamericana y Europa, ha analizado en Madrid las soluciones del papel para sobrevivir ante el éxito de los medios digitales.

El dato que sobrevolaba la reunión era más elocuente que muchas de las reflexiones planteadas. Según la consultora Zenithmedia, la contracción de mercado publicitario en todo el mundo superará el 9 por ciento, mientras Internet va a ganar un 20 por ciento más que en 2007. La escalada publicitaria en la red se explica principalmente por la expansión de las redes sociales, el soporte que más valoran los anunciantes por delante de los *blogs* y los medios de comunicación digitales. A pesar de todo, la crisis también golpeará la inversión publicitaria en la red, ya que la inversión prevista de 8.000 millones de euros se quedará en 7.200 millones, mientras en 2009 se situará por debajo de los 7.000.

Para los participantes en la reunión de la SIP hay que recuperar para el periodista un papel central en la información, dado que la proliferación en Internet de comentarios, *blogs*, edición de imágenes, denuncias, etc., ha roto la frontera que separaba a emisores y receptores, poniéndoles ahora del mismo lado.

Reconociendo que los diarios de papel han tenido que potenciar sus ediciones digitales inyectando importantes recursos, surge una cuestión capital: ¿hay que juntar las redacciones de las dos ediciones —electrónica y tradicional— o separar lo más posible ambas porque nada tienen que ver los dos “lenguajes”? Eso sí, la principal conclusión, es que las publicaciones en papel tendrán que innovar para sobrevivir. ■



La prensa diaria debe buscar soluciones para sobrevivir ante el auge publicitario de Internet.

Si aprendes un idioma es algo duro en sus comienzos, aquí te divertirás aprendiendo. A través de chistes aprenderás vocabulario, verbos y oraciones para defenderte hablando inglés.

### UN VISTAZO A LA RED

#### Inglés divertido

Si aprendes un idioma es algo duro en sus comienzos, aquí te divertirás aprendiendo. A través de chistes aprenderás vocabulario, verbos y oraciones para defenderte hablando inglés.

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



#### Busca tu buena estrella

Si tienes imaginación, puedes crearte tu propio sistema solar de forma virtual. Cualquier amante de la ciencia-ficción estilo *Star Trek*, disfrutará de esta *web*. Dispone de una sección dedicada a la venta de libros y DVDs.

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



## CIBERCONSEJOS

### La CE a favor de la propiedad personal

La Comisión Europea ha respaldado el informe del Parlamento que descartaba otorgar control a los operadores de Internet. “Las operadoras no pueden restringir el acceso de los internautas ni los derechos fundamentales sin una autorización judicial previa”. El Pleno descartó que las operadoras deban ponerse en contacto con los usuarios cuando éstos cometan actos ilícitos en Internet.

### La chaqueta con enchufes

Ya esta a la venta, por más de 350 euros, una chaqueta-cargador de móviles o MP3 que contiene un panel solar ubicado en la espalda. La carga se acumula en una batería y, desde allí se distribuye a los enchufes, donde se conectarán los equipos. Los modelos de las prendas son de corte tradicional, además de ser impermeables. Se puede doblar y se guarda en un pequeño bolso de mano.

# Golf



Madrid Ladies Masters

## Nocera gana el Ladies Masters y es número 1 en Europa

El consejero de Deportes de la Comunidad de Madrid presidió la entrega de premios.

**G**wladys Nocera llegó al Madrid Ladies Masters con el objetivo de ser número uno de Europa. Y lo ha conseguido —y demostrado que lo es— al protagonizar una impresionante vuelta final que había comenzado con un doble *bogey* en el primer hoyo. Inmediatamente se sobrepuso y reaccionó nada menos que con cinco *birdies* en los siguientes seis hoyos, y otros cuatro más por la segunda vuelta por sólo un *bogey*, para firmar 67 golpes y un total de menos 11.

Nocera estaba emocionada tras su victoria. “Sabía que Madrid era un torneo muy importante para mí, gané hace dos semanas en Suecia y llegué al Open de Francia esperando hacer algo bueno, pero no lo logré. Ahora estoy muy contenta”, comenta.

Y añade: “Hoy empecé con un *bogey* tontísimo, pegué el *drive* hacia la izquierda, se me quedó complicada, fui al *bunker*, estaba en una posición difícil y no la saqué, la clavé otra vez... y metí un *putt* buenísimo a pesar de ser para doble *bogey*. A partir de ahí he pegado muy buenos hierros dejándolas cerca. En el 14 hice *bogey*, es el hoyo más difícil del recorrido y me fui al *rough* por la derecha; en el 16 fallé un *putt* para *birdie*, en el 17 lo metí desde 3 metros y en el 18 de metro y medio”. Alberto López Viejo, consejero de Deportes de la Comunidad de Madrid, entregó el trofeo y el talón a la campeona.

La catalana Paula Martí saldó la jornada final con 3 *birdies* y sin cometer un solo error, para 68 golpes y un total de menos 7 con los que acabó en segunda posición. Éste es para la barcelonesa el décimo *top 10* de la temporada, con el que ha ascendido a la séptima posición del Orden de Mérito New Star. “He jugado bien, he hecho todo lo que he podido, pero Gwladys ha jugado fenomenal”. ■



Gwladys Nocera ganadora del torneo y líder de la Orden de Mérito.

### La mejor feria de golf en Madrid

**M**adridGOLF, que este año se celebró del 24 al 26 de octubre en el recinto ferial de IFEMA, contó en su tercera edición con muchas e importantes novedades. Entre éstas, destaca el área de Entretenimiento y Aprendizaje, un espacio en el que el visitante pudo mejorar su forma física y calidad de juego. Los principiantes, además, contaron con clases especialmente diseñadas para ellos en esta área formada por diferentes secciones. La nueva área tuvo una zona de juego corto que, patrocinada por el Club Respuesta Empresarios de Telefónica, se componía de un *bunker* y un *green* para practicar y perfeccionar estos golpes, ayudados por los consejos de un profesor. También hubo divertidos concursos de *approach*. El Fitness Center, donde varios profesionales asesoraron al visitante sobre cómo optimizar su preparación física enfocada al golf, contó con un espacio de Pilates Golf, de gran utilidad a la hora de salir al campo. Además, se ofrecieron también *clínicas* colectivos para principiantes y profesionales a cargo de *gurus* del golf como Jim McLean, Jesse Ortiz, John Jacobs y Nick Middleton.

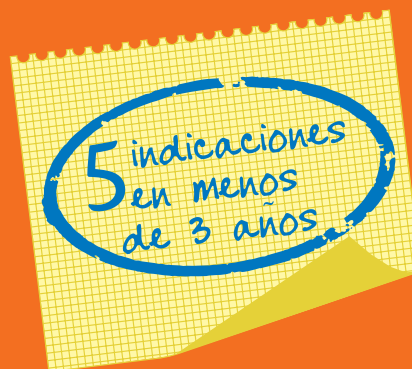
**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** CIPRALEX 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). CIPRALEX 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). CIPRALEX 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para la lista completa de excipientes, ver apartado 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. CIPRALEX 10 mg comprimido ovalo, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. CIPRALEX 15 mg comprimido ovalo, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y M" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. CIPRALEX 20 mg comprimido ovalo, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y N" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Los comprimidos de 10,15 y 20 mg pueden dividirse en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. CIPRALEX se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de su patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico solo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y las dosis deben reevaluarse regularmente. **Ansianos (> 65 años de edad).** Se deben considerar tanto el inicio del tratamiento con la mitad de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de CIPRALEX en el tratamiento de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** CIPRALEX no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver apartado 4.4). **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida ( $Cl_{CR}$  menor a 30 ml/min). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un período de, al menos, una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver apartados 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual. **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminoxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5). **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** CIPRALEX no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas (intentos de suicidio e ideas de suicidio), y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adopta no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiosgénico paradójico (ver apartado 4.2). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con ISRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o meses de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica común. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se traten pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Además existe la posibilidad de un incremento del riesgo de conductas suicidas en adultos jóvenes. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de estos hechos y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Acetisía/inquietud psicomotor.** El uso de ISRS/RSN se ha asociado con la aparición de acetisía, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud molesta y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañadas de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los ISRS en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cítmicos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Tratamiento electroconvulsivo (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO (ver apartado 4.5). **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptolano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban ISRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, midriasis e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5). **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver apartado 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo. El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada, el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo insomnio y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leves a moderados. Sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves. Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de suspensión del tratamiento, sin embargo en raras ocasiones se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida. Normalmente estos síntomas son autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente la dosis durante un período de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver "Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento" en el apartado 4.2). **Embarazo coronario.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminoxidasa (MAO) y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, no está recomendada (ver apartado 4.4). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precauciones de uso: Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram (ver apartado 4.4). **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán u otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepressivos tricíclicos, ISRS), neurolepticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), melfloquina, bupropión y tramadol). **Litio, triptofano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptofano, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrpicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecaicidina, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, ej. antidepressivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridacina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir drásticamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. EMBARAZO Y LACTANCIA. Embarazo.** Con escitalopram se dispone solo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazadas. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. CIPRALEX no debería usarse durante el embarazo o no ser que sea estrictamente necesario y solo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. Se debe vigilar a la recién nacida si la madre continúa tomando CIPRALEX durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se debe evitar la suspensión brusca durante el embarazo. Los siguientes síntomas pueden aparecer en el recién nacido de madres que han utilizado ISRS/RSN durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertonia, hipotonia, hiperreflexia, temblores, temblores, iritabilidad, letargo, lloro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas conocidas de los ISRS y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos; no son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ( $\geq 1/100$ ), frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ), poco frecuente ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ), raro ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/10000$ ) o desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/10000$ ). Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido: hombres y mujeres. Anorgasmia: mujeres. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ); Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/10000$ ); Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/10000$ ); Síndrome serotoninérgico. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Disinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Taquicardia. Rara ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/10000$ ); Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Sinusitis, bofetos. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente ( $\geq 1/10$ ); Náuseas. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal). Trastornos hepatobiliares. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Incremento de la sudoración. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Equimosis, angioedemas. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y óseo. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hombres: priapismo, ginecomastia. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Fatiga, pirexia. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Edema. Investigaciones. Frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ); Aumento de peso. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/1000$ ); Disminución de peso. Desconocido (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Pruebas de función hepática alteradas. Las siguientes reacciones adversas se han comunicado para la clase terapéutica de los ISRS: inquietud psicomotor/acetisía (ver apartado 4.4) y anorexia. Se han registrado casos de prolongación del QT durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes con enfermedad cardíaca previa. No se ha establecido relación causal. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** La suspensión del tratamiento con ISRS/RSN (particularmente si se realiza de forma brusca), frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leves a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se recomienda que se debería reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver apartados 4.2 y 4.4). **4.9. SOBREDOSIS. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicadas sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hiponatremia). **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1. LISTA DE EXCIPIENTES.** Núcleo: Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Talco. Gros Carmelosos de sodio. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa. Macrogol 400. Dióxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERÍODO DE VALIDEZ.** 3 años. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche: 14, 28, 56, 98 comprimidos. Dosis única 49 x 1, 56 x 1, 98 x 1, 100 x 1, 500 x 1 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (blanco), incluido en un estuche: 14, 20, 28, 50, 100, 200 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno: 100 (5, 10, 15 y 20 mg), 200 (5 y 10 mg) comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN.** Ninguna especial. **6. TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605. 08028 Barcelona, España. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** CIPRALEX 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 23,01€, P.V.P. IVA 23,93€. CIPRALEX 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 34,51€, P.V.P. IVA 35,89€. CIPRALEX 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 46,01€, P.V.P. IVA 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



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



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



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



Lundbeck  **Cipralex**  
escitalopram