www.elmedicointeractivo.com
LA SANIDAD DÍA A DÍA
Acceda desde su teléfono móvil

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1178. Diciembre 2016

Entrevistas

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica

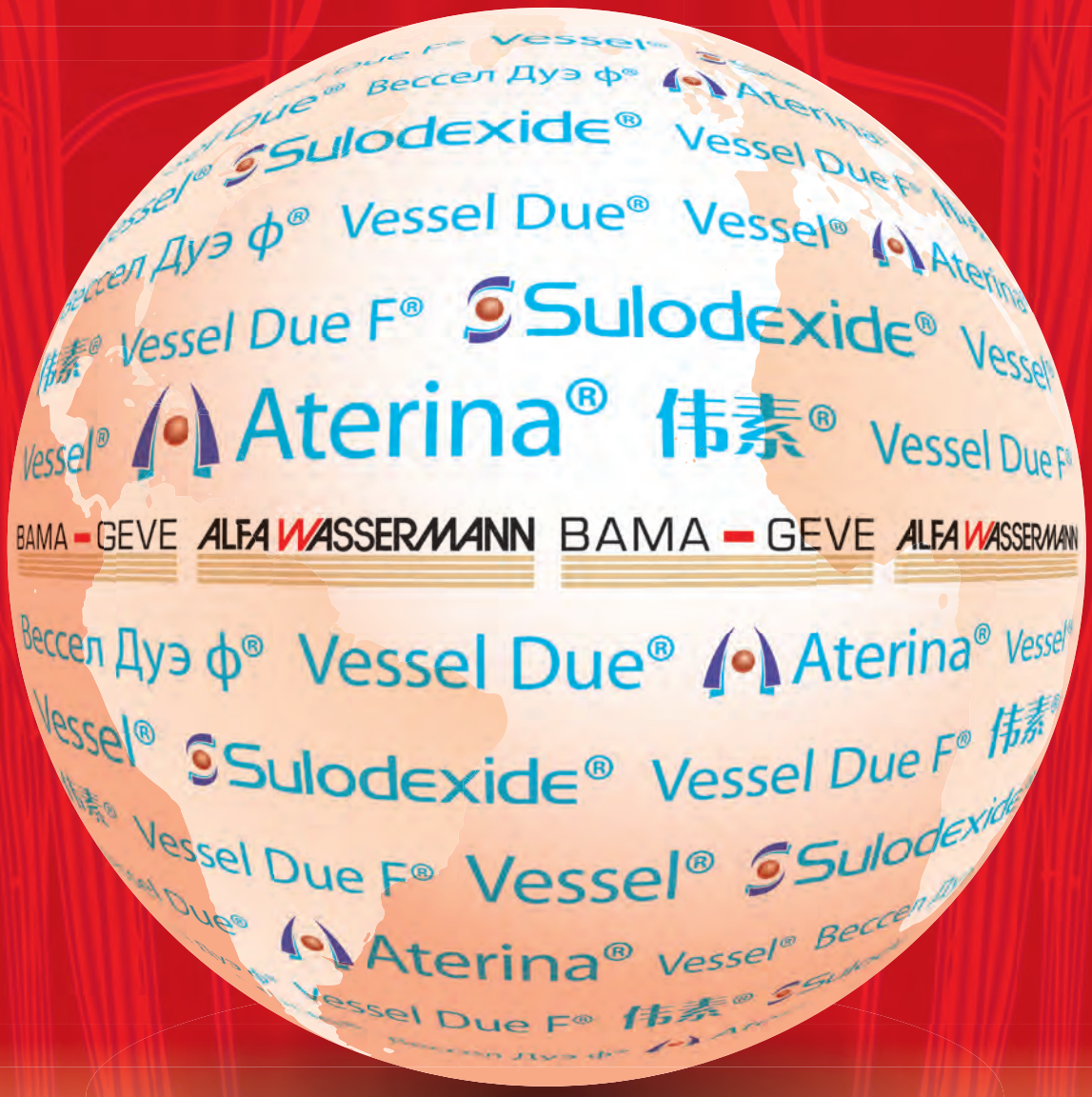
Presidente de la Asociación Española de Bioempresas

Investigación en Sistemas de Salud

Proyecto Marcaré: Manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular

Los desafíos de Montserrat para sacar a la Sanidad de la UVI

Aterina® Sulodexida



SULODEXIDA, la ÚNICA indicada en el TRATAMIENTO de la Insuficiencia Venosa Crónica

- **Aterina®** protege y restaura el endotelio vascular y mejora el flujo sanguíneo.
- **Aterina®** presenta un alto perfil de seguridad y una muy buena tolerabilidad.

Ficha Técnica en pág. 81

BAMA – GEVE
Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es - e-mail: laboratorio@bamageve.es - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92

SUMARIO

EN PORTADA

Los desafíos de Montserrat para sacar a la Sanidad de la UVI

Cuando el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, dio a conocer el pasado 3 de noviembre su nuevo gabinete y se supo que Dolors Montserrat era la nueva ministra de Sanidad, desde todos los ámbitos sanitarios se hicieron las dos mismas preguntas: ¿quién es Dolors Montserrat? y ¿qué hay de lo mío? Lo primero fue fácil de responder, porque aunque no tenga experiencia en el sector, Montserrat no es precisamente una desconocida en política; lo segundo lleva su tiempo, porque todos los colectivos profesionales, sindicales, empresariales y las sociedades científicas insisten en la importancia de solucionar primero "lo suyo".

14

FORO DE EXPERTOS

Antonio Torres Olivera

Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

8

Francisco José Sáez Martínez

Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

12

FACME

Entrevista a Julio Bobes García

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

20

ENTREVISTA

Felipe Rodríguez de Castro

Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

24

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

PROYECTO MARCARÉ:
Manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular. Práctica clínica actual

30

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Jon Guajardo Remacha
Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao y vicepresidente 2º de SEDISA
38

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Iñaki Lapuente
Coordinador del Plan de Cronicidad del Servicio Cántabro de Salud y miembro de la SEDAP
44

RADIOGRAFÍA A...

Obesidad, en curva de ascenso
50

MEDICINA INDIVIDUALIZADA

El desafío del *big data*: su empleo en gestión y en financiar la innovación
64

ENTREVISTA

Jordi Martí
Presidente de la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO)
58

OTROS TEMAS

Fue Noticia **70**
Instantánea Médica **74**
On-Line **80**
Sala de lectura **82**

La Revista EL MÉDICO desea a todos sus lectores una Feliz Navidad y un Próspero Año Nuevo.
Permanezca informado de toda la actualidad sanitaria a través de www.elmedicointeractivo.com

El Médico

EDITA: saned GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 08.
Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 10. *Suscripciones:* Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. *Teléfono:* 91 749 95 00.

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos y Ester Crespo

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaria de Redacción: Mar Pérez

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
http://www.elmedicointeractivo.com

Corresponsales colaboradores: Paco Romero, Iñaki Alonso, Ángeles Huerta, Anna Borau, Javier Granda, Antonio Pais, Jorge Sánchez, Mónica de Haro, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay.
Agencia: Europa Press.
Otras secciones: Derecho Sanitario: ASJUSA-ABOGADOS *y* Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas:* Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com.
Publicidad Barcelona: Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. *Distribuye*: SERGRIM.
Suscripciones: 10 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.
Asociación de Prensa Profesional APP Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.
DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. EmpresaPeriodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2016. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

TU EMPRESA PUEDE DAR PODERES MÁGICOS A LOS NIÑOS/AS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Más de 1.000 niños ya tienen sus poderes, pero aún hay muchos que no...

HOSPITALES PARTICIPANTES:

H.U. La Paz
H.C.U. Maternoinfantil Vall d'Hebron
Hospital Sant Joan de Déu
Hospital Clínico de Valencia
H.U. La Fe
H.U. Virgen del Rocío
H.U. Virgen Macarena
H.U. Reina Sofía
H.C.U. Virgen de la Arrixaca
H.U. Infantil Niño Jesús
H.U. Cruces
H.U. Basurto
H.U. Donostia
H.U. de Albacete
H.R.U. de Málaga

Poción de HÉROES

Queremos llegar a muchos más. ¿Nos ayudas?

FUNDACIÓN ATRESMEDIA

ids

www.pociondeheroes.com

La mirad

a maestra de la actualidad

Antonio
Torres Olivera

Francisco José
Sáez Martínez

La Gestión Clínica a debate

Autor Antonio Torres Olivera. Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Presidente del Comité Científico del 34º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y el 21º Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.

La gestión clínica es una herramienta de gestión que viene siendo en los últimos años un elemento central del debate en el Sistema Nacional de Salud. Es un hecho que, aunque de una manera muy variable, los diferentes servicios de salud de nuestro país la están abordando, introduciendo con mayor o menor intensidad experiencias de carácter fundamentalmente organizativo. El propio gobierno central ha impulsado la elaboración de un borrador de real decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las unidades de gestión clínica en el ámbito de los servicios de salud, borrador que sigue en el complicado recorrido de su tramitación y que recientemente el propio Consejo de Estado ha sugerido que debería tener rango de ley.

Antonio Torres Olivera

La Sociedad Española de Calidad Asistencial celebró en octubre la 34ª edición de su Congreso anual en Córdoba junto con la 21ª de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Este evento, que reunió a un nutrido foro de profesionales de la salud, se hizo muy interesante debido al carácter multidisciplinar de sus componentes, donde convivieron clínicos y gestores. El congreso estableció, como eje central del contenido científico, el análisis de la gestión clínica desde diferentes perspectivas: la relacionada con la puesta en marcha de nuevos modelos de gobierno clínico y organización de los servicios, la que se relaciona con su capacidad de generar mayor eficiencia y, por lo tanto, ejercer un reflejo positivo sobre la sostenibilidad del sistema, el impacto que su implantación pueda tener sobre un mayor desarrollo y autonomía de los profesionales y, finalmente, su capacidad para establecer nuevos modelos relacionales en la toma de decisiones clínicas compartidas incrementando la transparencia del sistema. El tema, sin duda, tiene actualidad y la celebración del congreso en Andalucía, siendo esta una de las comunidades autónomas con más experiencia y recorrido en el uso de esta herramienta, pudo ser un aliciente adicional.

En realidad, cuando hablamos de gestión clínica estamos hablando todo el rato de innovación

Realmente el concepto de gestión clínica no es nuevo y lo venimos manejando desde hace ya casi treinta años. Es posible que el mayor éxito obtenido a lo largo de todo este tiempo sea que la unión de dos palabras que en su día se podían considerar antagónicas, hoy estén siendo incorporadas con normalidad al lenguaje profesional, aunque todavía se discuta sobre su significado. Si entendemos la gestión como la capacidad de decidir sobre algo, está claro que hay que decidir muchas cosas sobre el proceso clínico. Precisamente ahí está el núcleo de la cuestión: qué, quién y cómo se decide sobre lo clínico.

Cuando se ha querido conceptualizar la gestión clínica, siempre se ha intentado armonizar la necesidad de la implicación profesional en las decisiones que tienen que ver con el uso de los recursos y el uso eficiente de los mismos, de tal manera que la gestión clínica se definía como “un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es incorporar al profesional sanitario en la gestión eficiente de los recursos utilizados en su propia práctica clínica”.

Trasladar al plano de lo real este concepto ha determinado el conjunto de acciones

que con mayor o menor éxito se han implementado en los servicios sanitarios en los últimos años, muy enfocadas casi siempre al plano organizativo. En lo teórico, hablar de gestión clínica supone, pues, un proceso de descentralización de las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar, consecuentemente, a las unidades asistenciales de capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades; por lo tanto, esto debería traducirse inmediatamente en un incremento de la autonomía y responsabilidad de los profesionales. De aquí se deriva un modelo diferente en la toma de decisiones en las organizaciones, más horizontales y distribuidas en su manera de tomarlas y en la asunción de los compromisos. Hablar de gestión clínica es hablar de integración, de abordaje multidisciplinar, lo que permite establecer un rediseño organizativo que ofrezca a los pacientes una respuesta realmente integrada donde la continuidad asistencial no sea una entelequia.

Es difícil pensar en este enfoque si previamente no están bien definidos los procesos asistenciales a través de un cuidado ejercicio de consenso profesional que permita establecer quién, en qué momento, dónde, con qué y, sobre todo, cómo se hacen las cosas en nuestras organizaciones. Por supuesto, hablar de gestión clínica es generar herramientas que faciliten el trabajo, pero también que permitan un mejor control de gestión de los servicios y unidades. Para ello, es necesario mejorar los sistemas de información con una incorporación, más acorde con su evolución, de las TIC. A partir de aquí, generar acuerdos de gestión que hagan explícito y transparente el compromiso necesario entre gestores y clínicos y establecer un modelo de relación menos asimétrico entre profesionales y pacientes debe convertirse en un objetivo prioritario. Todo esto requiere sin duda un esfuerzo concertado que necesita de tiempo, dedicación, consenso y voluntad política para impulsarlo.

Sin embargo, a pesar del discurso mantenido en el sector sobre la necesidad de implementar estos cambios, el bagaje acumulado en estas tres últimas décadas no parece especialmente alentador. Probablemente estemos ante un escenario de expectativas no cumplidas o, al menos, no con la intensidad que se pudiera esperar dada esa perseverancia. Se presentó el modelo de gestión clínica como un cambio organizativo que incorporaba como elementos clave la autonomía y la cesión de poder y riesgos a los profesionales, pero probablemente se ha avanzado mucho más en el desarrollo teórico del modelo y en la creación de una estructura de dirección de los servicios, por otro lado, poco sostenida normativamente, sin que se hayan podido descentralizar aspectos que los profesionales consideran relevantes, como la selección de personas o la capacidad de decisión real sobre la utilización de los recursos en los procesos clínicos.

Es probable que en los últimos años, y en el contexto de crisis, se haya vinculado en exceso el modelo de gestión clínica a la mera responsabilidad de los clínicos en el control del gasto, como parte de la corresponsabilidad en la sostenibilidad del sistema

Es probable que en los últimos años, y en el contexto de crisis económica con el que hemos y seguimos conviviendo, se haya vinculado en exceso el modelo de gestión clínica a la mera responsabilidad de los clínicos en el control del gasto, como parte de la corresponsabilidad en la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario público. Se trata de un aspecto, por supuesto, muy importante, pero que el profesional ha considerado sobredimensionado con respecto al conjunto de elementos relacionados con la autonomía, participación y capacidad de reorientar su propia práctica

clínica, pudiendo haber posicionado a los profesionales en contra o simplemente desencantados con las formas de implementación de un modelo en el que se habían puesto muchas expectativas. Esto es así en los sitios donde se ha hecho una apuesta real de toda la institución por desarrollar la gestión clínica, ya que en otros no ha pasado de ser un tímido experimento circunscrito a condiciones de espacio protegido.

El concepto de gestión clínica lo venimos manejando desde hace 30 años. Es posible que el mayor éxito obtenido a lo largo de este tiempo sea que ambas palabras estén siendo incorporadas con normalidad al lenguaje profesional

Pero no hay que poner toda la carga de la responsabilidad del lado del planificador que intenta implementar una herramienta como la gestión clínica impulsando un modelo diferente de gobernanza de las organizaciones. En los sistemas sanitarios públicos, la dificultad de alinear el interés particular con el del conjunto tiene un plus que tiene que ver con las múltiples motivaciones que conviven en nuestras organizaciones, cada una con su propia racionalidad y lógica individual ante cualquier movimiento que suponga una supuesta amenaza en los equilibrios corporativos. Es importante, pues, explicitar un modelo de gobernanza que genere una nueva cultura profesional, que estimule el liderazgo y la implicación profesional para conseguir una adecuada combinación de los recursos con el objetivo de mejorar los resultados. Se trata, entonces, de acercar las tareas que desarrollan los profesionales a la misión que tiene la organización, garantizando su sostenibilidad, lo que significa también, en el fondo, garantizar los intereses colectivos.

En realidad, cuando hablamos de gestión clínica estamos hablando todo el rato de innovación. Hablamos de eficiencia clínica pero también de eficiencia organizacional que garantice la sostenibilidad del sistema, y eso nos lleva también a la necesidad de establecer consensos políticos, sociales y profesionales que la hagan posible.

Pero probablemente estemos haciendo un análisis demasiado simple si, cuando hablamos de gestión clínica, circunscribimos los problemas que queremos abordar a una cuestión de ineficiencias o a un problema de insuficiencia de recursos. La optimización en el uso de los recursos, tal y como se empieza a plantear y se planteará de forma más cruda en el futuro, no parece que vaya a ser suficiente para cubrir la demanda de atención sanitaria en los términos que esta demanda se empieza a visualizar.

Tenemos que abordar nuevas situaciones desde una nueva visión de la gestión clínica como facilitadora de los procesos de innovación que confluyen en las organizaciones sanitarias. En el sector salud tenemos un continuo flujo de innovación, y gestionar este flujo será cada vez más complicado, fundamentalmente por el alto nivel de incertidumbre con el que se tienen que tomar las decisiones sobre la incorporación de esas innovaciones a la práctica clínica.

Con la aceleración de los avances tecnológicos, la evaluación para la incorporación de las innovaciones cuenta con un período que se va acortando y el grado de incertidumbre con el que se toman las decisiones se multiplica. A medida que la medicina se personaliza (como afirma la economista Beatriz González López-Varcárcel, una de las ponentes del congreso) con la genómica y los tratamientos individualizados, el coste efectividad dejará de ser un criterio de poblaciones y esperanzas matemáticas para convertirse en un marcador personal. Valorar la innovación terapéuti-

ca mediante escalas de beneficio terapéutico será cada vez más necesario, y garantizar la disponibilidad de información de calidad por los profesionales sobre el valor que aportan las nuevas prestaciones disponibles se convierte en una prioridad que reforzará el papel a jugar por las Agencias de Evaluación de Tecnologías para propiciar cambios en la conducta clínica, que lleven a un uso adecuado de las innovaciones disponibles. Pero igualmente necesaria será la renovación de sus métodos para hacerlos más efectivos.

Pero para aprender hay también que olvidar. Y el desarrollo de un modelo de gestión clínica innovador, con el que tenemos que garantizar la máxima equidad, a través de una metodología común, rigurosa y compartida, requiere, no sólo hablar de evaluar, incorporar e invertir, sino también hablar de desinvertir o de no hacer, siendo el re-análisis de nuestros procesos clínicos y de gestión y la re-evaluación de los mismos, una herramienta básica para ello.

Los procesos de mejora continua de la calidad, como la acreditación a través de agencias certificadoras que demuestren su solvencia, introducen vías potentes para la implantación de las estrategias corporativas acordes con la misión de las organizaciones y, por supuesto, la transparencia y la rendición de cuentas son requisitos fundamentales, pero poco extendidos, para abordar los nuevos retos que garanticen la sostenibilidad y la calidad del sistema.

Todas estas perspectivas fueron analizadas y debatidas en el Congreso de las Sociedades Española y Andaluza de Calidad Asistencial. Mil trabajos presentados nos dan una pista del interés que la gestión clínica despierta todavía en los colectivos profesionales de nuestro país. Hacerlo en un foro multiprofesional como es el de las sociedades de calidad asistencial es un valor añadido por la riqueza de perspectivas y matices que podremos encontrar. Una buena noticia para una época poco proclive al optimismo y la altura de miras

La pandemia de la nueva IT

Autor | Francisco José Sáez Martínez. Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y responsable de su Grupo de Gestión

El 1 de diciembre de 2015 entró en vigor la nueva regulación de la Incapacidad Temporal (IT). Esta regulación, fruto del Real Decreto 635/2014 y la Orden ESS/1187/2015, va extendiéndose por las diferentes Comunidades Autónomas como si se tratara de una enfermedad infecciosa, que va afectando poco a poco y cambiando los procedimientos y resultados de manera inexorable.

Francisco José Sáez Martínez

En el momento actual tienen en funcionamiento la "nueva" IT Asturias, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra. Están "avisados" Castilla-La Mancha, Euskadi y La Rioja; y del resto se desconocen plazos de entrada en funcionamiento, pero posiblemente a principios de 2017 toda España tenga en vigor el nuevo sistema de gestión de la Incapacidad Temporal.

¿Y qué está pasando en los sitios donde ya funciona? pues más o menos lo esperado (y en gran parte predicho por los profesionales):

- Los médicos de familia de los sistemas sanitarios autonómicos en los que ya se ha puesto en marcha, y pese a lo estipulado por ley, siguen teniendo que asumir todas las bajas laborales de la población, con la carga laboral que genera (valoración, evaluación, diagnóstico, pronóstico, trámites burocráticos, seguimiento, informes a la inspección médica, al INSS, más tramites...) en los escasos cinco minutos por paciente. Por si fuera poco, en las originadas en el hospital o en los servicios de urgencia se ven empujados a "interpretar" todo el proceso, dada la inhibición de los facultativos del SNS que allí trabajan para encuadrarla en las cuatro rígidas categorías que dan lugar a los plazos, todo ello por ese concepto de "coche escoba" que parece que tiene la Atención Primaria para algunos en nuestro sistema sanitario, de forma que lo que no hace nadie (pese a estar obligado) termina en las manos del médico de familia. Este, por su compromiso personal con el paciente y con el sistema sanitario, asume las tareas que los demás declinan, como pasa en este caso con la Incapacidad Temporal.

Los médicos de familia de los sistemas sanitarios autonómicos en los que ya se ha puesto en marcha, y pese a lo estipulado por ley, siguen teniendo que asumir todas las bajas laborales de la población

- La duración de los procesos de IT se ha alargado de forma generalizada en las comunidades con la nueva gestión, más que en las que no lo han puesto en marcha. Se les suma además la existencia de mayor número de errores y problemas en la tramitación de la documentación, pese a la obligatoriedad de la transmisión telemática estipulada por ley.

- Los pacientes están más cómodos con el nuevo sistema, al espaciarse las visitas al centro de salud, aunque la repercusión sobre el número de visitas no es muy apreciable, o en todo caso mucho menor al efecto que tuvo la implementación y puesta en marcha de la receta electrónica.

- Los inspectores de los servicios públicos de salud están asumiendo la disminución en el plazo de las propuestas de alta de las mutuas con gran esfuerzo, ya que no se ha implantado ningún plan de apoyo o dotación de recursos.

- Las mutuas de la Seguridad Social han implantado en casi su totalidad la periodicidad de la nueva IT en sus visitas, pero la emisión de partes de confirmación a los pacientes está presentando problemas en algunas de ellas, especialmente las más pequeñas, dada la poca costumbre existente hasta ahora, de forma que en bajas largas algunas acumulan partes pese al plazo amplio para el reconocimiento por la periodicidad amplia en el mismo.

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) contempla el proceso con expectación, de forma que en las comunidades con la nueva IT los problemas se achacan a esta, y en las que no la tienen, celebran la mejora de sus resultados comparativos con el resto de España, mientras miran con temor a la puesta en marcha.

Claro, todo ello va dejando su "poso" de resquemor tanto en los médicos de familia como en los propios pacientes. Por un lado, en los médicos de familia, que ven como lo que ganan al espaciarse los partes de confirmación de la baja se pierde por tener que escribir el código de ocupación del paciente (CNO), código que el paciente desconoce y que en algunas comunidades cuenta con un software de apoyo, pero en otras solo se consigue tras la consulta de unas tablas de difícil lectura, la mayoría de las veces marcando procesos diagnósticos clasificados con numeraciones que poco se aproximan al trabajo habitual del médico de familia, con códigos de difícil comprensión.

Tienen además que consultar la historia electrónica del hospital (los que tienen acceso a ella, porque de la tantas veces anunciada historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud ni se sabe ni se espera) o los informes que les trae el paciente o el familiar de este para adecuar los plazos de la IT en caso de nuevas consultas, lo que dificulta y alarga aún más la visita si la baja está relacionada con un proceso que controla el especialista hospitalario, ya que este no se hace cargo de la IT pese a estar así regulado por ley.

La duración de los procesos de IT se ha alargado de forma generalizada en las comunidades con la nueva gestión, más que en las que no la han puesto en marcha

Y por último, deben afinar su capacidad de resumen para el informe mensual, que el tiempo vuela y el siguiente paciente se impacienta y no entiende que su médico tarde tanto en atenderle por culpa de unos papeles. Porque en los pacientes la nueva gestión de la IT también está haciendo mella, molestos la mayoría de las veces por las preguntas sobre un número que ignoran (el CNO) y porque no comprenden que su vecino venga a por los partes cada 35 días y él venga cada 28, ya que en ninguna comunidad se ha hecho un proceso de información sobre el cambio a los usuarios (curiosamente sí lo han realizado las mutuas a sus empresas adheridas, pese al número elevado de ellas).

Aunque no todo son quejas, los médicos hospitalarios y de urgencias siguen felices, porque pese a la nueva normativa que estipula lo contrario, las bajas laborales continúan sin tener nada que ver con ellos, pese a cambios legales, a su implicación en la generación de los procesos (esa indicación de reposo en los informes de alta que parece que se tramita de forma mágica, ya que ellos no cumplimentan los partes de baja) o el brete en el que pone al paciente, que pese al reposo prescrito debe desplazarse al centro de salud en busca de alguien que se apiade de él y posibilite la tramitación del mismo sin problemas laborales asociados (recordemos que la ausencia sin justificación del trabajo es una de las causas de despido contempladas en nuestra legislación).

Y en el INSS también impera la felicidad; se han salido con la suya pese a las protestas de todos y aunque han cedido en los plazos de puesta en marcha... el retraso tampoco se nota mucho; quizá sí, alguna asociación de inspectores de hacienda ya ha visto el incremento del gasto en la IT, y dada la situación de penuria de la hucha de las pensiones (de donde sale el dinero que paga la IT), ha puesto el grito en el cielo. Y a nadie extrañaría que la Unión Europea entre sus amenazas de nuevos recortes también mencionara la IT.

Vemos así como la pandemia de la nueva IT va extendiéndose por España y el sistema inmune profesional (parece que tan solo los del Foro de Médicos de AP, del que es precursora y miembro la SEMG, decimos algo de vez en cuando, pero resuena como un "son los que siempre se quejan y lo dicen también de los minutos por paciente, de las escasas sustituciones y demás carencias del primer nivel asistencial") va dimitiendo de sus funciones, quizá más preocupado en otras cosas, mucho más serias, como el disparatado gasto en farmacia hospitalaria o la extensión de las gerencias únicas, en espera del advenimiento de la gestión clínica que, en definitiva, incumbe mas a los hospitales, centro y eje de nuestro sistema sanitario, pese al tantas veces pregonado papel central del paciente y la Atención Primaria, dejándoles a estos el enfrentar el mundo real, con sus problemas económicos, laborales e incluso familiares creados por la puesta en marcha de la nueva regulación de la Incapacidad Temporal y sus consecuencias

MINISTRA DE SANIDAD,
SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Los desafíos de Montserrat para sacar a la Sanidad de la UVI

Texto Antonio Morente

REPORTAJE DE PORTADA

Los desafíos de Montserrat para sacar a la Sanidad de la UVI

Cuando el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, dio a conocer el pasado 3 de noviembre su nuevo gabinete y se supo que Dolors Montserrat era la nueva ministra de Sanidad, desde todos los ámbitos sanitarios se hicieron las dos mismas preguntas: ¿quién es Dolors Montserrat? y ¿qué hay de lo mío? Lo primero fue fácil de responder, porque aunque no tenga experiencia en el sector, Montserrat no es precisamente una desconocida en política, cuestión distinta es ver cómo respira como titular de este complejo departamento; lo segundo lleva su tiempo, porque todos los colectivos profesionales, sindicales, empresariales y las sociedades científicas insisten en la importancia de solucionar primero "lo suyo", lo que de paso habla a las claras de los muchos frentes abiertos, algunos de ellos agravados tras casi un año de Gobierno en funciones y, por lo tanto, con capacidad de actuación política muy limitada.

Una vez más, y van cuatro en los últimos tiempos, Rajoy ha decidido colocar al frente de Sanidad (un departamento que se completa con las carteras de Servicios Sociales e Igualdad) a una persona que no tiene nada que ver con este campo, como ya ocurrió previamente con Ana Mato, Alfonso Alonso y -ya en funciones, por lo que tenía menos margen de maniobra- Fátima Báñez. Montserrat se presenta sin tapujos como la cuota catalana del Ejecutivo ("soy el acento catalán del Gobierno"), pero más allá de eso a esta abogada barcelonesa de Sant Sadurni d'Anoia y 43 años se la etiqueta como adscrita al ala más progresista del PP en Cataluña y se le reconoce, sobre todo, su carácter conciliador, su capacidad de diálogo y mano tendida, de hecho se la señala como la responsable directa de la negociación del pacto con Ciudadanos que allanó el camino a Rajoy para repetir en La Moncloa. Diputada desde 2008, llegó a ser vicepresidenta tercera del Congreso.

Se dice de las personas, y más tiene que aplicarse al caso de los políticos, que por sus actos los conoceréis. Dolors Montserrat no ha tenido todavía tiempo de hablar con hechos, así que hay que centrarse en sus palabras, la letra de una música que no suena mal pero que por ahora no deja de ser una concatenación de lugares comunes. Por lo pronto, al tomar posesión del cargo comentó que sus predecesores le habían dejado "el listón muy alto" (lo que no deja de ser un eufemismo), garantizó que trae bajo el brazo "soluciones políticas para los problemas complejos de la Sanidad" e insistió en la vía del diálogo entre todos los actores (Ministerios, administraciones, profesionales...) para alcanzar el que considera su objetivo prioritario: "Mejorar el sistema de salud y la calidad de la atención que reciben los pacientes". Los pilares para ello son, según sus declaraciones, la modernización de un sistema que, subraya, tiene que hacer frente a desafíos como el aumento de la cronicidad por el envejecimiento de la población y que debe potenciar la innovación y la cooperación entre niveles asistenciales.

En su primera comparecencia en el Congreso como ministra de Sanidad, Dolors Motserrat tendió la mano al resto de partidos políticos para trabajar de forma conjunta en el tan deseado Pacto de Estado

¿Y cómo pretende conseguir esto? Recientemente, tras una reunión con el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) dio más pistas apelando a otro clásico, el de que hay que "alcanzar un gran pacto de Estado en materia sanitaria, que no se ha logrado durante los últimos 40 años de democracia". Y para eso, considera que los pasos que hay que dar son reforzar el personal sanitario y consensuar una cartera mínima de servicios en todas las comunidades autónomas, lo que entronca con su afirmación (y vieja aspiración del Ministerio) de "garantizar la cohesión de los españoles para que todos tengan las mismas oportunidades y derechos". Con vistas a ese pacto de Estado que es algo así como el unicornio blanco de la política sanitaria, en su primera comparecen-

cia en el Congreso como ministra tendió la mano al resto de partidos para trabajar de forma conjunta.

En sus primeras intervenciones públicas también ha tenido palabras amables para los profesionales sanitarios, reconociendo que está en deuda con ellos por los sacrificios asumidos en estos años de crisis económica, y ha defendido que su modelo de gestión pasa por poner "el foco sobre el paciente", conseguir servicios más ágiles y accesibles, imponer la corresponsabilidad de los profesionales y alcanzar la sostenibilidad del sistema. Éste, precisamente, es el principal caballo de batalla del Sistema Nacional de Salud (SNS) y entronca directamente con un sistema de financiación que resulta a todas luces insuficiente. Desde Andalucía, por ejemplo, se ha reclamado ya la celebración de una Conferencia de Presidentes (que no se convoca desde 2012) para abordar la cuestión de la financiación autonómica, de la que básicamente dependen los fondos sanitarios.

El problema es que sobre la mesa hay tres elementos que a día de hoy hacen poco menos que imposible la cuadratura del círculo: los Presupuestos Generales del Estado no van a crecer exponencialmente en este terreno, casi todas las comunidades consideran que están infrafinanciadas y tras la esquina asoma el compromiso del Gobierno ante la Unión Europea de acometer en 2017 recortes por valor de 5.500 millones de euros. El problema está enquistado desde hace demasiado tiempo y urge abordarlo de una vez por todas, para así acabar con rifirrafes periódicos que vivieron su penúltimo capítulo cuando la presidenta de la Comunidad de Madrid, Cristina Cifuentes, encendió la mecha al afirmar que los madrileños pagan todos los años 3.000 millones de euros "para que los andaluces tengan Sanidad y educación".

Una de las primeras cosas que ha hecho la nueva ministra ha sido reconocer la deuda que tiene con los trabajadores sanitarios: "Mi admiración más sincera, reconocimiento y gratitud"

La otra gran deuda pendiente es la de mejorar la coordinación entre los dos grandes actores administrativos, el Ministerio y las comunidades autónomas, que todas las partes coinciden que actualmente no es la mejor. El reflejo de ello es el Consejo Interterritorial de Salud, un órgano que se reúne poco y que ha acabado convirtiéndose en escenario de la trifulca política más que una herramienta para dotar de coherencia y uniformidad a las políticas sanitarias en todo el Estado. Lo irónico es que desde diversos ámbitos se reclama la creación de un sistema de coordinación cuando ya existe y se llama Consejo Interterritorial, el objetivo tiene que ser que cumpla su función y hacerlo realmente efectivo.

Una vez establecido que las prioridades siguen siendo la cohesión interterritorial y la financiación del sistema, como viene ocurriendo en las últimas décadas, ¿qué hay de los profesionales sanitarios, cuáles son las prioridades de Montserrat en este terreno y cuáles los desafíos pendientes? Lo primero que ha hecho la ministra, ya queda dicho, ha sido reconocer la deuda que tiene con este colectivo de trabajadores: "Mi admiración más sincera, reconocimiento y gratitud", apuntaba en la V Convención de la Profesión Médica en el que fue su primer acto en Cataluña, "en momentos tan adversos habéis sido clave" proseguía para rematar con que los traba-

Los desafíos de Montserrat para sacar a la Sanidad de la UVI

jadores sanitarios han sufrido "mucho". "Estoy a vuestro lado para escucharos y ayudaros, para encontrar soluciones", todo ello sobre la base de que los trabajadores son "el mejor activo de nuestra Sanidad".

Si hay una deuda, la cuestión ahora es saldarla. Y eso pasa, en principio, por recobrar los derechos perdidos durante estos años, para lo que habría que recuperar la pérdida de masa salarial durante este periodo (que se calcula en alrededor de un 10 por ciento, aunque la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos eleva esta cifra hasta el 25), actualizar las plantillas con una adecuada oferta pública de empleo (OPE), reinstaurar la jornada laboral de 35 horas (como ya han empezado a hacer algunas comunidades autónomas, como Andalucía, aunque a expensas de si el Gobierno presenta recurso como ya hizo en Castilla-La Mancha) y reducir la elevada tasa de temporalidad que sufre el sector, que según la CESM ronda el 40 por ciento y afecta nada menos que a unos 170.000 trabajadores. De todas las columnas que deben soportar el edificio de una recuperación real, la que tiene más visos de levantarse primero es esta última, al menos para eso se firmaron los pactos en La Moncloa en 2013, y para eso incluso Sanidad y las comunidades autónomas han acordado poner en marcha un grupo de trabajo específico. El problema es que se sigue sin avanzar pese a lo mucho comprometido, y eso que hasta el mismísimo Tribunal de Justicia de la Unión Europea le ha dado un toque de atención a España por el excesivo porcentaje de personal en precario que hay contratado, al declarar que es ilegal cubrir plazas permanentes con trabajadores que encadenan contratos temporales.

La sostenibilidad del sistema y la coordinación y cohesión territorial son los grandes temas que tiene sobre la mesa la nueva ministra

Al margen de los asuntos laborales, Sanidad tiene no pocas cuestiones pendientes con los profesionales que, en teoría, deberían ver la luz durante esta legislatura, empezando por el Real Decreto -la fórmula que avala el Consejo de Estado- de Gestión Clínica. Esta iniciativa está diseñada para conferir a los médicos más capacidad para manejar recursos y definir el proceso asistencial y todos coinciden en sus bondades y en la urgencia de su puesta en marcha, pero sigue pendiente de desarrollo normativo pese a que en noviembre de 2015 hubo un compromiso al respecto entre el Ministerio y el Foro Profesional. Dolors Montserrat, por cierto, ha anunciado que su intención es reactivar este Foro de la Profesión Médica y desarrollar lo acordado ("vamos a cumplir con lo que nos comprometimos") en julio de 2013, lo que se plasmó en un documento que recogía una treintena de medidas no sólo centradas en la gestión clínica, sino también en desarrollar un Pacto por la Sanidad y mejoras en el desarrollo profesional y el desarrollo del registro español de profesionales sanitarios. Con respecto a esto último, la ministra lo considera un "éxito" de la anterior legislatura, ya que "permitirá tener una fotografía precisa de los recursos humanos" para así atender mejor las necesidades que se plantean.

Hay expectación con otros desarrollos normativos, como el del nuevo sistema de formación que sustituirá al MIR, el que debe mejorar la movilidad de los profesionales o el que regulará la financiación y fijación de los precios de medicamentos, pero la verdadera patata caliente que tiene la titular de Sanidad, y con la que tendrá que desplegar esa capacidad de diálogo que se le presupone, es la conocida como prescripción enfermera, que ha generado un importante conflicto entre los colectivos de Medicina y Enfermería. Finalmente el Gobierno asumió las tesis defendidas por el colectivo médico (la prescripción de medicamentos es "inseparable" del diagnóstico, que sólo puede hacer un médico), lo que derivó en que el Consejo General de Enfermería, junto a varios sindicatos, llevó la norma ante el Tribunal Supremo, que está pendiente todavía de pronunciarse. La cuestión no es sencilla, porque se trata de un desarrollo normativo que supone la aplicación de una directiva de la Unión Europea, que ya ha dado un ultimátum a España y a otra docena de países por el retraso en la transposición de este texto legal. Todo esto, al final, puede acabar incluso ante el Tribunal de Justicia de la UE, así que el tiempo apremia.

Dolors Montserrat se puede enfrentar además a tener que desmontar algunas de las medidas más polémicas que su partido, el PP, ha aprobado en los últimos años en materia sanitaria. Y puede que se vea abocada a pasar este trago por la presión social y, sobre todo, por el hecho de que estamos ante un Gobierno en minoría en un Congreso que se va a apresurar en echar por tierra cuestiones como las limitaciones en la universalidad de la Sanidad -revocando así las restricciones a los inmigrantes que están en España en situación ilegal, una norma que varias comunidades autónomas nunca han llegado a aplicar- o el copago de medicamentos, sentido en el que desde el propio Ministerio ya se reconoce que habrá que "darle una vuelta" al sistema creando, por ejemplo, más tramos de renta. Desde algunas autonomías se ha reclamado también consenso sobre cómo financiar los medicamentos innovadores, después de que finalmente el Ejecutivo central decidió que los gastos ocasionados por los fármacos contra la hepatitis C (que generaron un elevado sobrecoste, cifrado en unos 700 millones de euros en toda España) sí iban a contar en el cómputo del déficit público regional, en contra de lo que inicialmente se anunció.

La magnitud de los cambios a acometer es de un calibre mayúsculo, como el desarrollo de una vez por todas de ese gran pacto socio-sanitario todavía pendiente que debe permitir la integración de estos

dos sistemas y rematar así la interconexión de la 'e-salud', haciendo completamente operativas la receta electrónica y la historia clínica digital. Junto a ello hay que completar un edificio normativo que exige tantos remiendos que algunas voces -empezando por el Círculo de la Sanidad- ya se ha señalado la necesidad de reformar durante esta legislatura las leyes generales de Sanidad y Salud Pública. Habrá que ver hasta dónde está dispuesta a llegar la nueva ministra, que por lo pronto cree que el punto de partida no es ni mucho menos malo, o al menos así se desprende de su afirmación en su primera sesión de control al Gobierno: "El Sistema Nacional de Salud de 2016 es mucho mejor que en el año 2011", gracias sobre todo a que durante la primera legislatura de Mariano Rajoy "el Gobierno ha hecho más con menos", revirtiendo la deuda que a su juicio dejó el PSOE y apuntalando un sistema que, insiste, "es universal" por mucho que todavía no se haya derogado el decreto de 2012 que limitaba la atención a unos inmigrantes irregulares que, pese a ello, disfrutan de "una de las coberturas más completas de la Unión Europea".

El optimismo de Montserrat a la hora de definir la situación del SNS se basa a que, en estos años de gestión del PP, se han dado pasos como "la implementación del calendario común de vacunación infantil, la red de escuelas de salud para la ciudadanía, el registro estatal de enfermedades raras, la estrategia para el abordaje de la cronicidad, o la reformulación del copago en farmacia para proteger a los que menos tienen". Junto a esto, y en lo que respecta a los profesionales ("piedra angular del modelo"), "se ha realizado el registro estatal de profesionales sanitarios, han sido reconocidos como autoridad pública reformando el Código Penal, se ha regulado la troncalidad, se ha constituido el Foro Profesional y se han homologado los títulos".

¿El resto de actores del escenario sanitario español (colegios, sociedades, sindicatos...) tiene la misma impresión positiva? En líneas generales no, y han presentado una larga lista de reclamaciones que ya ha quedado desgranada, pero pese a ello se ha saludado con la debida cortesía a la nueva ministra y se está a la espera de sus primeros pasos para empezar a juzgarla por los hechos más que por las palabras. En general se ha vuelto a lamentar que no provenga del sector sanitario, pero se considera que esto puede quedar sobradamente compensado si ejecuta lo que está prometiendo, despliega el talante negociador del que hace gala y, sobre todo, se rodea de un equipo que conozca este ámbito. Lo cierto es que Montserrat se está tomando esto último con calma y con pocos cambios, hasta el punto de que la principal noticia ha llegado del nombramiento de Julia de Micheo Carrillo (que ha sido diputada nacional y ahora ejercía como asesora del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso) como directora de su gabinete.

Con estos mimbres, la nueva ministra tiene que construir un cesto que es como el velo de Penélope, nunca termina de tejerse y tiene a muchos pendientes de cómo lo hace y de sus avances, que en demasiadas ocasiones se deshacen con facilidad. Los retos, empezando por ese pacto de Estado en materia sanitaria al que aspira, son enormes, todo un Everest que ahora Dolors Montserrat se dispone a afrontar. Por el bien de todos, esperemos que sea una buena escaladora ■

La Psiquiatría no puede permanecer ajena a las dificultades psicosociales y a la crisis socioeconómica

Julio Bobes García

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

Texto Clara Simón Vázquez Fotos SEP

Julio Bobes García

"La Psiquiatría no puede permanecer ajena a las dificultades psicosociales y a la crisis socioeconómica"

Julio Bobes García acaba de llegar a la presidencia de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y explica a EL MÉDICO que entre sus objetivos prioritarios se encuentra la formación, tanto de los especialistas en formación como la de los ya formados. Está satisfecho con el tronco de Psiquiatría, puesto que es uno de los tres primeros que han aprobado la parte troncal, junto con Imagen y Cirugía Vascular.

¿Cuáles son los objetivos principales que tiene propuestos la Junta Directiva de la SEP?

Nuestros objetivos están vinculados al marco temporal de la Junta Directiva que se ocupará del liderazgo durante los próximos cuatro años. Los objetivos estratégicos siguen vinculados a la formación de los MIR y al desarrollo profesional continuo de los psiquiatras de cara a afrontar las recertificaciones de los profesionales. Así, en relación con los MIR acabamos de examinar la propuesta de Formación Troncal, tanto de la Psiquiatría de adultos como de la nueva especialidad Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Además, continuamos manteniendo las 40 becas MIR para estancias de 3 meses en centros extranjeros de máximo prestigio.

¿Cómo se articulan los programas de formación?

La armonización de la docencia se consigue con la rotación de los mismos, procurando combinar vanguardia, fruto en gran medida de la investigación que se realiza en España, e innovación con los temas básicos. No se puede obviar que el Instituto de Salud Carlos III cuenta con una de las nueve áreas dedicadas a la Salud Mental; el CIBERSAM.

¿Hay diferencia entre los dirigidos a especialistas en formación y los especialistas ya formados?

Es uno de los retos de estos próximos cuatro años: destinar más enfoque al programa joven, en colaboración con la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría (SERP). Con respecto a los profesionales que ya ejercen como especialistas, les vamos a ampliar e intensificar la formación acreditada de cara a la recertificación de la profesión. El Congreso Nacional de Psiquiatría, que en los próximos cuatro años se celebrará en Barcelona, Granada, Bilbao y Oviedo, sigue siendo uno de los productos estrella de la SEP, reunión que convoca en torno a mil quinientos profesionales.

En el tema de la troncalidad, ¿cómo está su especialidad?

Podría afirmar que muy bien. El tronco de Psiquiatría es uno de los tres primeros que han aprobado la parte troncal, junto con Imagen y Cirugía Vascular. Antes de fin de año acabaremos de construir las competencias específicas y el nuevo sistema de evaluación continua.

Estos planes, ¿están en consonancia con los establecidos en los países europeos de nuestro entorno?

Están en consonancia con la planificación anglosajona, y la duración del tiempo de formación se extenderá a cinco años de duración teniendo en cuenta la mayor formación en Psiquiatría del niño y del adolescente, y al enorme incremento de conocimientos que han surgido de las ayudas a la investigación en la Década del Cerebro.

El tronco de Psiquiatría es uno de los tres primeros que han aprobado la parte troncal, junto con Imagen y Cirugía Vascular

¿Cuáles son las patologías que más les preocupan?

Si nos fijamos en la elevada prevalencia, se puede decir que los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. En función de la gravedad y del impacto psicosocial y económico son las personas afectas de trastorno mental grave, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y las demencias.

¿Cuáles son las que más han aumentado en los últimos años?

Sin duda alguna, el proceso de crisis socioeconómica que nos continua afectando ha generado mucho malestar mental y trastornos adaptativos.

¿Cómo influye el condicionamiento biológico?

El patrimonio biológico influye sustancialmente tanto si goza de un buen estado de salud como cuando está deteriorado o no se ha desarrollado desde el punto de vista de la potencialidad genética.

Y, ¿el social?

Las influencias psicosociales ejercen y condicionan la patoplasticidad de forma permanente, incluso sobre el patrimonio genético.

¿Cuál es la salud de la SEP?

Puede considerarse buena o muy buena si se compara con el pasado o con otras especialidades que están soportadas por neurociencia. Nuestra revista de impacto que recoge una parte de la neurociencia que se produce en investigación está la novena entre las revistas españolas con factor de impacto.

¿Está en crisis su especialidad?

Es posible que esté presentando una situación similar a la del país. La Psiquiatría es una especialidad médica que no puede per-

manecer ajena a las dificultades psicosociales de los pacientes y a la crisis socioeconómica, por tanto es inevitable que se vea envuelta en la crisis ambiental. No podemos obviar que desde 2005 esperamos por la aplicación de la Estrategia Europea de Salud Mental, con todo su compromiso económico.

En los últimos años han emigrado "a cientos" psiquiatras hacia el centro y norte de Europa

¿Con qué especialidades tienen más relación?

Sin duda con Medicina Familiar y Comunitaria y con las otras especialidades que se ocupan del cerebro.

¿Qué papel tiene FACME en esta relación?

El papel es esencial y cada vez el reto es más amplio.

¿Cuál es la participación de la SEP en los foros internacionales?

La SEP en los foros mundiales está muy bien apreciada y reconocida, sobre todo por nuestra influencia en Latinoamérica y en la Sociedad Americana de Psiquiatría.

¿Participa en reuniones conjuntas con las sociedades de los países de nuestro entorno?

Participa a nivel europeo hasta el punto en que, en estos momentos, el presidente de la Junta de Sociedades Nacionales de Psiquiatría es un psiquiatra español, el Dr. Martín Carrasco, y en el Comité Ejecutivo de la misma Asociación Europea de Psiquiatría hay otra psiquiatra española, la profesora García-Portilla.

¿Disponemos del suficiente número de psiquiatras en nuestro país?

Es difícil responder dado que no disponemos todavía de un registro nacional y, sobre todo, porque en los últimos años han emigrado "a cientos" psiquiatras hacia el centro y norte de Europa. Se estima que formamos algo menos de la demanda pública y privada de especialistas en Psiquiatría.

¿Cuál es el nivel de la investigación de la Psiquiatría española?

Sin duda, puede clasificarse como bueno, a pesar de la disminución de fondos públicos habida en el periodo de crisis socioeconómica. La creación de institutos y las redes han sido productos clave para trabajar en proyectos multicéntricos y de forma consorciada. Los CIBER, al menos en Salud Mental, han sido fórmulas potenciadoras de la efectividad de los diferentes grupos de investigación, incluso muy facilitadores del trabajo con otras redes europeas. La investigación en Psiquiatría en España ha mejorado espectacularmente en la Década del Cerebro y, sobre todo, en los últimos quince años.

¿Qué logros se han conseguido en estos años?

Entre otros retos se ha conseguido mejorar sustancialmente el trabajo en red, la participación en estudios europeos, el factor de impacto y superar los fondos europeos que recibimos frente a los costes que aportamos a la investigación. En definitiva, en Salud Mental y Psiquiatría los desarrollos en investigación que se han producido en los últimos quince años han generado una red excelente que está en los primeros puestos de los CIBER ■

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas

facme
Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas

TIM HARFORD
EL ECONOMISTA CAMUFLADO ATACA DE NUEVO
José María Marco Sueño y destrucción de España
MARIO BUNGE
HAY ALTERNATIVAS
Viajar es muy difícil
NAOMI KLEIN
THE SHOCK DOCTRINE
THE RISE OF DISASTER CAPITALISM
POR QUÉ FRACA
S PAÍSES
Paul Collier El club de la miseria
Bloody Miami

Hay que comenzar a utilizar metodologías más activas

Felipe Rodríguez de Castro

Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SEDEM

ENTREVISTA

Felipe Rodríguez de Castro

"Hay que comenzar a utilizar metodologías más activas"

La Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) es una sociedad pequeña, que llega a unos doscientos socios, pero que tiene un carácter transversal, abierta a colaborar con cualquier sociedad científica que estuviera preocupada, entre otros aspectos, por los educativos. Su presidente, Felipe Rodríguez de Castro, detalla a El Médico sus áreas de actuación.

¿Cuáles son los principales objetivos de la Sociedad Española de Educación Médica?

La educación médica es el campo científico cuyo principal objetivo es conseguir la mejor formación posible de los profesionales de las ciencias de la salud y, muy especialmente, de los médicos. Para alcanzar este objetivo, nuestra sociedad desarrolla y emplea las metodologías más apropiadas en cada momento basándose en la mejor evidencia disponible. Lo que pretendemos es contribuir al desarrollo de este campo científico en nuestro país, lo que necesariamente implica promover la investigación en Educación Médica, que nos facilitará las evidencias sobre las cuales se ha de basar la labor de los docentes, y fomentar el intercambio y facilitar la difusión de información en este ámbito.

Es evidente que se requiere mayor coordinación entre las distintas etapas formativas y una mayor integración vertical y horizontal

¿Qué fines persigue?

El fin fundamental de la SEDEM es simple: mejorar la Educación Médica, tanto en el pregrado, como en el postgrado y la formación continuada.

¿Qué áreas de actuación son prioritarias?

La SEDEM asesora en materia de Educación Médica, tanto a organismos públicos como privados. Además, nuestra sociedad es el lugar común, el punto de encuentro natural de todos los interesados en investigar y realizar trabajos cooperativos en este ámbito. Pensamos que a través de nuestra sociedad se pueden articular proyectos que permitan conocer y mejorar la realidad educativa de las profesiones sanitarias.

¿Con qué programas cuentan para llevar a cabo sus objetivos?

La SEDEM organiza bianualmente un congreso que es la principal actividad que llevamos a cabo. Además, periódicamente se desarrollan conferencias, mesas redondas, seminarios y cursos. Cada año, en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca, la sociedad organiza un encuentro con diversos expertos para debatir sobre algún tema de interés en este campo. Este año, por ejemplo, hemos abordado el tema de las competencias huérfanas en la formación médica, y han participado miembros del Ministerio de Sanidad, de la Conferencia Nacional de Decanos, de la Organización Médica Colegial y de la Sociedad Española de Formación Especializada. Gracias a la iniciativa de la Cátedra Educación Médica que preside Jesús Millán, vicepresidente de SEDEM, nuestra sociedad también colabora en el encuentro anual de Educación Médica que todos los años se organiza dentro de los Cursos de Verano de la Universidad Complutense, en El Escorial. La SEDEM también auspicia la revista FEM (Fundación Educación Médica) que es nuestro órgano de expresión.

¿Cuál es el nivel de formación de los profesionales sanitarios españoles con respecto a los de los países de nuestro entorno?

El nivel de los profesionales sanitarios españoles es muy bueno. Esto no es sólo una opinión, sino que se demuestra cada día no sólo en nuestro país sino en otros países de nuestro entorno, donde muchos egresados españoles están trabajando en la actualidad. Sin embargo, esto no quiere decir que los procesos de formación de estos profesionales sanitarios no tengan margen de mejora. Es evidente que se requiere mayor coordinación entre las distintas etapas formativas y una mayor integración vertical y horizontal.

¿Cómo es la relación que tienen con sus socios?

Realmente somos una sociedad relativamente pequeña. Actualmente somos unos doscientos miembros por lo que nuestras relaciones son bastante cercanas; muy próximas. Somos como una gran familia.

¿Cómo se vehiculizan las prioridades de sus asociados?

La comunicación con los socios se realiza a través de la Asamblea General. También disponemos de una página web y participamos en las redes sociales, donde trasmitimos novedades, citas, eventos relevantes, tanto en España como en el extranjero, y noticias de interés en Educación Médica. Obviamente, a través de la Revista FEM se publican artículos y colaboraciones sobre diferentes temas en Educación Médica.

¿Qué parcelas son las que más interés suscitan entre sus asociados?

Los miembros de SEDEM tienen interés en todas las facetas de la Educación Médica. Destacaría los sistemas de enseñanza, de aprendizaje y estrategias pedagógicas; la evaluación de competencias; todo lo relativo

a los curricula y su diseño; métodos de selección de estudiantes; métodos de formación, evaluación y selección de profesorado.

¿Con qué sociedades científicas tienen más relación?

La SEDEM, por sus peculiares características, es una sociedad de carácter transversal que podría colaborar con cualquier sociedad científica que estuviera preocupada, entre otros aspectos, por los educativos. En este sentido, la SEDEM ha colaborado con distintas sociedades científicas de nuestro país. Por ejemplo, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) siempre ha mostrado una gran sensibilidad por todos los aspectos relacionados con la docencia y, de hecho, ha elaborado su propio plan de Desarrollo Profesional Continuo para lo que, en su momento, contó con el asesoramiento de alguno de nuestros expertos, como Arcadi Gual, Jordi Palés o María Nolla. La SEDEM tiene también desde su creación una relación muy especial con la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España, cuyos presidentes siempre participan en las reuniones de la Junta Directiva. Además, coincidiendo con la realización del congreso de la sociedad, la Conferencia de Decanos siempre convoca una reunión de la misma, lo que es una muestra más de la estrecha relación que mantenemos.

¿Cómo es la relación con sociedades "hermanas" europeas y americanas?

La SEDEM es miembro corporativo de la AMEE (Association for Medical Education in Europe), colabora en diferentes proyectos de la misma y participa activamente en sus reuniones. Tenemos una relación estrecha con colegas portugueses e hispanoamericanos. De hecho, un miembro de nuestra Junta Directiva, Manuel João Costa, es portugués, y otro, Horacio Yulitta, es argentino. Finalmente, y sólo a modo de un ejemplo más de la proyección de nuestra sociedad, el anterior presidente, Jordi Palés, es actualmente miembro de Consejo Asesor de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) y *fellow* de la AMEE. Asimismo, históricamente la implicación de miembros de la SEDEM en sociedades europeas ha sido máxima y muestra de ello es que dos presidentes de AMEE, probablemente la sociedad internacional de Educación Médica de mayor proyección y prestigio, han sido miembros de la SEDEM.

¿Existen un curriculum común europeo para facilitar el intercambio de profesionales?

No existe un curriculum común europeo. No obstante, por directiva europea todos los estados miembros están obligados a tener en cuenta las cualificaciones adquiridas en otro estado miembro. Ni siquiera en España existe un curriculum idéntico entre facultades. La ficha técnica que elaboró el Ministerio de Educación en 2006 con el fin de adaptar las enseñanzas de Medicina al Espacio Europeo de Educación Superior fijó únicamente los créditos de cada una de las materias del currículum, pero otorgó una gran flexibilidad a las facultades para la elaboración de sus respectivos planes de estudios. Esto no es lo relevante. Lo verdaderamente trascendente es que definamos las competencias que han de alcanzar los profesionales al finalizar sus distintas etapas formativas y que las evaluemos adecuadamente, y no los programas docentes en sí.

¿Cómo se forma el profesional sanitario que se dedica a la formación?

Realmente la formación del educador médico es muy voluntarista y está muy poco profesionalizada en nuestro país. Tal y como dice el profesor Cees van der Vleuten, de la Universidad de Maastricht, experto muy reconocido en Educación Médica, "a pesar de que los profesores de Medicina son formados para tomar decisiones basadas en la evidencia disponible, cuando se ponen el sombrero de profesor parecen abandonar todo su pensamiento crítico sobre aquello que funciona y lo que no funciona y se fían de la tradición y de la intuición". En otras palabras, la educación médica es un campo científico como cualquier otro, con su cuerpo de doctrina propia y en el que cabe investigar con el fin de generar conocimiento experto que se pueda aplicar a la mejora de la práctica educativa. En los últimos 25 años, la investigación en educación médica ha ido adquiriendo un grado muy importante de desarrollo y ha contri-

En los últimos 25 años, la investigación en educación médica ha ido adquiriendo un grado muy importante de desarrollo y ha contribuido de forma sustancial a entender el proceso de aprendizaje

buido de forma sustancial a entender el proceso de aprendizaje. También se ha producido un incremento muy importante del número de revistas científicas sobre la temática, de los participantes en congresos nacionales e internacionales de educación médica y de personas que hacen o desean hacer investigación en el tema.

¿Existen planes de formación continuada?

En general, la mayoría de las universidades tienen planes de formación continuada para su profesorado, aunque no en el ámbito específico de la Educación Médica. En España, existe un máster en Educación Médica, que dirigen y coordinan miembros de SEDEM, que busca, precisamente, la especialización en la docencia sanitaria.

¿Qué habilidades tienen que tener?

La docencia requiere, como cualquier otro ámbito en la Medicina, una formación adecuada y continua del docente que, hoy día, de forma general, no posee. El gran reto es que el profesor aprecie la necesidad de formarse y se implique decididamente en esa formación.

En este sentido, ¿vale todo el mundo?

Todo el mundo se puede formar y puede aprender. Naturalmente, como en cualquier otro campo, habrá personas más dotadas que otras para la función docente.

¿Cómo ha cambiado la enseñanza de la profesión sanitaria en los últimos diez años?

Yo creo que globalmente, la enseñanza de la Medicina ha mejorado notablemente en la última década en comparación con la que se impartía hace 20 o 30 años. Posiblemente hemos perdido la oportunidad que nos brindaba Bolonia para llevar a cabo una reforma real y en profundidad de nuestra enseñanza graduada, pero sin duda se ha progresado.

Y, ¿la metodología utilizada?

Lamentablemente, la metodología y las estrategias docentes no han cambiado de forma sustancial en la mayoría de los casos. Sigue basándose en la clase magistral, centrada en el profesor, y se potencia poco la capacidad del estudiante para identificar problemas, tomar decisiones y resolverlos mediante planteamientos multidisciplinarios. Se sigue sin utilizar la evaluación como estrategia docente y tampoco se ha avanzado mucho en los que se refiere a la evaluación práctica. Aunque, ahora, la mayoría de las facultades, por iniciativa de la Conferencia de Decanos, llevan a cabo una prueba tipo ECOE al finalizar el grado. Sin duda es insuficiente y no creo que sea un gran instrumento evaluador, pero es innegable que supone un avance y un elemento incentivador muy interesante.

La enseñanza práctica está muy poco sistematizada y con participación poco activa del estudiante

¿Qué logros se han conseguido?

La docencia práctica se ha incrementado en cantidad y se ha extendido al ámbito de la Atención Primaria y, aunque en menor medida, a los denominados laboratorios de habilidades clínicas. Hay un mayor control y seguimiento interno y externo de los planes de estudio.

¿Qué queda por hacer?

La función docente sigue estando poco valorada. Se mantienen unos contenidos excesivos, algunos poco pertinentes, mientras que sigue habiendo competencias olvidadas, muchas de ellas trasversales, especialmente las que hacen referencia a los valores del profesionalismo. Hay que comenzar a utilizar metodologías más activas. Es preciso insistir en un mayor nivel de integración real básica-clínica. La enseñanza práctica está muy poco sistematizada y con participación poco activa del estudiante. Además, como comentaba antes, su evaluación no suele ser objetiva o fiable. Las facultades siguen sin recurrir al asesoramiento de expertos en Educación Médica para el desarrollo curricular. Es preciso crear Unidades de Educación Médica, habituales fuera de nuestro país, que brinden a los docentes la ayuda necesaria en temas educativos.

¿Qué supone la "feminización" de la profesión sanitaria?

Uno de los cambios demográficos más notables que se ha producido en los últimos años es el incremento de la proporción de mujeres en las últimas generaciones de médicos. Actualmente, en torno a un 40 por ciento de los médicos colegiados en España y dos tercios de los estudiantes de Medicina son mujeres. En 1982, la cuarta parte de los profesores universitarios en ciencias de la salud eran mujeres, mientras que hoy en día lo son casi el 40 por ciento. Este cambio no sólo es evidente en España, sino que también parece comprobarse en otros muchos países de nuestro entorno geográfico y cultural. En Gran Bretaña, por ejemplo, se estima que las mujeres serán mayoría en el National Health System en el plazo de una década y en Estados Unidos, en los últimos 20 años, la proporción de mujeres entre los estudiantes de Medicina ha pasado de menos de un 10 por ciento a un 50 por ciento. Yo no sé que puede suponer esta evidente "feminización" de las profesiones sanitarias, pero parece que las mujeres tienden a escoger especialidades menos técnicas, más orientadas al paciente y que supongan un trabajo más planificable. Este patrón, que se reproduce en la mayoría de los países occidentales, coincide con el creciente deseo de una mayor proporción de médicos -hombres y mujeres- de tener un trabajo más flexible y con carreras de diseño menos lineal, con períodos sabáticos o interrupciones ocasionales. Estas tendencias no se deberían atribuir tanto a la feminización de la profesión, como a la evolución generacional, los cambios tecnológicos, la democratización del conocimiento y otros factores

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Programa Avanzado

Gestión Clínica

Farmacia

Comunicación

Médicos

Web 2.0

Gestores

Programa Superior

Alto rendimiento

Enfermería

EQUIPO

CONFLICTOS

Farmacoeconomía

Taller

Máster

Presencial

Online

Impreso

Liderazgo

Tiempo

saned GRUPO

ESIC BUSINESS& MARKETING SCHOOL

GRUPO SANED

Capitán Haya 60 / 28020 Madrid / Tel: 91 749 95 15
Anton Fortuny, 14-16 / 08950 Esplugues de Llobregat / Tel: 93 320 93 30

formacion.sanedesic@gruposaned.com

Proyecto Marcaré:

Manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular. Práctica clínica actual

Texto | Redacción

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Proyecto Marcaré: Manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular. Práctica clínica actual

En España el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio es la primera causa de muerte (tasa de 252,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes en 2013)[1]. A pesar de los esfuerzos realizados para controlar el nivel de LDL, la presión arterial y el metabolismo glucídico, los pacientes dislipémicos siguen teniendo un elevado riesgo de eventos cardiovasculares[2].

A las personas con riesgo cardiovascular alto y muy alto se les prescribe siguiendo las guías de práctica clínica[3], junto con los cambios en el estilo de vida, la medicación precisa para controlar globalmente sus factores de riesgo. La intensidad del tratamiento será mayor en función del nivel de riesgo, por lo que la mayoría de los pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular son pacientes polimedicados, siendo de vital importancia evaluar las interacciones que puedan tener los distintos fármacos que se les prescriben. En este grupo de pacientes se encuentran aquellos con síndrome metabólico, que presentan numerosas alteraciones: obesidad central, hiperglucemia, dislipemia e hipertensión. En estos pacientes es muy importante prescribir fármacos que controlen los factores de riesgo, que sean seguros y que no interfieran en el metabolismo glucémico[4,5].

Este es un campo en continua evolución, con una incidencia creciente en nuestro país que requiere una frecuente puesta al día.

Proyecto Marcaré

Con el objetivo de estudiar cómo se manejaba al paciente con alto y muy alto riesgo cardiovascular en las consultas de Cardiología españolas, Grupo SANED puso en marcha un estudio de Investigación en Sistemas de Salud con la participación de 233 cardiólogos, que permitió analizar este aspecto. Para el mismo se contó con la coordinación científica del Dr. Ramón Bover Freire, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y del Dr. Lorenzo Fácila Rubio, del Hospital General Universitario de Valencia.

Figura 1. Porcentaje de participantes según si dedicaban tiempo o no en explicar a sus pacientes las consecuencias de llevar un estilo de vida no cardiosaludable. N=233.

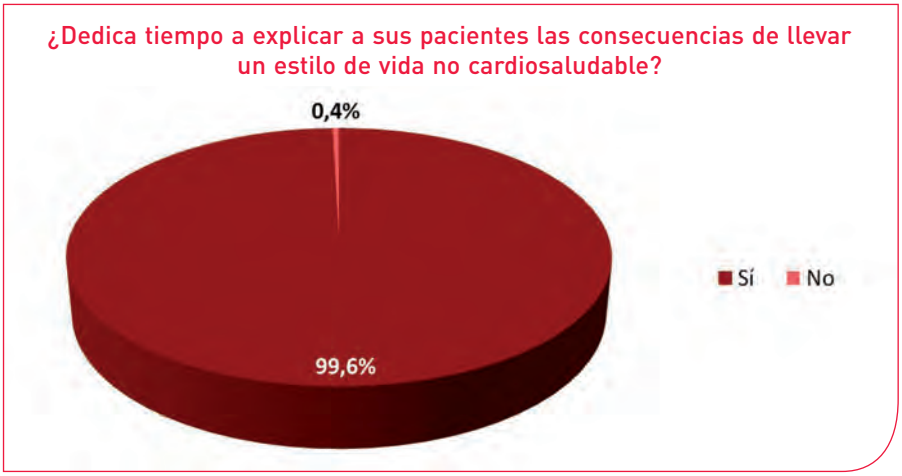
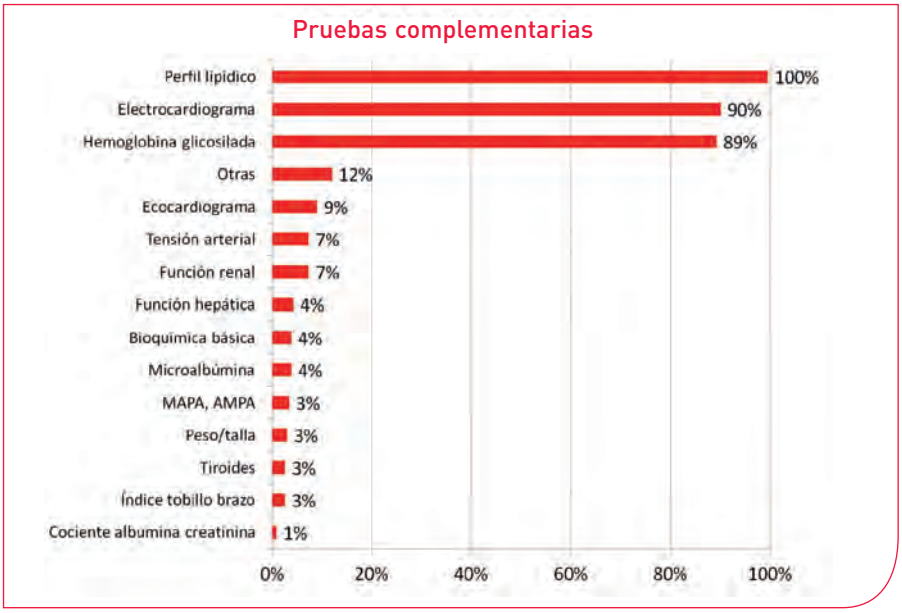


Figura 2. Porcentaje de participantes según las pruebas complementarias realizadas antes de iniciar el tratamiento del riesgo cardiovascular de un paciente. Multirrespuesta. N=233.



Los resultados obtenidos en el estudio permiten sacar conclusiones muy relevantes sobre las características diferenciales de las distintas estatinas en cuanto a su beneficio clínico global, teniendo en cuenta sus diferencias en potencia, seguridad y valor añadido en determinados perfiles de pacientes.

Un primer aspecto a considerar es la importancia de la educación acerca del impacto que tiene el estilo de vida en el control de los factores de riesgo cardiovascular. En este sentido, todos los investigadores del estudio manifestaron que realizaban tareas educativas en sus pacientes, lo que refleja la concienciación que existe sobre la relevancia de este aspecto (figura 1).

Figura 3. Porcentaje de participantes según la puntuación asignada para manifestar el grado de acuerdo con la afirmación: Los niveles de c-HDL predicen el riesgo de sufrir cardiopatía isquémica para cualquier cifra de c-LDL que se considere, incluso las más bajas, siendo 9 totalmente de acuerdo y 0 totalmente en desacuerdo. N=232.

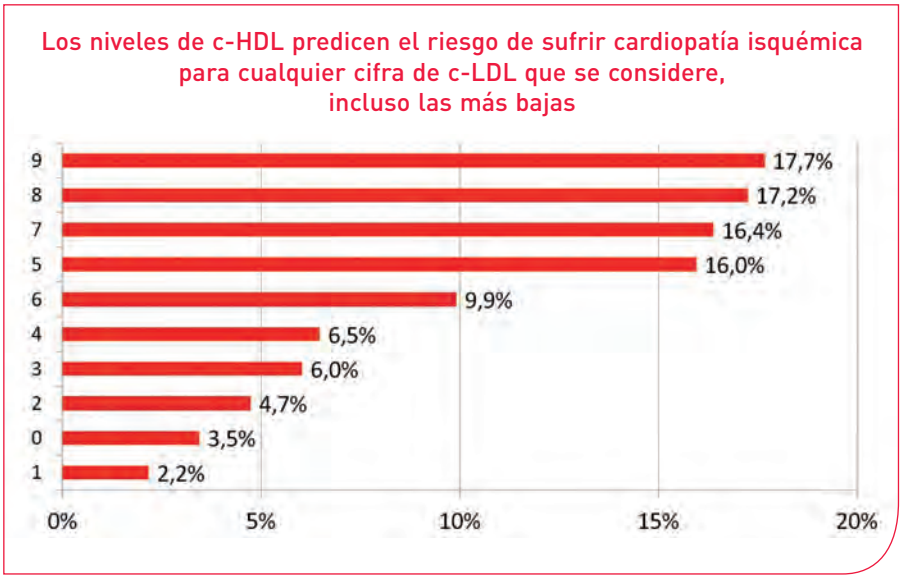
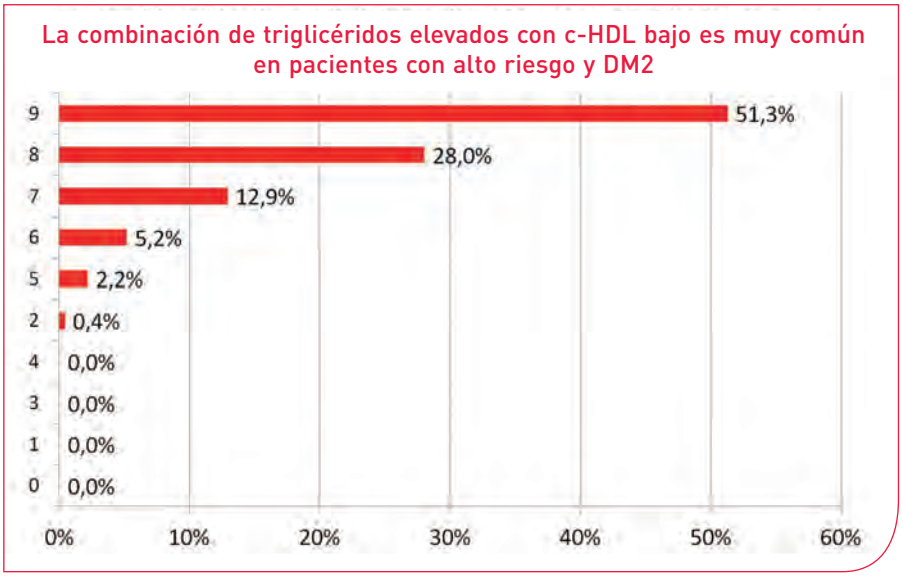


Figura 4. Porcentaje de participantes según la puntuación asignada para manifestar el grado de acuerdo con la afirmación: La combinación de triglicéridos elevados con c-HDL bajo es muy común en pacientes con alto riesgo y DM2, siendo 9 totalmente de acuerdo y 0 totalmente en desacuerdo. N=232.



Siguiendo la tendencia predominante en el ámbito europeo, casi todos los investigadores consideraban relevante la realización de una determinación del perfil lipídico antes de iniciar el tratamiento hipolipemiante. La determinación de la hemoglobina glicosilada fue igualmente mayoritaria, así como la búsqueda de hipertrofia ventricular y la confirmación de la normalidad del ritmo y de la frecuencia, entre otros, en el electrocardiograma de 12 derivaciones. Estos son los parámetros más empleados por los cardiólogos, siendo minoritaria la determinación de la función renal o hepática, u otros marcadores de lesión de órgano diana (microalbuminuria, cociente albúmina creatinina) (figura 2).

El cLDL es considerado por los cardiólogos el parámetro lipídico con mayor peso pronóstico, ya que en él se fundamentan las recomendaciones más sólidas que guían la búsqueda y la consecución de los objetivos terapéuticos de este aspecto (figura 3). Sin embargo, también se deriva de los resultados del presente estudio la relevancia que se otorga a los niveles bajos de cHDL como predictor independiente de enfermedad cardiovascular, así como la percepción de su elevada prevalencia junto con la hipertrigliceridemia en el paciente diabético con alto riesgo cardiovascular, habitual en las consultas de Cardiología (figura 4).

Siguiendo la tendencia predominante en el ámbito europeo, casi todos los investigadores consideraban relevante la realización de una determinación del perfil lipídico antes de iniciar el tratamiento hipolipemiante

Asimismo, se puede concluir que la mayoría de los cardiólogos consideran que la presencia de un cHDL bajo predice la aparición de cardiopatía isquémica, incluso en los pacientes con cLDL más bajo, por lo que los incrementos porcentuales de sus concentraciones séricas pueden ser más o, al menos, tan beneficiosas como la análoga reducción del cLDL (figura 5). Adicionalmente, un tercio de los cardiólogos consultados remarca la relevancia de

entender todas las consideraciones anteriores en el contexto del riesgo cardiovascular global del paciente, que viene definido por el conjunto y la interacción de los distintos factores de riesgo cardiovascular individuals (figura 6).

Rosuvastatina, atorvastatina y pitavastatina, en este orden, son consideradas por los investigadores como las de mayor eficacia en la reducción de cLDL

Partiendo de todo lo anterior surge la pregunta de ¿cómo se puede mejorar el perfil lipídico de los pacientes? Como es ya conocido, el fundamento debe ser la educación y la modificación de sus estilos de vida. Pero solo con esto, en la mayoría de los casos, no será posible alcanzar los objetivos de control lipídico internacionalmente aceptados. Por ello, el tratamiento farmacológico, cuya piedra angular son las estatinas, se presenta como la estrategia terapéutica a emplear en la mayoría de los pacientes. Para lograr el objetivo de cLDL óptimo en personas de alto riesgo cardiovascular se hace necesario el uso de estatinas con una potencia suficiente. En este sentido rosuvastatina, atorvastatina y pitavastatina, en este orden, son consideradas por los investigadores como las de mayor eficacia en la reducción de cLDL. Pero no se debe de tener en cuenta solo la potencia de cada uno de los fármacos, sino que se debe balancear con otros aspectos igualmente relevantes como son su seguridad y el beneficio clínico adicional que cada uno de ellos puede aportar.

Al hablar de tratamiento farmacológico, un aspecto siempre a considerar es la seguridad del mismo, representada por la posibilidad de interacciones farmacológicas y la aparición de intolerancias y reac-

Figura 5. Porcentaje de participantes según la puntuación asignada para manifestar el grado de acuerdo con la afirmación: Se ha demostrado que el beneficio es mayor si se aumenta un 1 % el c-HDL que si se disminuye un 1% el c-LDL, incluso las más bajas, siendo 9 totalmente de acuerdo y 0 totalmente en desacuerdo. N=232.

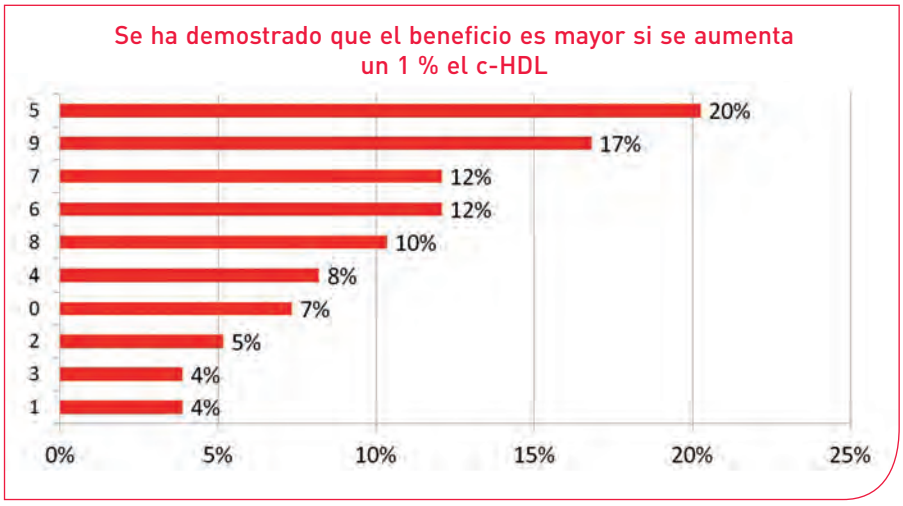


Figura 6. Porcentaje de participantes según la concentración de c-HDL que asocian a un alto riesgo cardiovascular. N=232.

ciones adversas. En este sentido, casi la totalidad de los investigadores manifestaron que siempre o habitualmente tienen en cuenta las posibles interacciones farmacológicas a la hora de escoger uno u otro fármaco. En el ámbito de la Cardiología existen algunas líneas farmacológicas de uso muy frecuente, como son los antihipertensivos (amlodipino) o la anticoagulación oral con Sintrom (por fibrilación auricular o la presencia de prótesis valvular cardiacas metálicas). Atorvastatina y simvastatina son las estatinas que identifican los investigadores como las que presentan, con más frecuencia, interacción farmacológica con otros tratamientos habituales (amlodipino, Sintrom), lo que llevaría a ser más precavidos con su empleo, o incluso a realizar un ajuste de sus dosis. Las dos estatinas anteriores (atorvastatina y simvastatina) junto con rosuvastatina se considera que presentan una interacción relevante con el empleo concomitante de diltiazem, fármaco de amplio uso por su efecto antihipertensivo, antiisquémico y bradicardizante. La amiodarona, el antiarrítmico de uso más extendido por sus amplias indicaciones, y el Sintrom, el anti-

Figura 7. Mediana de la puntuación asignada por los participantes a las distintas estadinas según el orden de elección en el caso de un paciente con miopatía ligera-moderada en tratamiento con atorvastatina 40 mg, para mantener potencia y reducir efectos secundarios. Siendo 1 la de primera elección y 9 la que elegiría la última. N=230.

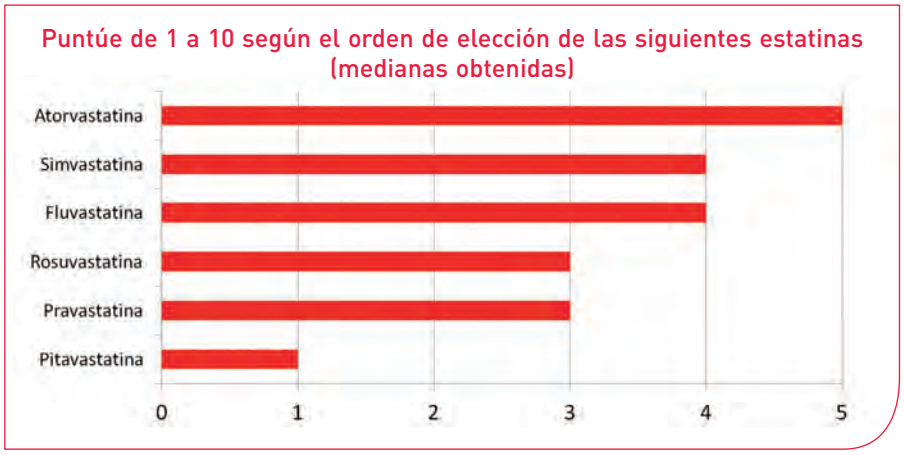
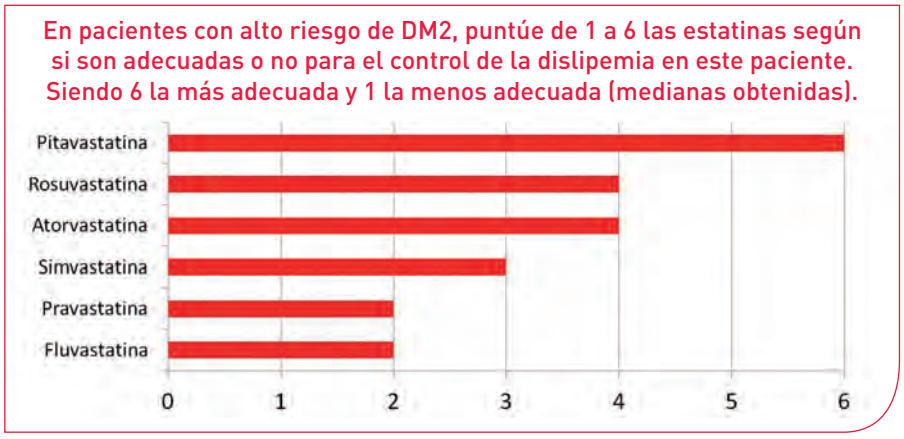


Figura 8. Mediana de la puntuación asignada por los participantes a las distintas estadinas según su adecuación en el control lipídico en pacientes con alto riesgo de DM". Siendo 6 la mejor valorada y 1 la peor. N=230.



coagulante oral más prescrito, son percibidos igualmente por los investigadores como fármacos con interacción relevante con rosuvastatina, atorvastatina, simvastatina y fluvastatina.

Pitavastatina se perfila como una estatina de elevada potencia y es considerada por los cardiólogos por su excelente perfil de tolerancia y su baja interacción con otros fármacos cardiovasculares de amplia utilización.

Además, y de gran relevancia, pitavastatina es valorada como la estatina con menor potencial de producción de miopatías, que es el efecto secundario más conocido y frecuente por el uso de esta familia terapéutica. Por ello, pitavastatina se considera, en los datos recogidos del estudio, como una excelente estatina de primera línea y de elección como sustitutivo de otras cuando estas producen daño muscular (figura 7).

Pitavastatina es, con diferencia, la estatina que los investigadores consideran más adecuada cuando hay alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, e incluso beneficiosa para el perfil glucémico en pa-

Proyecto Marcaré: Manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular. Práctica clínica actual

Figura 9. Mediana de la puntuación asignada por los participantes a las distintas estadinas según su efectividad en la reducción del cociente albúmina/creatinina en pacientes con nefropatía diabética. Siendo 1 la peor valorada y 10 la mejor valorada. N=230.

cientes con diabetes ya establecida, debido a que no altera el metabolismo glucídico. Esta característica diferencial de pitavastatina ha sido recientemente incorporada a su ficha técnica en nuestro país. Por el contrario, el 60-70 por ciento de los investigadores consideran que atorvastatina y simvastatina incrementan el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (figura 8). Pitavastatina ha sido igualmente la estatina más valorada por su efecto beneficioso en la reducción del cociente albúmina/creatinina en los enfermos con nefropatía diabética, comorbilidad frecuente en personas con enfermedad cardiovascular establecida (figura 9).

Pitavastatina es, con diferencia, la estatina que los investigadores consideran más adecuada cuando hay alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, e incluso beneficiosa para el perfil glucémico en pacientes con diabetes ya establecida, debido a que no altera el metabolismo glucídico

Por último, no es infrecuente encontrar en la consulta pacientes con alto riesgo residual lipídico, es decir aquellos que a pesar de presentar un cLDL menor de 100 mg/dl las cifras de cHDL son bajas. La mayoría de los cardiólogos consideran que en ellos es preciso buscar estrategias terapéuticas que incrementen el cHDL. Con este fin, la mitad de los investigadores insistiría en las medidas higiénico-dietéticas, pero la otra mitad (el 53 por ciento) cambiaría la estatina por otra con mayor potencia para conseguir el objetivo de cLDL y, que al mismo tiempo, fuera capaz de incrementar el cHDL.

Conclusiones

Es fundamental una correcta evaluación clínica y analítica del paciente antes de iniciar el tratamiento y la insistencia en la importancia de mantener hábitos de vida saludables.

Para la elección del tratamiento hipolipemiante se deben tener en cuenta múltiples aspectos, como son la potencia farmacológica requerida para alcanzar los objetivos terapéuticos, el perfil de seguridad del fármaco (interacciones farmacológicas, intolerancias, efectos adversos) y sus beneficios en perfiles concretos de pacientes (polimedicados, pre-diabéticos, diabéticos, enfermedad renal crónica, alto riesgo residual lipídico).

Pitavastatina se considera una excelente estatina por su adecuada potencia y su bajo perfil de interacciones farmacológicas, por ser valorada como la estatina con menor probabilidad de presentar miopatía, por no alterar el perfil glucídico, y por su efecto beneficioso en el aumento de las cifras de cHDL y reducción de triglicéridos ■

Bibliografía

1. Defunciones por causa de muerte. INE, febrero de 2015.
2. Fruchart JC et al. The risidual risk reducion initiative: a call to action to reduce residual vascular risk in dyslipidaemic patients. Diab Vasc Ris Res. 2008; 5:319- 335.
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MTCorrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Richard Hobbs FD, Løchen ML,Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N,Smulders Y, Tiberi M, Bart van der Worp H, van Dis I, Monique Verschuren WM. 2016 European Guidelines on ardiovascular disease prevention in clinical practice.Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016 Oct;69(10):939.
4. Hounslow N et al. Pitavastatin is without effect on glycaemic parameters in metabolic syndrome. In: 7thWorld Congresson Prevention of Diabetes and its Complications (WCPD 2012).
5. Yamakawa T et al. (2008) Influence of pitavastatin on glucose tolerance in patients with type 2 diabetes mellitus. J Atheroscler Thromb, 15, 269-275.Madrid, Spain, 2012.

Vídeo Paciente
Evidencia científica
Situaciones clínicas
Estadísticas
Teatro
Literatura
Animaciones
Artículos
Películas
Storytelling
Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento
Resultados de estudios
Calidad de vida
Farmacoeconomía
Documentales
Teasers
Mecanismo de acción
saned
GRUPO

Osakidetza
OSI BARRUALDE - GA
JON GUAJARDO
ZUZENDARI-GERENTE
GERENTE

La integración supone la mejora del proceso asistencial, evitando duplicidades

Jon Guajardo Remacha

Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao y vicepresidente 2º de SEDISA.

Texto Clara Simón Vázquez Fotos SEDISA

Jon Guajardo Remacha

“La integración supone la mejora del proceso asistencial, evitando duplicidades”

Jon Guajardo Remacha es gerente de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao y vicepresidente 2ª de SEDISA. Ha puesto en marcha la unificación de las dos organizaciones, el Hospital Galdakao-Usansolo y la Comarca Interior de Atención Primaria, en una única estructura organizativa. Es un claro defensor de la asistencia única coordinada, donde ciudadano, paciente y profesional cobran más protagonismo.

¿Cuál es su opinión sobre la actualidad del sistema sanitario?

Estamos con la necesidad de un cambio de paradigma de nuestro sistema de salud, contamos con un buen sistema pero si no hacemos algo diferente tenemos el riesgo de que no sea sostenible durante los próximos años. El modelo de que la responsabilidad del sistema está fuera de ciudadano, pacientes o profesional tiene que cambiar. La forma en la que llevamos muchos años trabajando se está agotando, por lo menos, parcialmente, y es necesario que haya un consenso político para decidir un objetivo común para todos y que no se utilice la salud en la confrontación política.

¿Cómo se podría mejorar?

Es necesaria una mayor implicación. Para esto, tanto los pacientes como los ciudadanos y los profesionales tienen que tener más información; decisores y gestores, más complicidad.

¿En qué sentido tienen que tener más implicación los ciudadanos?

Compartir la responsabilidad. Deben tener más información sobre cómo está el sistema actualmente. Y, además, deben ser conscientes de que todo tiene un coste (nada es gratis). Es necesario que el ciudadano se implique más en el cuidado de su salud y que sea un agente activo consigo mismo. La prevención tiene un papel esencial. Cada uno somos responsables de nuestra salud. Además, como ciudadanos debemos hacer un uso responsable de nuestro sistema de salud, ya que los recursos son limitados.

Estamos con la necesidad de un cambio de paradigma de nuestro sistema de salud, contamos con un buen sistema pero si no hacemos algo diferente tenemos el riesgo de que no sea sostenible durante los próximos años

¿Qué papel tiene la integración sanitaria en la mejora del sistema sanitario?

Es un enfoque hacia el paciente desde una visión global. La integración supone aplicar un esquema de coordinación de todos los recursos de salud que tenemos. Es positiva y necesaria en cuanto que conseguimos gestionar mejor las estructuras, desde un concepto de gerencia única y un solo presupuesto para Primaria y Especializada, en la consecución de mejores resultados y más eficiencia.

¿Cómo se trabaja en esta unificación?

Es necesario un presupuesto único, con un único equipo de dirección. Con esto se consigue pasar de gestionar dos organizaciones a hacerlo con una. Con una estrategia clara que aborda el aspecto más fundamental: la mejora del proceso asistencial, viéndolo de forma integrada evitando duplicidades y buscando un resultado final sobre el paciente. Se persigue que haya una continuidad que incluya todo el proceso, desde que empieza la evaluación del paciente hasta su seguimiento y reintegración a su vida normal.

¿Cómo se debe articular?

Hace falta dar pasos poco a poco. En Osakidetza estamos en un modelo de organizaciones integradas (OSI). Todos los hospitales y toda la Atención Primaria formamos parte de una OSI. Para ello ha sido necesaria una voluntad política y estratégica de hacerlo así.

¿Qué es necesario para poder hacerlo?

Generar una estructura única, un presupuesto único y una gerencia única. Además, hay que tener un sistema de información único; es decir, una historia electrónica que sea utilizable y sirva como punto de unión de las distintas partes. Porque si no, difícilmente se puede avanzar. También hace falta ir cambiando la cultura de los profesionales hacia un modelo asistencial coordinado con protocolos y procesos conjuntos, buscando un enfoque dirigido al paciente.

En este contexto, ¿cómo es la respuesta por parte de los profesionales?

Se tienen que sentir partícipes del proyecto, haciendo que sea un proyecto común para todos y con un enfoque hacia el paciente, como persona. En nuestra OSI Barrualde Galdakao se lleva a cabo trabajando de forma colaborativa entre Primaria y hospitalaria. Hemos formado muchos grupos donde médicos de Primaria con especialistas hospitalarios han definido qué y cómo deben derivar pacientes. Hemos puesto en funcionamiento las unidades de gestión integrada (UGI), microsistemas en cada uno de los centros de especialidades que forman un equipo con las unidades de Atención Primaria y se van definiendo proyectos conjuntos para mejorar el proceso asistencial. En esas UGI trabajan de forma colaborativa con el enfoque de mejora del proceso asistencial, liderado por un jefe de la unidad de Atención Primaria

La gestión del paciente crónico debe llevarla el médico de familia y su enfermera con el apoyo de las especialidades hospitalarias

¿Con qué elementos se cuenta para llevarlo a cabo?

Es importante tener una buena herramienta informática y única. En este marco se sitúan las consultas no presenciales. En este momento son más el 10 por ciento de las primeras consultas que se realizan. Así, el medico de familia no manda al paciente presencialmente al especialista, se hace la consulta vía historia clínica y se evita que el paciente se desplace. Además, se mejora la relación entre los distintos niveles de asistencia.

¿Qué percepción tiene el paciente?

La percepción del paciente es buena con nuestro sistema de salud. En relación a la integración, el ciudadano tiene un papel más protagonista dentro de lo que es nuestro modelo, aunque no es consciente de los cambios estructurales que estamos haciendo. Lo que sí mejoramos es el proceso interno para ese paciente.

¿Cómo puede repercutir la integración sanitaria en términos de calidad, eficiencia, sostenibilidad y reorganización de recursos?

Aunque por ahora los resultados son escasos, estamos viendo que se evitan consultas innecesarias. En todos estos pacientes que no estamos derivando, hemos comprobado que el 70 por ciento se ha resuelto sin que acuda

Jon Guajardo Remacha

presencialmente a las consultas hospitalarias. Además, se evitan duplicidades de pruebas y actuaciones. Las pruebas están en el sistema de información y se puede compartir y están unificadas. El profesional tiene acceso a toda esa información. Es un sistema que mejora la eficiencia y la sostenibilidad, y por lo tanto, es positivo. El nivel de reorganización de recursos, permite la optimizando, y probablemente con el tiempo, veremos que necesitaremos más recursos en Primaria y menos en Especializada.

¿Por qué motivo?

Porque uno de los objetivos es que el paciente esté controlado dentro de su entorno natural. Lo que estamos planteando es que no vaya al hospital, salvo que tenga que ir. Lo que interesa es que el médico de familia que conoce al paciente, le haga el seguimiento apoyado por el resto de los profesionales. La gestión del paciente crónico debe llevarla el médico de familia y su enfermera con el apoyo de las especialidades hospitalarias.

¿Cómo habría que articular la coordinación entre Primaria y Especializada?

Hay una perspectiva a ser menos hospitalarios y potenciar los recursos en la Atención Primaria y comunitaria. Así, la tendencia de futuro es que el paciente esté en su casa, controlado con su médico y enfermera de Primaria y cuando tenga la necesidad de ingresar por un problema agudo, lo haga.

¿Cuál es la situación actual?

En los últimos cuatro años se ha consolidado el modelo de organización sanitaria integrada, planteado por Osakidetza y la Consejería de Salud del Gobierno Vasco. Hemos ideado el modelo estructural del proceso asistencial. Ahora está definido y puesto en marcha, pero es un proceso lento. No obstante, hacemos actuaciones conjuntas para ir mejorando y avanzando hacia la integración. Por eso, se están buscando sistemas para acelerarlo como es el proyecto Integra-Sarea, que facilita la intensificación de la coordinación y eficacia desde el enfoque del paciente.

Hace falta ir cambiando la cultura de los profesionales hacia un modelo asistencial coordinado con protocolos y procesos conjuntos, buscando un enfoque dirigido al paciente

¿Por qué es tan lento el proceso?

Porque venimos trabajando en dos modelos diferentes: modelo de Atención Primaria y el modelo de hospital. La forma de actuar es diferente, aunque el objetivo y el paciente es el mismo: su salud, pero con dos enfoques distintos. La integración total va a costar por la cultura heredada y la falta de comunicación y confianza que puede haber habido por parte de los dos niveles de asistencia.

Es imprescindible la historia clínica, electrónica y única. Si no es muy difícil la integración. Las nuevas tecnologías nos facilitan que nos podamos comunicar distintas partes

¿Qué especialidades son las que tienen mejor coordinación con Primaria?

Se ha trabajado mucho con las especialidades médicas que atienden a pacientes crónicos. En general, Respiratorio, Endocrinología y Cardiología con la gestión de la enfermedad. Medicina Interna en los hospitales ha trabajado sobre el paciente pluripatológico con los equipos de Primaria. En nuestra OSI, hemos empezado a trabajar de forma general con todas las rutas asistenciales (Urgencias, agudo y crónico), desde la perspectiva del paciente, desde que sale de su casa hasta que vuelve a llegar, implicando a todas las especialidades y ámbitos en el resultado final.

¿Cómo han ayudado y pueden ayudar las nuevas tecnologías en ese proceso?

Es imprescindible la historia clínica, electrónica y única. Si no la hay es muy difícil la integración. Las nuevas tecnologías nos facilitan que nos podamos comunicar distintas partes. Es necesario que la información que se recoge quede guardada. Aún queda por hacer, quedan algunas pruebas que se registran en papel, y hay que escanear, pero estamos avanzando en el almacenaje y gestión de toda la información. Así, vamos ganando en comunicación, integración y coordinación.

¿Qué les queda?

Dentro de las nuevas tecnologías, nos queda explotar toda esa información que tenemos almacenada con sistemas de Big Data y de ayuda a la decisión, que facilitarán hacer una Medicina más inteligente e integrada con toda la información disponible ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

saned
GRUPO

Impulsando la formación desde 1981

- Más de 65.000 profesionales sanitarios formados
- Cursos en práctica clínica, habilidades intra e interpersonales y gestión
- Colaboraciones con Sociedades Científicas, Escuelas de Negocios y Escuelas de Medicina, Farmacia y Enfermería
- Acreditada (CFC, ECTS)

A la Administración le cuesta cambiar. Se continúa con la inercia de épocas pasadas, con la atención paternalista

Iñaki Lapuente

Coordinador del Plan de Cronicidad del Servicio Cántabro de Salud y miembro de la SEDAP

Texto Nerea Garay Fotos SEDAP

Iñaki Lapuente

"A la Administración le cuesta cambiar. Se continúa con la inercia de épocas pasadas, con la atención paternalista"

Iñaki Lapuente Heppe, coordinador del Plan de Cronicidad y director de la Oficina de Cronicidad y Pluripatología del Servicio Cántabro de Salud (SCV), cree que el sistema sanitario público solo será sostenible si todos los participantes del mismo actúan con responsabilidad. Como miembro de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) insiste en señalar que los directivos de este nivel asistencial tienen la suficiente capacidad de gestión para actuar sobre las tres áreas que preocupan a los profesionales: formación continua, estabilidad laboral y sustituciones, al tiempo que reconoce que a la Administración, como a las personas, le cuesta cambiar. "En Sanidad se continúa con la inercia de épocas pasadas, con la atención paternalista y con el hospitalocentrismo, a pesar que desde todas las CC.AA. con sus planes de cronicidad sí se propugnan cambios", sostiene en la entrevista concedida a EL MÉDICO.

¿Qué criterios siguen ustedes para incluir a alguien en los sistemas de cronicidad?

En Cantabria, hemos diseñado 13 proyectos para implantar el Plan de Atención a la Cronicidad. La Ruta de Atención a la Cronicidad es uno de ellos, siendo la Ruta de Atención al Paciente Pluripatológico la que pretende servir de modelo al resto de rutas asistenciales. Utilizamos la herramienta de estratificación del Ministerio y la población diana escogida son los pacientes con 2 o más patologías crónicas, con un nivel de complejidad 4 y 5, y un riesgo 3 y 4. Esta población se proporciona a cada equipo de Atención Primaria (Medicina, enfermería y trabajo social) que son quienes, con la ayuda del internista de referencia en caso necesario, seleccionan qué pacientes son codificados como "crónicos pluripatológicos" en la historia clínica. Posteriormente es cada equipo quien bajo su criterio y con la ayuda de los Criterios de Ollero, incluyen a los pacientes en la ruta.

Lo más normal es que los pacientes crónicos sean pluripatológicos...

Eso es lo que indica la información extraída de la estratificación poblacional. En Cantabria, el 77,63 por ciento de los pacientes con patologías crónicas son pluripatológicos (PPP). Es decir, que tienen 2 o más patologías crónicas. Los pacientes PPP con complejidad 4 y 5 representan el 11,37 por ciento del total de crónicos, y el 14,65 por ciento de los pacientes pluripatológicos. Los pacientes PPP con complejidad 4 y 5 y riesgo 3 y 4 son el 6,48 por ciento del total de crónicos y el 8,35 por ciento de los PPP.

¿Y en relación a la polimedicación?

Según los datos de farmacología y de la utilización de la herramienta IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Expe-

riencia del Paciente Crónico) sabemos que si tenemos en cuenta toda la medicación, aguda y crónica, el 56 por ciento de la población cántabra ha tomado algún medicamento. La media de medicamentos por ciudadano es de 2,2; la media de medicamentos de la persona que se medica es de 3,9.

Los mayores son los que más se medican ¿Son también los que más "cuestan" al sistema?

Los pacientes mayores de 75 años tratados toman una media de 6,55 medicamentos. Los crónicos con una edad media de 70 años tienen una media de 5 medicamentos; y los crónicos con una edad media de 49 años tienen prescritos una media de 2,80 medicamentos. La prescripción media de medicamentos se observa claramente que se estratifica por tramos crecientes según la edad.

¿Cuál diría que es la edad en que la población empieza a presentar cronicidad de impacto?

La población en Cantabria mayor de 65 años es el 20,3 por ciento, siendo la sexta entre las Comunidades Autónomas españolas. De mantenerse las tendencias demográficas actuales, en 2029 tendríamos un 25 por ciento y en 2069 se situaría en torno al 40 por ciento. Con los datos actuales de población mayor de 16 años, tenemos que la media de edad de los pacientes crónicos es de 52,52 años. La media de los PPP es de 55.65 años; la de los pluripatológicos con complejidad 4/5 es de 66,72 años; y, por último, la media de edad de los pacientes PPP, complejidad 4/5, y riesgo 3/4 es de 72,86 años.

Debemos de poner en marcha ya la formación individualizada de los profesionales en base a las necesidades a cubrir en cada puesto de trabajo y a sus carencias competenciales

Para atender a un policrónico ¿qué sería mejor, que les trataran los especialistas de AE o es preferible que el médico de AP sea el engranaje de todo el tratamiento?

El objetivo de la Ruta de Atención al Paciente Pluripatológico es la de mantener estable al paciente en su entorno habitual, siendo este su propia casa o la residencia donde viva. Son sus profesionales (principalmente de Medicina, enfermería o trabajo social) de Atención Primaria los encargados de dicha tarea. Solo cuando el paciente esté inestable y requiera la intervención de un profesional de otro nivel asistencial deberá intervenir el internista o el médico de referencia para el paciente en el ámbito hospitalario.

Una excesiva movilidad en la plantilla de los sanitarios genera ineficiencias e inequidades en el sistema

A la hora de tratar al paciente de estas pluripatologías diagnosticadas, ¿qué ventajas obtiene el paciente: cercanía, confianza, más rapidez, no saturación de hospitales...? ¿Qué beneficios logra el sistema?

Para el paciente, seguridad, continuidad asistencial, confianza, accesibilidad. Para el sistema, credibilidad, mayor eficiencia por la vía de la disminución de consultas tanto en AP como en hospital, menos urgencias, menos ingresos y reingresos.

Como responsable del Plan de Crónicos en Cantabria, ¿cómo tienen organizado el tratamiento tanto espacial como personal?

La atención en el nivel hospitalario de los pacientes inestables se realiza por el internista de referencia (hay asignado un internista de referencia por cada 5 zonas básicas de salud) y por la enfermera de enlace hospitalario. El dispositivo consiste en un contacto entre médico de familia e internista de referencia, por teléfono (si es urgente) o por consulta presencial. Si se requiere la estabilización, se realiza en el día en una consulta de pre-hospitalización en la planta de Medicina Interna, en la que hay reservadas unas camas de corta estancia por si fuera necesario el ingreso. Cuando lo con-

sideran necesario, los internistas activan los recursos de hospitalización a domicilio o de hospitalización en media-larga estancia. El momento del alta hospitalaria es coordinado por la enfermera de enlace con la enfermería de AP. Además se va a poner en marcha un dispositivo de enfermería para el seguimiento de pacientes, principalmente crónicos, por vía telefónica, que será activado al alta de los pacientes por la enfermería de AP junto a la enfermería de hospital.

Los directivos de Atención Primaria tienen la suficiente capacidad de gestión para actuar sobre la formación, estabilidad y sustituciones de los profesionales

¿Cómo valora la relación hospital/Atención Primaria, y la AP/especialista? ¿Se avanza o es una relación manifiestamente mejorable?

Una de las primeras tareas ha sido poder conocer la opinión de los profesionales y de los pacientes en relación a la cronicidad. Para conocer la de los profesionales hemos utilizado dos herramientas: IEMAC (Instrumento de Evaluación del Modelo de Atención a la Cronicidad) y el cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención (basado en Modelo D´Amour).

El cambio necesario para la adherencia al tratamiento pasa por hacer partícipe y responsable al paciente de la gestión de su enfermedad y a los ciudadanos, en general, de su salud

Siguiendo el IEMAC...

Los resultados de interés son que en la dimensión "Modelo Asistencial", en cuanto a la intervención sobre "Trabajo en Equipo Multidisciplinar" la apreciación es de un 18 por ciento y respecto a la intervención sobre "Integración y Continuidad Asistencia" se valora en un 23 por ciento. En la dimensión de"Apoyo a la toma de decisiones", el resultado de la intervención sobre "protocolos y guías compartidas" arroja un resultado del 26 por ciento.

Y en el Modelo D'Amour...

La valoración global media de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles asistenciales en el SCS ha sido de 2,47 puntos. Se trata por tanto de una valoración baja, en la escala Likert de 5 grados utilizada (1-5), en la que el 3 representa el punto medio. Por ítems, la mayoría de ellos se encuentran también en un nivel intermedio, entre 1,95 y 2,79 de puntuación. Los ítems y su puntuación relacionados con la pregunta son: Por encima de la media, protocolización (2,70), sistema de información (2,69) y conocimiento mutuo (2,63) y, por debajo de la media, objetivos comunes (2,49), espacios de encuentro (2,13). Como bien se puede apreciar es una relación manifiestamente mejorable. Tenemos la certeza de que el trabajo colaborativo que se está generando, principalmente en el diseño e implantación de las rutas asistenciales, tendrá su reflejo positivo en los resultados de las próximas evaluaciones.

Recientemente, el doctor Morera, presidente de la SEDAP, comentaba a nuestra Revista que la Administración sanitaria está poco concienciada sobre un detalle presupuestario de calado: que con un pequeño empujón presupuestario en la AP se conseguiría mucho más que con una macroinversión en hospitales...

Los dineros hay que destinarlos donde sean más necesarios para conseguir las ventajas para el paciente y el sistema, que antes hemos mencionado. Esto quiere decir que no se trata de elegir entre unos y otros, sino asegurar que se disponga de los recursos necesarios para garantizar las etapas clave del proceso asistencial. Por ejemplo, puede ser necesaria la contratación en AP de profesionales para garantizar la valoración integral y el nivel de cuidados, el correcto dimensionamiento del servicio de atención domiciliaria hospitalario, o inversión en tecnología sanitaria para la implantación de telemedicina en estos pacientes. El presupuesto debe seguir al paciente y al proceso, no a la inversa.

¿Cree que siendo la Atención Primaria la responsable de la cronicidad se consiguen mayores niveles de adherencia al tratamiento?

Es probable, pero no seguro. Me explico. Llevamos ya muchos años de AP en los que hemos estado atendiendo a los crónicos aunque no estuviesen "de moda" como ahora. Y en todo este tiempo ¿qué hemos conseguido? digamos que poco, porque seguimos hablando de mejorar los niveles de adherencia al tratamiento. El cambio necesario pasa por hacer partícipe y responsable al paciente de la gestión de su enfermedad y, en general, a los ciudadanos de su salud. En Cantabria, para impulsar este cambio, hemos puesto en marcha un programa denominado Cuidado Responsable, que tiene como uno de sus focos de atención la adherencia al tratamiento, no sólo farmacológico, sino también de cuidados.

Sabiendo que potenciando la AP se consigue más eficiencia global en el

sistema, ¿por qué cree que se sigue apostando más por los hospitales?

Como a las personas, a la Administración (compuesta por personas) le cuesta cambiar, y aunque desde todos los ámbitos se propugnan cambios (todas las Comunidades Autónomas tienen planes de atención a la cronicidad), se continúa con la inercia de épocas pasadas, con el hospitalocentrismo, la atención paternalista, la no-responsabilidad del propio paciente en su cuidado, etc. Evidentemente, el impacto social y mediático de los hospitales es mayor, quizás por tener los recursos concentrados (a diferencia de la AP), por su mayor desarrollo tecnológico (y coste asociado), por atender una fase no silente de la enfermedad (que requiere en muchos casos encamamiento), entre otras explicaciones.

El presupuesto debe seguir al paciente y al proceso, no a la inversa

Una de las quejas más frecuente de los profesionales de AP es la necesidad de una formación continua, mayor estabilidad y sustituciones más ágiles. Valore estos tres puntos como miembro de la SEDAP y como responsable del Plan de Crónicos de Cantabria

Opino igual desde ambos puntos de vista, pero como miembro de SEDAP, decir que aunque la mejora en las tres áreas planteadas depende de la intervención de todos los niveles, los directivos de AP tienen la suficiente capacidad de gestión para actuar sobre ellas. En cuanto a la formación continua, una de las preguntas que siempre me hago es si la formación que se solicita es la que quieren los profesionales o la que necesitan los profesionales. Cuando analizamos las propuestas formativas o la asistencia a los cursos de formación, vemos que siempre son los mismos profesionales los interesados, además estos profesionales tienden a acudir a cursos de la misma área temática. Es un tema a estudio y debate.

En Cantabria hemos puesto en marcha un Programa denominado Cuidado Responsable para potenciar la adherencia al tratamiento, no sólo farmacológico, sino también de cuidados

¿Qué propondría entonces para optimizar la formación de los profesionales y su estabilidad?

Debemos de poner en marcha ya la formación individualizada en base a las necesidades a cubrir en cada puesto de trabajo y a sus carencias competenciales, así como a los resultados asistenciales de cada profesional. Sobre la estabilidad, todos estamos de acuerdo en que debemos de tender a una plantilla estable, tanto por el beneficio de los profesionales, como para poder poner en marcha los proyectos con una garantía de continuidad. Por otro lado, una excesiva movilidad en la plantilla genera ineficiencias e inequidades.

¿Y en cuanto a las sustituciones?

Aquí como en el dinero, deben ir asociadas al desarrollo del proceso asistencial. Hay que tener en cuenta a la hora de planificar las sustituciones todas las variables que entran en juego. Las tareas claves en los procesos, la organización de los equipos (en Atención Primaria, por ejemplo, una zona básica es atendida por un equipo de profesionales), la disponibilidad de sustitutos, y sin olvidar la disponibilidad presupuestaria.

Es evidente que hay una descompensación entre la edad de la población y las demandas de nuevos tratamientos y tecnologías sanitarias con las disponibilidades económicas. Si nos encaramos con decisión a la cronicidad creciente en AP, ¿será sostenible el sistema sanitario?

Solamente lo será si todos los que participamos en el sistema entendemos que es eso de encarar con decisión, algo que a me parece que no es otra cosa que actuar con responsabilidad. Como he dicho al principio, la población tiene cada vez más edad y el número de crónicos aumenta. Es importante que pongamos en marcha estrategias encaminadas, por un lado, a facilitar y proveer información y formación a pacientes crónicos, cuidadores y familiares, que les permita adquirir conocimientos y habilidades en la gestión de su enfermedad, y, por otro, la incorporación de pautas y hábitos saludables, tanto a los pacientes crónicos para mejorar su calidad de vida, como a la ciudadanía en general, para evitar que enfermen. La participación en esta tarea de organizaciones profesionales y de pacientes, de administraciones como educación, servicios sociales e industria farmacéutica, se hace imprescindible. Sin esta implicación e integración no es posible la sostenibilidad ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

DÍA MUNDIAL DE LA OBESIDAD

Obesidad, en curva de censo

Texto Nerea Garay

RADIOGRAFÍA A...
Día Mundial de la Obesidad

La obesidad es, sin duda, la peor epidemia de los países desarrollados. La mitad de la población adulta en España tiene sobrepeso y uno de cada cuatro padece obesidad. Pero lo más preocupante es que la curva de la obesidad presenta una clarísima tendencia ascendente, principalmente teniendo en cuenta el alarmante índice de sobrepeso en niños y adolescentes en España, que ahora mismo ya sitúa a nuestro país en el tercer puesto sólo por detrás de Reino Unido y Grecia. Con motivo del Día Mundial de la Obesidad, celebrado el 12 de noviembre, y del Día Nacional de la Persona Obesa, que tiene lugar el 14 de diciembre, los expertos alertan de la necesidad de encontrar maneras efectivas de aplicar las recomendaciones de la OMS para tratar de poner límite a una patología implicada en otras como las cardiovasculares o el cáncer.

Frente a los ochocientos millones de personas que posiblemente hoy no hayan tenido nada para comer, en el extremo opuesto, la sociedad actual hace frente a una obesidad galopante que durante las últimas décadas se ha convertido en un grave problema sanitario a escala mundial, sobre todo en países desarrollados y con especial incidencia en España. "Se trata de la gran epidemia de los países desarrollados que cuentan con sociedades cuyos hábitos de vida favorecen la ingesta hipercalórica y la reducción de la actividad física", señala el doctor Juan Carlos Ruiz de Adana, presidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y de las Enfermedades Metabólicas (SECO).

Muchos desconocen los riesgos metabólicos y cardiovasculares que provoca a medio-largo plazo la obesidad, sobre todo entre aquellas personas que tienen unos niveles socioeconómicos más desfavorables

Aunque la sociedad española esté cada día más sensibilizada, todavía son muchos los que desconocen los riesgos metabólicos y cardiovasculares que provoca a medio-largo plazo la obesidad, sobre todo entre aquellas personas que tienen unos niveles socioeconómicos más desfavorables. "Clásicamente el menor poder adquisitivo y el bajo nivel educativo se asocian con una mayor prevalencia de obesidad. La comida más rica en calorías suele ser más económica. Algunos pacientes se quejan de que no pueden seguir una dieta hipocalórica "clásica" por no disponer de dinero suficiente para dedicarlo a la compra de comida más saludable", explica, por su parte, el doctor Albert Lecube, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, en Cataluña, y miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Una consideración que también comenta el doctor Javier Salvador, director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica de Navarra, quien afirma que las poblaciones con más necesidades habitualmente evolucionan hacia una alimentación más barata, no rica en hortalizas, ni en frutas, ni en proteínas, sino que camina hacia una alimentación rica en carbohidratos y grasas que tienen un gran poder calórico y menor poder "saciante" siendo además las responsables de que el balance calórico final en esas comunidades sea más positivo y tengan obesidad con más facilidad.

Assumpta Caixás, coordinadora del Grupo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), sostiene también que las clases sociales más pobres son las que presentan mayor porcentaje de obesidad, "al contrario de lo que sucedía en épocas pasadas cuando eran

las más pudientes las que podían acceder a la comida. Sin embargo, ahora entre nosotros todo el mundo tiene suficiente alimento, pero la posibilidad de disponer de alimentos más sanos no es fácil para los más pobres", asiente Caixás.

Sin minusvalorar el aspecto social citado, conviene tener muy claro que no existe una, sino múltiples causas de la obesidad. Entran muchos elementos en juego, empezando por la manida influencia genética, que ciertamente existe, "pero que no explicaría ni de lejos el aumento tan enorme que se está produciendo en las tasas de obesidad en las últimas tres o cuatro décadas, tanto en España como en el resto del mundo", explica el endocrinólogo Javier Salvador, quien sostiene que los dos elementos clave que más contribuyen a que haya obesidad son la sobreingesta y el sedentarismo. "Además juegan también otros factores importantes como son el estrés, la falta de sueño, algunos tratamientos farmacológicos o ciertas enfermedades que también cursan con obesidad. Incluso diría que aspectos fisiopatológicos, desconocidos hasta hace poco tiempo, como todo lo que rodea a la microbiota intestinal, pueden tener también una influencia clara en el desarrollo de la obesidad, en el control del comportamiento alimentario y, por lo tanto, incluso en el control de la regulación del metabolismo intermediario".

Carga mundial de sobrepeso y obesidad

A escala mundial se estima que 640 millones de adultos en 2014 y 110 millones de niños/niñas y adolescentes en 2013 eran obesos. La prevalencia estandarizada estimada de la obesidad por edad en 2014 fue del 10,8 por ciento en los hombres, del 14,9 en las mujeres y del 5,0 por ciento en los niños; además, hoy en el mundo son más las personas con sobrepeso u obesos que quienes tienen bajo peso. Se estima que en 2013 más de 4,5 millones de muertes en el mundo fueron atribuibles al sobrepeso y/o a la obesidad.

Según el estudio ENRICA de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, la obesidad en nuestro país se sitúa en torno al 23 por ciento en personas adultas y en el 39 por ciento de sobrepeso. Cifras extremadamente preocupantes y con expectativas futuras poco halagüeñas porque en los niños el estudio habla de que uno de cada 3 o 4 tiene exceso de peso. "Esto quiere decir que hay una gran epidemia de obesidad con porcentajes crecientes sostenidos a lo largo del tiempo", explica el doctor Salvador, quien va más allá al señalar que los estudios epidemiológicos que estudian la frecuencia de la diabetes tipo 2 también muestran una situación progresivamente creciente, confirmando que una de las causas más frecuentes de este tipo de diabetes es la obesidad. "Si fuéramos hábiles y eficaces en lograr la prevención de la obesidad y en reducir su

prevalencia, estoy totalmente convencido de que la tasa de diabéticos tipo 2, de hipertensos y de personas con apnea del sueño e incluso la tasa de las personas con cáncer disminuiría", recalca el doctor Salvador.

Para el miembro de la SEEDO, Albert Lecube, el modo de atajar la obesidad infantil requiere un abordaje multidisciplinar y se sustenta sobre tres pilares: la reorganización de los hábitos alimentarios, la potenciación de la actividad física y, sobre todo, la motivación del niño y del entorno familiar para conseguir los cambios de hábitos de conducta necesarios.

El problema es que los fármacos para la obesidad no están financiados. Los expertos apuestan por que los medicamentos que han demostrado su eficacia estén costeados por la Sanidad pública

"Niño gordo, adulto obeso" suele escucharse como advertencia de prevención; la obesidad en un organismo en desarrollo supone una impronta tanto a nivel fisiológico como psicológico y de conducta que puede condicionar su salud para toda la vida. De ahí que la obesidad en la época pediátrica tenga a su vez proyección en la edad adulta. "Es conocido que los factores ambientales obesogénicos actúan especialmente en determinados momentos considerados como críticos del desarrollo humano, como la gestación, el primer año de vida, el periodo entre los 4-6 años de edad y en la adolescencia, por lo que la obesidad en esos períodos multiplica notablemente el riesgo", añade la doctora Asumpta Caixás. Para la experta de la SEEN hay que empezar por concienciar a la familia y trabajar en los comedores escolares.

Al igual que en el adulto, la obesidad en la infancia lleva aparejada una serie de comorbilidades como hipertensión arterial, resistencia a la insulina, dislipemia, alteraciones psicosociales... Si esta situación se perpetúa durante la edad adulta, aumentará el riesgo de enfermedad cardiovascular reduciéndose la expectativa de vida del individuo. "Además la obesidad también está relacionada con cáncer y con cáncer con una evolución peor. Todas las personas tendrían que saber que existe una relación obesidad-cáncer, obesidad y envejecimiento de mala calidad", apostilla el doctor Salvador Rodríguez.

Respecto al plan de alimentación considera el doctor Salvador que debe de ser moderadamente hipocalórico, "que sea vivible y acompañado por un programa de actividad física que a mí me gusta que sea aeróbico. Yo soy de los que piensan que las articulaciones de las personas con obesidad hay que cuidarlas muchísimo por lo que el ejercicio más indicado podría ser la natación o pasear por terreno llano una hora diaria. Esto hace que el paciente se estimule no solo para hacer ejercicios, sino luego para controlar la alimentación", reconoce el endocrino de Navarra.

"Existe una relación directa entre IMC y mortalidad. Se ha estimado que en el año 2006 se produjeron en España 25.671 muertes atribuibles al exceso de peso, 16.405 en varones y 9.266 en mujeres. La mortalidad atribuible al exceso de peso supuso un 15,8 por ciento del total de muertes en varones y un 14,8 por ciento en mujeres, pero si nos referimos solo a aquellas causas donde el exceso de peso es factor de riesgo, las cifras se elevan hasta el 31,6 por ciento en varones y el 28 por ciento en mujeres. La causa más frecuente de mortalidad atribuible a la obesidad fue la enfermedad cardiovascular (58 por ciento del total), seguida de la causa tumoral", recalca Albert Lecube.

Alternativas farmacológicas

Las alternativas terapéuticas existentes en la actualidad, entre las que se encuentra la cirugía bariátrica para los casos extremos, son escasas. Hasta ahora los especialistas solo contaban con el orlistat. Recientemente se ha comercializado la liraglutida 3 mg, lanzada por la compañía Novo Nordisk. En concreto esta nueva molécula aprovecha el mecanismo fisiológico de saciedad del GLP1, señala el doctor Salvador. "No obstante, el GLP1 desaparece a gran velocidad, motivo por el que se ha desarrollado el agonista liraglutida, que permite mantener la sensación de saciedad por más tiempo".

Las características más importantes de este nuevo tratamiento contra la obesidad son la pérdida de peso significativa y la pérdida de peso sostenida, ya que tres de cada cinco personas perdieron el 5 por ciento o más de su peso corporal al inicio, y al año del tratamiento perdieron un 6 por ciento adicional, explican los doctores Salvador y Caixás. Al tiempo que destacan el efecto que tiene sobre otros factores de riesgo que acompañan a la obesidad: aumenta el colesterol HDL, disminuye los triglicéridos y el LDL, mejora la apnea, contribuye a mejorar el perfil de lípidos, etc. Su administración es diaria mediante una inyección intravenosa y bajo prescripción médica.

"El problema para los pacientes con obesidad es que estos fármacos no están financiados por la Seguridad Social. Las autoridades sanitarias temen que puedan tener una avalancha de tratamientos para reducir el peso y por ello no han financiado ninguno de ellos. El nuevo medicamento que está resultando muy efectivo tampoco está financiado por la Seguridad Social y cuesta el doble que el Orlistat/Xenical", explica la coordinadora del Grupo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), quien insiste en señalar que los dos medicamentos que se ha comprobado su efectividad tendrían que ser costeados

por la Sanidad pública. “Lo que ocurrirá es que podrá acceder al medicamento quien se lo pueda costear, el resto no. Además, como sucede con la diabetes se irán añadiendo fármacos con distintos mecanismos pero todos actúan para bajar la glucemia. La obesidad a la larga se deberá tratar con una combinación de medicamentos con diferentes mecanismos y que todos incidieran en tener menos hambre y bajar de peso”, recalca.

La cirugía bariátrica, por su parte, es el tratamiento con mayor ratio de coste-efectividad en los casos indicados, ya que mejora las enfermedades asociadas, reduce los ingresos hospitalarios, aumenta la calidad de vida de los pacientes y consigue resultados duraderos. En España, en el último trienio, se han reducido el número de estas operaciones con una media de 5.000 intervenciones bariátricas anuales. Esta cirugía se realiza en más de 90 centros distribuidos por todo el país, con equipos multidisciplinares expertos y que reciben formación continuada, lo que garantiza la seguridad del tratamiento.

“No todos los pacientes son candidatos a esta cirugía y es el especialista el que debe valorar cada caso. En este campo tenemos excelentes cirujanos bariátricos. Pero el mensaje que hay que trasladar es que el paciente obeso necesita revisiones de por vida, porque en ocasiones se pueden producir deficiencias nutricionales como consecuencia de la cirugía. Es necesario que las personas con obesidad vayan periódicamente al médico para saber si desarrollan alguna complicación y si vamos perdiendo el exceso de masa grasa; eso es esencial”, recalca el doctor Salvador. El problema radica, a juicio de la doctora Assumpta Caixás, en que los hospitales no dan abasto para operar a todos los pacientes que precisan esta intervención. “Hay centros con unas listas de espera de 3 y 4 años”, explica.

Para el jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario

OCHO TIPO DE TUMORES ASOCIADOS CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha realizado una nueva evaluación sobre factores de riesgo asociados al cáncer y, tras una revisión de la literatura científica publicada, ha identificado 8 tipos de cáncer adicionales relacionados con la obesidad y el sobrepeso

En el nuevo informe... Los expertos señalan que en adultos de mediana edad no se puede descartar la relación entre el exceso de grasa y 8 nuevos tipos de cáncer: tumores en el estómago, el hígado, la vesícula, el páncreas, el ovario y el tiroides, así como meningioma y mieloma múltiple. Asimismo, señala que existe una evidencia limitada de que evitar el exceso de grasa corporal reduce el riesgo de cáncer mortal de próstata, de mama en hombres, y el linfoma de célula B grandes difuso.

Resultados publicados en *The New England Journal of Medicine*... ponen de relieve que reducir el exceso de grasa corporal reduce las posibilidades de padecer cáncer.

Los expertos confirman que... La ausencia de exceso de grasa corporal reduce el riesgo de padecer cáncer de colon y recto, esófago (Adenocarcinoma), riñón (carcinoma de células renales), de mama en mujeres posmenopáusicas, y el endometrio en el útero.

Arnau de Vilanova, la Administración sanitaria tendría que llevar a cabo medidas legislativas concretas que delimiten marcos de actuación adecuados a todos los niveles. "Medidas reguladoras sobre la industria (control de etiquetados, de la publicidad, de patronaje, etc.), agentes educativos (escuelas, institutos de enseñanza, medios de comunicación), comercio y consumo (máquinas expendedoras, infraestructuras, etc.). Además son posibles otras que permitan incentivar económicamente el consumo de ciertos alimentos o la realización de actividades físicas, cuya rentabilidad en cuanto a resultados habría de ser valorada en cada caso. Para el desarrollo y control de este marco legislativo son necesarias las comisiones técnicas correspondientes".

Fomentar una alimentación saludable y la actividad física invierte la tendencia ascendente de la obesidad y reduce la morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades crónicas

En opinión de Lecube, este tipo de actuaciones involucra a muchos departamentos y agentes sociales, y puede dañar los intereses de otros muchos, por lo que necesitan una postura política decidida y valiente. En esta línea el Ministerio de Sanidad presentó en el año 2005 la estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), en colaboración y coordinación con las comunidades autónomas. Propone como meta fundamental "fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades crónicas".

Los expertos inciden en señalar que los Gobiernos tendrían que ser más sensibles ante esta enfermedad. "El sufrimiento de los obesos sí que no tiene precio. Por eso, las Administraciones sanitarias deberían derivar más medios económicos para que estos pacientes sean bien atendidos. Si acude a un médico y le atiende durante 15 minutos y no le puede ver de nuevo hasta dentro de 6 meses las probabilidades de que tengamos éxito con ese paciente serán muy bajas", reconoce el doctor Salvador, para quien la enfermería y los nutricionistas jugarían un papel fundamental en la educación de las personas. "El trabajo en equipo, sobre todo en las enfermedades pandémicas como es la obesidad, es fundamental. Hay que estar en contacto con el cardiólogo, el cirujano, la enfermera, con la nutricionista, con el psiquiatra porque muchos obesos tienen alteraciones y hay que saber de qué manera atenuar estas situaciones que a veces son uno de los desencadenantes más importantes del desarrollo de la obesidad", explica. La doctora Caixás también cree que el trabajo en equipo es clave y la figura del psiquiatra fundamental.

Además, al tratarse de tratamientos de por vida, la adherencia al tratamiento, que es el cambio en los hábitos de vida, es muy complicada. En este punto entraría el apoyo psicológico, pero en la Sanidad pública cuesta que un psicólogo trabaje con estos pacientes ■

HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

1,2€ íntegros sólo diponible para Movistar, Orange y Vodafone

TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:

Envía
"NOLEUCEMIA"
al 28027
y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org

FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS
Contra la leucemia

Debería alcanzarse entre los diferentes partidos un Pacto de Estado por la Sanidad y la innovación

Jordi Martí

Presidente de la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO)

Texto Eva Fariña Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA
Jordi Martí

"Debería alcanzarse entre los diferentes partidos un Pacto de Estado por la Sanidad y la innovación"

La Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO) agrupa a empresas, asociaciones, fundaciones, universidades, centros tecnológicos y de investigación que desarrollan sus actividades de manera directa o indirecta en relación con la Biotecnología en España. Su presidente, Jordi Martí, analiza para EL MÉDICO los principales avances, la situación actual y los retos futuros a los que se enfrenta este sector.

¿Cuál es la situación actual de las empresas españolas de Biotecnología?

Es un sector claramente joven, porque la Biotecnología como ciencia se consolidó a principios de los 80 en EEUU. En España ha llegado un poco más tarde. Ahora tenemos una cierta variabilidad en el tipo de empresas, unas son pequeñas o son grupos de investigación con problemas de financiación y de recursos, que representarían el 80 por ciento del total. Por otra parte, están las compañías más grandes, que pueden ser filiales de multinacionales y que no tienen problemas de financiación, pero sí de acceso al mercado. Como patronal, entre nuestros principales retos está afrontar esta diversidad en cuanto al tipo de compañías.

¿En este sector se nota el final de la crisis económica?

Estamos viendo ciertos brotes verdes, sobre todo en el ámbito de la financiación y los recursos. Lo hemos visto, por ejemplo, en Biospain, donde han estado representados 45 fondos de capital riesgo de once países. Realmente vemos un interés por la innovación y por las compañías españolas. Espero que en esta nueva etapa tengamos oportunidad de mejorar la situación, sobre todo desde el punto de vista de la financiación y la atracción de recursos.

¿Qué demanda la asociación a la nueva ministra de Sanidad?

Le pido que seamos capaces de poner la innovación en la agenda, y que facilitemos que llegue cuanto antes al paciente de forma equitativa, y no como ocurre ahora, que depende del código postal.

¿A qué retos se enfrenta en los próximos años? ¿y a largo plazo?

Tenemos que desarrollar una labor pedagógica para explicar que la innovación va asociada al riesgo y es un sector de ciclo largo. Un producto puede tardar en llegar al mercado casi 15 años, con una inversión muy elevada, sobre todo en las fases clínicas, y con un riesgo importante, por-

que muy pocos productos llegan hasta el final. Ahora estamos viendo la eclosión de los biosimilares, como anteriormente aparecieron los genéricos. En el momento en el que la compañía innovadora pierde la patente, le queda la contribución social de aportar un beneficio a un precio menor. Para que este ciclo virtuoso siga existiendo, tenemos que seguir valorando la innovación, porque de lo contrario las compañías acabarán tomando el camino más fácil, que es copiar. La gran fortuna que tienen las compañías a nivel global es que muchos países apuestan por la innovación. Otro problema es el del acceso al mercado. Por eso es tan importante incorporar la innovación a la agenda. En España falta una cultura de medir, y de lo que medimos falta transparencia. Debemos tener muy clara la visión estratégica de lo que estamos midiendo. Básicamente lo que medimos es el gasto, y no los resultados en salud, por lo que tenemos una visión desvirtuada de la innovación. Al medir y comparar resultados, podemos mejorar si nos fijamos en quienes lo hacen mejor.

A la nueva ministra le pido que seamos capaces de poner la innovación en la agenda, y que facilitemos que llegue cuanto antes al paciente de forma equitativa, y no como ocurre ahora, que depende del código postal

¿Cómo se plantean desde ASEBIO las estrategias a largo plazo?

La innovación es de ciclo largo, mientras que la política tiene un plazo corto. Ahora tenemos la oportunidad de conseguir un pacto político por la Sanidad y por la innovación que alcance un plazo mayor.

Antes de verano ASEBIO presentaba su informe anual, y se puso de manifiesto el bajo nivel de inversión pública en I+D+i, ¿qué porcentaje del PIB considera que sería el adecuado? ¿En qué nivel las administraciones sanitarias públicas están involucradas en las oportunidades que ofrece el sector de la Biotecnología?

Insisto en la versión estratégica. Si la innovación está en la agenda política, debemos hacerla más inmune a los ciclos de recesión. De entrada, lo más fácil es recortar en inversión, y supone una pérdida de lo ya avanzado.

¿Qué comunidades autónomas son más sensibles a la innovación?

Galicia, País Vasco y Cataluña tienen estrategias de innovación a largo plazo. También se han unido Andalucía o Madrid. La Medicina del siglo XXI ya es de precisión, y tenemos ciertas carencias, por ejemplo, en la formación universitaria de los profesionales. También la compra pública se ha quedado anclada en una Medicina anticuada del paciente agudo, pero no del crónico, sin adaptarse al empoderamiento del paciente.

¿Los riesgos compartidos o la toma de decisiones por resultados pueden incorporarse al sector de la Biotecnología?

Sí, pero con matices. Depende de cómo se midan los resultados, si son objetivables o subjetivos. Si se trata de un parámetro biológico, entonces es muy fácil. Se trata de aplicar modelos innovadores que incluyan la proactividad tanto por parte de la Administración como de las compañías. A la hora de medir, no sabemos cuántos pacientes hay, porque los datos se dividen en 17 comunidades autónomas. Solo sabemos el gasto global. También hay que cambiar la formación de los profesionales, los procesos asistenciales o la forma de comprar, que se han quedado muy anticuados. Italia es un país que tiene un gran número de acuerdos innovadores, sobre todo porque tiene buenos registros. No tiene sentido tener un precio para todos los pacientes, habrá que basarse en los resultados por salud. Ahora sabemos que los fármacos nuevos están destinados a pacientes con perfiles muy concretos, en función de los biomarcadores.

En España falta una cultura de medir, y de lo que medimos falta transparencia. Básicamente lo que medimos es el gasto, y no los resultados en salud, por lo que tenemos una visión desvirtuada de la innovación

¿Es competitiva la Biotecnología española en el ámbito internacional? ¿Cómo está con respecto a países de nuestro entorno? ¿Qué debemos 'copiar' de ellos?

Las compañías buscamos la calidad en las fases tempranas de la investigación. Si somos capaces de dar esa calidad, incrementará el índice de opinión favorable y la participación en las fases tempranas. También ha mejorado la competitividad gracias a las diferentes partes regulatorias al hacer más ágiles los procesos en los ensayos clínicos. En general, el incremento que hemos tenido de participación en fases tempranas y en visión de calidad, sobre todo en algunas especialidades, ha sido muy importante.

¿Crece el número de empresas dedicadas a la Biotech en España, decrece o se mantiene estable?

Según los datos de nuestro informe, el número de empresas usuarias de Biotecnología ha decrecido en 2014 un 3,14 por

Menos empresas, más facturación y más empleo

El informe anual de la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO) correspondiente a 2015 destaca el creciente peso de la facturación de las empresas del sector de la Biotecnología en el Producto Interior Bruto (PIB) español, que en 2014 alcanzó el 10,35 por ciento (en 2008 suponía el 2,98 por ciento). La facturación de las empresas estrictamente biotech representa el 0,73 por ciento del PIB.

El empleo, que ha crecido un 2,91 por ciento, alcanza a 177.973 trabajadores en 2014. Destaca el aumento de la cifra de negocios del sector, que alcanzó los 107.788 millones de euros en 2014, el 13,28 por ciento más respecto al año anterior, según datos de 2014 del módulo de Biotecnología de la Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las empresas del Instituto Nacional de Estadística recogidos en el Informe ASEBIO 2015.

En relación a la cifra de negocios, un 51,55 por ciento del total se atribuye a las empresas que consideran que la Biotecnología es una línea de negocio secundaria, mientras que un 41,40 por ciento es generado por empresas donde la Biotecnología supone una herramienta necesaria para la producción y el 7,04 por ciento restante tiene que ver con las empresas estrictamente biotecnológicas.

El número de empresas que realizan actividades relacionadas con la Biotecnología descendió el 3,14 por ciento hasta las 2.742 en 2014. De ellas, 628 empresas han desarrollado la Biotecnología como actividad principal y/o exclusiva, que contabilizan una subida del 13,36 por ciento respecto al año anterior. En estas empresas, el empleo cae el 6,90 por ciento y la facturación sube el 6,75 por ciento hasta los 7.591 millones de euros. Finalmente, la inversión interna privada en I+D en Biotecnología se recupera tras dos años de caída. La cifra ascendió a 533,8 millones de euros en 2014, un 3,75 por ciento más que el año anterior.

ciento hasta las 2.742, mientras que las que se dedican exclusivamente a la Biotecnología han aumentado un 13,36 por ciento hasta las 628. Para nosotros es más importante tener una masa empresarial consistente que tener muchas empresas pequeñas. Por ello, animamos a las empresas a que se fusionen o firmen alianzas para afrontar la actual situación económica.

¿Qué destacaría de la cartera de proyectos de Biotecnología sanitaria en España?

La Oncohematología supone la parte más importante de desarrollo de moléculas y productos biotech innovadores. Otras áreas destacadas son la del Sistema Nervioso Central y la de enfermedades autoinmunes inflamatorias. A partir del conocimiento de la biología molecular y el genoma, las compañías buscan productos dirigidos a enfermedades graves y necesidades no cubiertas, como el melanoma, la enfermedad de Crohn, etc. El conocimiento de la Medicina hará cambiar el abordaje del cáncer en los hospitales, que ya no se dividirá en función del órgano afectado (pulmón, mama, etc.) sino de la diana terapéutica. Otro de los grandes retos es la combinación de fármacos. En una enfermedad puede haber fármacos diferentes para cada una de las dianas. Esto supone un gran reto a todos los niveles, como el desarrollo, la compra, medición de resultados en salud, etc. De hecho, este cambio ya lo estamos viviendo.

¿Los profesionales sanitarios están preparados para ese cambio?

Vivimos en un mundo en el que es imposible abarcar toda la información que tenemos, y a la velocidad que nos llega. Es importante que el médico esté formado, y se necesita adaptar los procesos de cada enfermedad para hacerlos más eficientes. El mieloma, por ejemplo, ha pasado a ser prácticamente una enfermedad crónica. El paciente con esta patología pasa muy poco tiempo en el hospital, ya que puede estar en su casa, pero todos los fármacos están en el hospital. Modificar esta circunstancia puede suponer alcanzar una mayor eficiencia y contribuir al ahorro económico del sistema.

Los pacientes, a través de diversas asociaciones, han pedido tener una participación activa en las políticas de salud y en el sistema sanitario. ¿De qué manera se involucran o pueden hacerlo en el ámbito de la Biotecnología?

El empoderamiento y la formación del paciente son otros de los retos que tenemos. Debemos decidir en qué participa el paciente, porque tampoco es necesario que esté en todo el proceso, pero debemos definir su función. El paciente individual participará conjuntamente con el médico, pero hay que definir dónde puede decidir el paciente representado, el paciente experto y el que pertenece a una asociación.

Recientemente los médicos de Atención Primaria han reconocido que no están bien formados en cuanto a los medicamentos biotecnológicos, biosimilares, etc. ¿cuál es su opinión al respecto? ¿cree que en general falta formación en el colectivo sanitario?

El médico no está suficientemente formado, y se enfrenta a un paciente que se informa a través del doctor Google. Se junta el hambre con las ganas de comer. La Medicina ya no se comprende en compartimentos estanco (hospital y Atención Primaria), porque hay muchas enfermedades graves que se tratan fuera del hospital. La visión transversal del proceso continuo en una enfermedad es absolutamente crítica, y se ha de determinar muy bien el papel que tienen los diferentes profesionales de la salud: médico de Primaria, médico especialista, profesional de Enfermería, farmacéutico de Atención Primaria, farmacéutico de hospital, etc. La visión del proceso de la enfermedad debe ser muy clara para saber qué función tiene cada uno de ellos. Para conseguirlo, es necesaria la formación y también definir los procesos que faciliten esta coordinación y atención continuada del paciente. En este sentido, es importante disponer de una historia clínica compartida y una coordinación entre los diferentes especialistas. Hay mucha labor por hacer, porque la Medicina ha cambiado mucho.

Tenemos que desarrollar una labor pedagógica para explicar que en Biotecnología un producto puede tardar en llegar al mercado casi 15 años, con una inversión muy elevada y con un riesgo importante

La Oncohematología supone la parte más importante de desarrollo de moléculas y productos biotech innovadores

¿Qué conclusiones se han obtenido del último congreso Biospain celebrado en Bilbao?

Creo que tenemos que apostar por la calidad. Como visión estratégica no podemos pensar que el número de asistentes nos va a llevar al éxito. Las cuotas de inscripción son bajas comparadas con otros congresos, pero a medio plazo lo que nos va a hacer triunfar es la calidad. En una junta directiva celebrada después del congreso analizamos la evolución que hemos tenido respecto a los asistentes, el número de sesiones, stands, asistencia o fondos de capital extranjero. Estos datos nos dan una clara visión de hacia dónde vamos y dónde tenemos que apostar para mejorar la calidad en las próximas ediciones. Estamos satisfechos desde el punto de vista de la organización, y por el soporte que tuvimos del Gobierno Vasco para celebrar el congreso Biospain en Bilbao. Ahora estamos viendo el interés de otras regiones para celebrar el encuentro, porque creemos que uno de los factores de éxito es que el lugar donde se celebre crea que le puede aportar valor. En definitiva, la lectura que hacemos es positiva y tenemos la voluntad de seguir mejorando en el futuro.

¿Qué otras actividades se realizan en la asociación?

Hemos participado recientemente en Biolatam, un encuentro organizado en San Juan de Puerto Rico, con el objetivo de facilitar el acceso a Latinoamérica, uno de los mercados con mayor crecimiento en el sector de las ciencias de la vida. Entre otros temas, se han abordado la salud digital, la biodiversidad, las enfermedades tropicales y la producción farmacéutica. La finalidad es fomentar la colaboración entre compañías latinoamericanas y del resto del mundo para generar nuevas oportunidades de negocio ■

inno

El desafío *big data*: su empleo en gestión y en financiar la vación

Texto y fotos | Eva Fariña

MEDICINA INDIVIDUALIZADA

El desafío del *big data*: su empleo en gestión y en financiar la innovación

El desarrollo de las TIC permite a los sistemas sanitarios obtener y almacenar multitud de datos, que ahora deben ser ordenados y analizados para establecer políticas sanitarias adecuadas. El desafío del *big data* es su correcto empleo en la gestión sanitaria, así como en la fijación y regulación del precio de los medicamentos basado en resultados, entre otros aspectos. Los expertos analizan este "cambio de paradigma", en una jornada organizada por la Fundación Instituto Roche.

La Sanidad del siglo XXI está muy vinculada a la gestión de los datos. El *big data* es un gran desafío, pero también es una oportunidad de mejora en la gestión, la investigación, la financiación, etc.". Así opina Julio Sánchez Fierro, exsubsecretario de Sanidad y experto en Derecho Sanitario. "La obtención de datos nos ha permitido pasar de una Medicina intuitiva basada en los ensayos clínicos a una Medicina más empírica vinculada al mundo real. Los sistemas sanitarios generan millones de datos casi al minuto, y cada vez esa cantidad será mayor".

Sánchez Fierro: "La obtención de datos nos permite pasar de una Medicina intuitiva basada en los ensayos a una Medicina empírica vinculada al mundo real"

A Sánchez Fierro le preocupa lo que considera "la auténtica jungla legal" que existe en torno a la protección de datos, con diferentes niveles de conexión, que ofrece "una fiabilidad escasa para tomar decisiones clínicas y establecer políticas sanitarias". En este sentido, se refiere al plan de trabajo de la Comisión Europea entre 2014 y 2020, que señala la protección de datos como "una de las cuestiones estratégicas". "Sin datos fiables, las decisiones en política sanitaria posiblemente incurrirán en errores y lagunas de bulto", comenta Sánchez Fierro, quien alerta de los ciberataques y los *hackers*, que conocen la baja protección de los datos que hay en España, igual que en otros países, y que supone "ciertos peligros y preocupaciones". Los datos sanitarios tienen enorme valor económico en el mercado negro, más que la información sobre las de tarjeta de crédito, asegura.

La Comisión Europea ha aprobado el Reglamento Europeo de Protección de Datos en mayo de 2016, que tiene un plazo de 18 meses para su puesta en marcha. "El problema es manejar los datos de forma anónima, porque a veces las administraciones públicas no pueden asumir esa función y externalizan el servicio, con los riesgos que puede conllevar".

Julio Sánchez Fierro junto con otros especialistas de diferentes ámbitos del sector sanitario y de distintas comunidades autónomas han analizado las expectativas que se presentan ante el desarrollo del *Real World Data, Real World Evidence y Big Data*, en la 3ª Jornada 'Hacia un sistema sanitario basado en la creación de valor: La era de los datos, nuevo paradigma en la financiación de fármacos innovadores', organizada por la Fundación Instituto Roche.

Todas estas herramientas ya se están empleando "para buscar la excelencia en el sector sanitario", como ha defendido Ignacio Hernández Medrano, neurólogo del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y especialista en la gestión de datos. En su opinión, "el *big data* supone un cambio de paradigma a la hora de extraer conclusiones y tomar decisiones".

"Lo que no se mide no se conoce, y lo que no se conoce se acaba devaluando", dice Javier Castrodeza

La jornada fue inaugurada por José Javier Castrodeza, secretario general de Sanidad, quien asegura que "lo que no se mide no se conoce, y lo que no se conoce se acaba devaluando". En su opininión, debemos medir y sacar conclusiones en esta nueva era en la que vamos a entrar en los próximos años, dice el representante del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, quien reconoce que todos los días tiene que abordar asuntos relacionados con el manejo de esos datos vinculados con la financiación y los medicamentos innovadores: "Son variables del día a día del Sistema Nacional de Salud, son términos que definen el proceso asistencial, junto con la sostenibilidad y la solvencia del sistema. Debemos cuidar el modelo para que lo disfruten nuestros hijos igual que hacen nuestros padres y también nosotros".

Una de las conclusiones de la jornada es que el manejo correcto de los datos que proporcionan las nuevas tecnologías permitirá desarrollar un modelo de financiación basado en la Medicina Personalizada y en el riesgo compartido. Tanto desde la Administración, como los clínicos y la propia industria coinciden al defender que las innovaciones farmacológicas o tecnológicas no suponen "un gasto" para el sistema sanitario, sino "una inversión". Así lo dice también Castrodeza: "Desde 2012 se han incorporado más de 200 innovaciones terapéuticas al sistema sanitario público, de las que el 25 por ciento son del ámbito oncológico. Además, hemos hecho un gran esfuerzo al tratar a más de 60.000 personas afectadas por la hepatitis C, que se han curado de esta enfermedad gracias a la financiación de todos, Ministerio y comunidades autónomas, pero también por el esfuerzo de todos los ciudadanos".

Cambio de rol para los profesionales sanitarios

Los cambios que se avecinan también afectarán a los profesionales sanitarios, que deberán cambiar y ajustar sus roles a las nuevas necesidades y circunstancias de la población, como son el envejecimiento, la cada vez mayor expectativa de vida, la cronicidad o la pluripatología, que supondrán un reto para los profesionales de la Sanidad. Castrodeza está convencido de que "se incorporarán nuevos roles en las profesiones sanitarias durante los próximos años, incluidos farmacéuticos y enfermeros". En definitiva, el secretario general de Sanidad considera que "habrá que hacer un análisis más riguroso en función de las necesidades, porque los recursos son limitados".

Por su parte, Federico Plaza, vicepresidente de la Fundación Instituto Roche, comenta que todos estos cambios en el sistema "podrían parecer ciencia ficción, pero ya son el presente en muchos sitios y son el futuro muy cercano para los hospitales, las consultas, los ensayos clínicos y los pacientes". "Tenemos que estar mentalizados para lo que va a llegar, que si se gestiona bien será en beneficio de todos. Quienes trabajamos en el ámbito de la industria farmacéutica sabemos que a veces se comete el error de ser un sector bastante endogámico. Ahora tenemos muchas posibilidades de mejorar, y para ello debemos conectarnos con la realidad", señala.

Una lectura muy práctica del *big data* la hace Ramón Colomer, oncólogo clínico e investigador del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, quien explica que "los datos de la vida real ayudan a interpretar los ensayos clínicos". El *Real World Evidence* puede ofrecer respuestas a cuestiones planteadas en los ensayos. "Además, nos ayudaría también a planificar incluso las propias consultas. Tenemos que aprender a dirigir toda esta información, ordenarla, para poder tomar en el futuro las mejores decisiones en el diagnóstico y tratamiento".

En la misma línea se muestra Encarna Cruz, subdirectora de Farmacia de la Comunidad de Madrid: "Estamos en la era de los datos, pero toda esta información no es nada si no somos capaces de explicarla. A veces nos obsesionamos con los datos, queremos más y más, pero debemos preocuparnos por su correcta interpretación. En definitiva, el objetivo es rendir cuentas y ajustarse al presupuesto".

Encarna Cruz asegura que, a pesar de que "a veces se enfrentan la innovación y la financiación, ambas deben coexistir". "La financiación no está reñida con la innovación. El principal problema es el precio que se solicita para los fármacos innovadores. Los nuevos medicamentos nos plantean el reto del precio y su financiación. Ese precio se sustentaba en el alto coste de la investigación y el escaso retorno; ahora la situación ha cambiado y ya hablamos de la selección de pacientes".

El desafío del *big data*: su empleo en gestión y en financiar la innovación

Soluciones imaginativas

"Tenemos un problema global de acceso a la innovación, y también a la no innovación", aseguraba Laura Oliveira, jefa de Servicio del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), durante su ponencia 'Iniciativas en el marco regulatorio europeo en el acceso a fármacos innovadores'. "Pese a lo que se dice con frecuencia, este problema no está resuelto en ningún país y preocupa en la Unión Europea. Esta cuestión desafía el propio sistema comunitario y, probablemente, requiere soluciones imaginativas", dice

Ramón Colomer: "Tenemos que aprender a ordenar toda la información disponible para poder tomar en el futuro las mejores decisiones en el diagnóstico y tratamiento"

Por parte de la industria farmacéutica, Pedro Luis Sánchez, director de Estudios de Farmaindustria, ofrece su visión respecto al 'Nuevo modelo de precio y financiación de fármacos innovadores'. "Necesitamos un marco regulador que permita hacer uso de los resultados con fines de investigación y gestión, respetando la privacidad del paciente y la confidencialidad de la información".

Para realizar la necesaria planificación, Sánchez considera imprescindible "la colaboración entre todos los agentes implicados", con el objetivo de gestionar la incertidumbre en el momento del lanzamiento, detectar productos disruptivos antes de su llegada al mercado, desarrollar mecanismos financieros que permitan gestionar adecuadamente impactos presupuestarios puntuales elevados y evaluar de forma continuada cuál es el valor real que aportan los productos, en función de los resultados.

En definitiva, se trata de ajustarse al entorno sanitario actual y futuro, que se caracteriza por el envejecimiento de la población y el aumento de los pacientes crónicos. "Existen dudas acerca de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, y es necesario luchar contra sus ineficiencias", asegura. En opinión de Pedro Luis Sánchez, "el reto es garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a largo plazo, maximizar el acceso de los pacientes a los fármacos más adecuados para ellos y recompensar de forma adecuada la innovación. El valor añadido y los resultados en salud son dos elementos fundamentales".

Las CCAA y sus circunstancias

El ejemplo de la hepatitis C surge en cada debate en el ámbito de la innovación farmacológica. En este caso, la gran efectividad del nuevo tratamiento y la presión social hicieron que el Ministerio de Hacienda y el de Sanidad apoyaran a las comunidades autónomas para afrontar las necesidades de los pacientes. El alto precio de los nuevos medicamentos debe valorarse en función de los resultados, y los servicios regionales de salud ya se plantean el pago por resultados, algo que ya es real en muchos casos de Oncología. En el contexto socioeconómico actual ya no se habla de hacer más recortes en el sector sociosanitario, y tal vez se destine un 7 por ciento del PIB a la Sanidad. Aún así, es posible que la sostenibilidad del sistema no esté garantizada, por lo que los expertos plantean nuevas propuestas para el futuro.

Desde el punto de vista autonómico, cada comunidad afronta su propia realidad. Galicia plantea cambiar de modelo en función de sus características, como explica Jorge Aboal, director general de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (Sergas). Esta comunidad tiene 2.700.000 habitantes, con una población muy envejecida, ya que el 25 por ciento es mayor de 65 años, con un alto porcentaje de ciudadanos mayores de 80 años. Además, Galicia se caracteriza por la dispersión geográfica, lo que dificulta la atención en los 15 hospitales y 480 centros de Primaria, en los que trabajan 36.000 trabajadores.

"El modelo que tenemos debe cambiar; ahora la persona enferma se acerca al hospital, pero esa accesibilidad cada vez es más complicada por el envejecimiento de la población. Debemos hacer una red que conecte con todos los ciudadanos para atender a todos los pacientes crónicos". Respecto al presupuesto, la comunidad gallega dispone de una partida superior a ocho mil millones de euros destinada a Sanidad, de la que más del 40 por ciento es gestionado por el Sergas. "Cada año destinamos mil millones a Farmacia, no lo considero un gasto, sino una inversión".

Para afrontar estas cifras, la Sanidad gallega invierte también en tecnologías de la comunicación (TICS), y un programa informático en el que los profesionales sanitarios llevan 15 años incorporando datos en Atención Primaria y Especializada. La cuestión ahora es extraer esos datos de forma estructurada para convertirlos en información útil. Como explica Jorge Aboal, "tenemos las herramientas para valorar la información obtenida, y de esta forma claramente apostamos por un modelo de riesgo compartido".

La insularidad de Baleares hace que la situación sea completamente diferente a la gallega, aunque con retos comunes. Olga Delgado, jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases de Palma, explica que también se está trabajando en la creación de una plataforma única de prescripción y protocolos de Oncología. Esta base de datos se está realizando a nivel autonómico, con los seis hospitales que forman parte de la red sanitaria pública.

Con la información obtenida se pueden conseguir ciertos parámetros, como las curvas de supervivencia, etc. "Falta vali-

dar esta base de datos. El objetivo es conocer los resultados en salud para trabajar con un modelo personalizado de resultados. Tenemos los datos, pero nos falta el conocimiento. La plataforma informática es compleja y los médicos se quejan porque es un proceso complejo, pero con estos datos ya podemos trabajar. Las compañías quieren conocer estos datos para proceder al pago por resultados o el pago por indicación clínica", explica Olga Delgado.

Otro debate pendiente se refiere al análisis coste-efectividad, y cuánto se debe pagar por la innovación. "Tenemos que plantearnos cuál es el coste real del medicamento, el beneficio que obtenemos y cuál es el precio que estamos dispuestos a pagar", dice la responsable de Farmacia del Hospital Son Espases. "En esta Medicina Individualizada tiene sentido pagar por resultados, y nosotros lo vamos a hacer".

En Castilla y León se ha creado la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, con la que se pretende "dirigir una parte de la inversión a la valoración y el conocimiento de los resultados en salud, así como a conocer el impacto económico que tienen todas las actuaciones del sistema sanitario en la población", como explica Nieves Martín, directora técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

"Se ha invertido mucho para conseguir datos, pero hace falta lógica e inteligencia para analizarlos. Nos abruma el volumen de innovación que nos está llegando en el ámbito farmacológico, de los que una parte son medicamentos huérfanos, y que llegan al mercado con inseguridades y dudas. Es necesario conocer los resultados que se obtienen en la práctica clínica habitual, especialmente en el caso de los medicamentos huérfanos. En la realidad asistencial nos encontramos con pacientes mayores y pluripatológicos que normalmente no entran en los ensayos clínicos". Por ello, la comunidad castellanoleonesa también se está planteando la opción de pago por resultados.

Farmaindustria considera que "el reto" es garantizar la sostenibilidad del sistema a largo plazo, maximizar el acceso de los pacientes a los fármacos y recompensar de forma adecuada la innovación

En la Región de Murcia se está intentando pasar "del precio del medicamento al valor del medicamento en su uso clínico habitual; del ensayo clínico a la realidad", como dice Víctor José Rausell, jefe de Servicio de Gestión Farmacéutica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud. En esta comunidad autónoma, los diez hospitales de gestión pública forman parte de una gerencia única. "Tenemos que valorar los resultados de los medicamentos en la práctica clínica, y para ello disponemos de muchos datos estructurados. El gasto farmacéutico representa el 30 por ciento del gasto sanitario público, y tenemos un incremento continuo debido al alto precio de los medicamentos innovadores, el envejecimiento de la población, la cronicidad, etc. En Murcia estamos trabajando para unificar nuestro sistema de prescripción hospitalario, un trabajo forzoso que creo que valdrá la pena".

Otro de los problemas a lo que se enfrenta la Sanidad murciana es "la falta de comunicación entre Primaria y Hospitalaria". "Disponemos de un resumen de la historia clínica con acceso para todos los profesionales. Se pretende, y en lo que vamos a trabajar, es en crear un repositorio centralizado en todos los centros sanitarios para poder rescatar la información allí donde esté el paciente", explica Rausell, quien añade que también se está trabajando "en medir resultados en salud". La Consejería ha seleccionado varios medicamentos para medir sus resultados, con un modelo similar al que tiene Italia. Mediante formularios se recogen los resultados clínicos, médicos y farmacéuticos, basados en los informes de posición terapéutica, los estudios clínicos aleatorizados, etc. Los informes finales requerirán de una autorización por parte de la Comisión Regional de Farmacia

ac

La tualidad del sector

25 de octubre

Sanidad y CC.AA. acuerdan crear un grupo de trabajo para reducir la temporalidad del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas se reunían en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y acordaban crear un grupo de trabajo para estudiar soluciones que permitan reducir la actual tasa de temporalidad del SNS

27 de octubre

Los médicos de familia destacan lo "injusto" de no poder prescribir tratamientos innovadores por los recortes. "Es injusto que por los recortes no podamos prescribir fármacos innovadores, pese a estar comprobada su eficacia, seguridad y calidad", destacaba el Dr. José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN, cuyo 38º Congreso Nacional arrancaba en Santiago de Compostela con la presentación de los resultados de una encuesta realizada a médicos de Atención Primaria de esta sociedad científica. El 70 por ciento de los facultativos asegura tener mayor dificultad de la habitual para prescribir tratamientos innovadores debido a los recortes presupuestarios

2 de noviembre

La regulación de ensayos clínicos mejora la competitividad en el ámbito internacional. La Sociedad Española de Oncología Médica le dedicaba una de las mesas de los "Diálogos SEOM", enmarcados en el Congreso Nacional que celebraba en Madrid. El Dr. Manuel Ruiz Borrego, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla; Leonor Rodríguez, directora de las revistas EL MÉDICO y AULA DE LA FARMACIA; y Catiana Martínez, de FECMA hicieron un repaso a los principales aspectos del nuevo Real Decreto, que, según se ha puesto de manifiesto, va a facilitar la investigación clínica con medicamentos e incrementar el nivel competitivo de España para atraer dicha investigación. Además de incidir en la transparencia

3 de noviembre

Dolors Montserrat, nueva ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Montserrat asume el Ministerio que hasta el momento dirigía en funciones la también ministra de Empleo, Fátima Báñez, después de que Alfonso Alonso dejara el cargo el pasado mes de agosto para presentarse a las Elecciones vascas. Montserrat ha sido diputada del Congreso durante las tres últimas legislaturas y vicepresidenta tercera de la Mesa del Congreso de los Diputados

11 de noviembre

Formación en Medicina: el grado no funciona y el MIR muestra signos de agotamiento. Disminuir el nivel de exigencia durante el grado, formar en pacientes crónicos, valorar el acceso al grado por otras competencias, replantearse el MIR o aumentar el entrenamiento clínico son algunos de los aspectos que habría que mejorar en la formación del estudiante de Medicina, según expertos reunidos durante la mesa 'Luces y sombras de la formación del médico en España', de la V Convención de la Profesión Médica de la OMC. Felipe Rodríguez de Castro, presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), cree que habría que corregir urgentemente la falta de coordinación del grado a la formación especializada. Asimismo, "el examen MIR hay que replanteárselo. Tiene signos de agotamiento. Es ineficiente", añadía. Por su parte, Fernando Carballo Álvarez, vicepresidente de FACME, hacía hincapié en que el desarrollo curricular debería estar centrado en qué se necesita saber y no en qué quiere uno saber. "El grado no funciona. Sigue habiendo demasiados alumnos para que el entrenamiento clínico sea posible"

Los médicos creen que el TTIP sería una amenaza para la salud. El Tratado de Libre Comercio (TTIP) entre la Comisión Europea y Estados Unidos lleva negociándose tres años. Años en los que los especialistas médicos llevan intentado conseguir mejoras. "Una de las cuestiones más graves que haría este tratado es limitar la capacidad de los sistemas nacionales de salud de su propia autonomía regida por cada uno de los gobiernos", incidía Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, durante la V Convención de la Profesión Médica, de la Organización Médica Colegial (OMC). Además, insistía Sendín, blindaría el modelo de patentes y dejaría a los

gobiernos fuera de juego para poder reclamar mejores condiciones. Ante esto, el presidente del CGCOM ve como solución que se incluyeran cláusulas para proteger la salud

16 de noviembre

Los recortes en AP superan en más del 4 por ciento a los del resto del sistema sanitario. Así se desprende de un informe presentado en la Asamblea conjunta de Vocalías de AP y Médicos Tutores celebrada en el marco de la V Convención de la Profesión Médica. El informe abunda en el paulatino descenso de inversión que se ha realizado para el primer nivel asistencial en España, así como en las grandes diferencias entre CC.AA.

17 de noviembre

Retos del SNS: transparencia, equidad y coordinación interterritorial. El Informe SESPAS 2016 propone 16 líneas de trabajo para rellenar unas lagunas que se han agrandado en los últimos años por la crisis económica. "Al sistema sanitario español le pondría un aprobado, pero necesita mejorar en muchos campos". Quien ponía la nota es Cristina Hernández-Quevedo, investigadora del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas de la OMS, con sede en Londres, y coordinadora (junto a Ramón Villalbí) del Informe SESPAS 2016, una edición presentada en la sede en Granada de la Escuela Andaluza de Salud Pública en la que han participado 75 autores y que pone sobre la mesa para la mejora del Sistema Nacional de Salud 16 líneas de trabajo centradas en cinco áreas diferentes: políticas de gestión, desigualdades en salud, vigilancia, protección y promoción de la salud

18 de noviembre

La industria recuperará el próximo año los niveles de inversión de 2010. Además, la industria espera terminar 2016 en un 3,5 por ciento más de gasto farmacéutico público, unos 9.868 millones de euros, explicaba Humberto Arnés, director general de Farmaindustria, durante el XIII Seminario Industria Farmacéutica & Medios de Comunicación. No obstante, 2017 apunta a un decrecimiento en el gasto público hospitalario de un 0,4 por ciento. "La crisis ha tenido un impacto grande en el gasto público hospitalario, pero para los próximos años la previsión es que crezca a los niveles del PIB", señalaba Arnés. Para los próximos dos años, las prioridades de Farmaindustria son en innovación, empleo, transparencia, sostenibilidad y diálogo, apunta Jesús Acebillo, presidente de Farmaindustria

24 de noviembre

La SEMI apoya la duración de 24 meses del tronco común médico. Emilio Casariego, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) hasta el mes de noviembre, reconocía que sentía cierta "incertidumbre" ante los cambios que supondrá la troncalidad en los estudios relacionados con las Ciencias de la Salud y, en concreto, respecto a su especialidad. "El nuevo sistema va a cambiar claramente el programa de formación, tanto en los contenidos y su duración como en la distribución de competencias de los especialistas". Asimismo, Antonio Zapatero, entonces presidente electo de la SEMI, indicaba que esta sociedad científica "comparte plenamente el hecho de que la formación del médico debe ser general", por lo que está de acuerdo en que el "tronco común médico" dure 24 meses

25 de noviembre

El Congreso pide derogar el RD 16/2012 que suprime la asistencia sanitaria a españoles en el extranjero más de 90 días. El texto, una iniciativa de Unidos Podemos, que ha aceptado una enmienda del PSOE, critica el "cambio de marcha" que ha sufrido el sistema sanitario en los últimos años, de manera que "no todas las personas tengan acceso a la Sanidad y a la cobertura, como exige la Constitución"

1 de diciembre

PP y la Mesa de la Profesión Enfermera retoman las conversaciones sobre la "prescripción enfermera". El Partido Popular y los representantes de la profesión enfermera han retomado, en una reunión en el Congreso de los Diputados, los contactos para abordar el real decreto sobre la denominada "prescripción enfermera". Este encuentro se suma a los que ya ha celebrado la Mesa de la Profesión Enfermera con los portavoces de Sanidad de Ciudadanos y del Partido Socialista, con el objetivo de buscar una solución a esta cuestión

NOTA: Cronología del 22 de octubre al 1 de diciembre de 2016. Para ampliar informaciones, ver: http://www.elmedicointeractivo.com

RUSSIA
KAZAKHSTAN
ARAL SEA
UZBEKISTAN
TURKMENISTAN
KYRGYZSTAN
TAJIKISTAN
MONGOLIA
NORTH KOREA
IRAN
AFGHANISTAN
PAKISTAN
CHINA
NEPAL
BHUTAN
BANGLADESH
MYANMAR (BURMA)
INDIA
ARABIAN SEA
BAY OF BENGAL
LAOS
THAILAND
VIETNAM
SOUTH CHINA SEA
MALAYSIA

inst

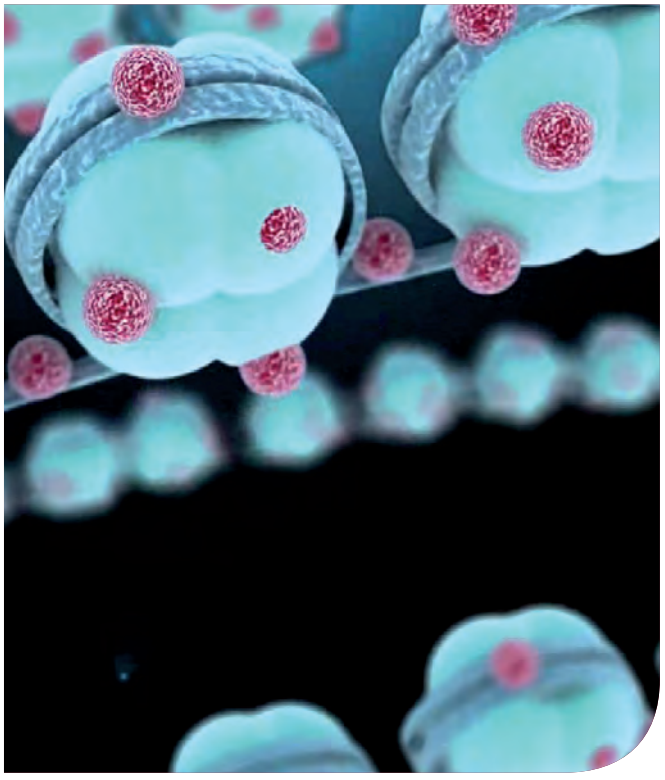
La antánea médica

GeSIDA urge poner en marcha un programa de PrEP para reducir el número de nuevos infectados por VIH

Expertos del Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA), perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), han urgido poner en marcha en España un programa de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) para reducir el número de nuevos infectados por VIH, ya que "cada día que se retrase su implantación habrá más infecciones", con más de 3.300 infecciones en el Estado diagnosticadas el pasado año. En rueda de prensa celebrada durante VIII Congreso Nacional de GeSIDA, se ha presentado la 'Guía de Recomendaciones para la implantación de la PrEP' la primera en el país. Este documento avala y recomienda esta estrategia para la prevención del VIH en los grupos de riesgo con una tasa de infección superior a dos caos por cien personas al año, y particularmente en el grupo de hombres que tienen sexo con otro hombre. Los responsables de la Guía han explicado que es este grupo en el que se concreta en España la mayor tasa de nuevos contagios, que, según ha indicado, ascienden a más de 3.300 en 2015, lo que demuestra que "las estrategias de prevención son insuficientes y se van a seguir produciendo nuevas infecciones". Con esta Guía GeSIDA, persigue que se aborde este "problema prioritario" para evitar nuevos contagios mediante la PrEP, que consiste en que una persona que no está infectada por el VIH y que va a tener una relación sexual de riesgo tome medicación frente al virus antes de esa relación sexual para evitar el contagio

En 15 años en el 90 por ciento de los tumores se aplicará un tratamiento personalizado

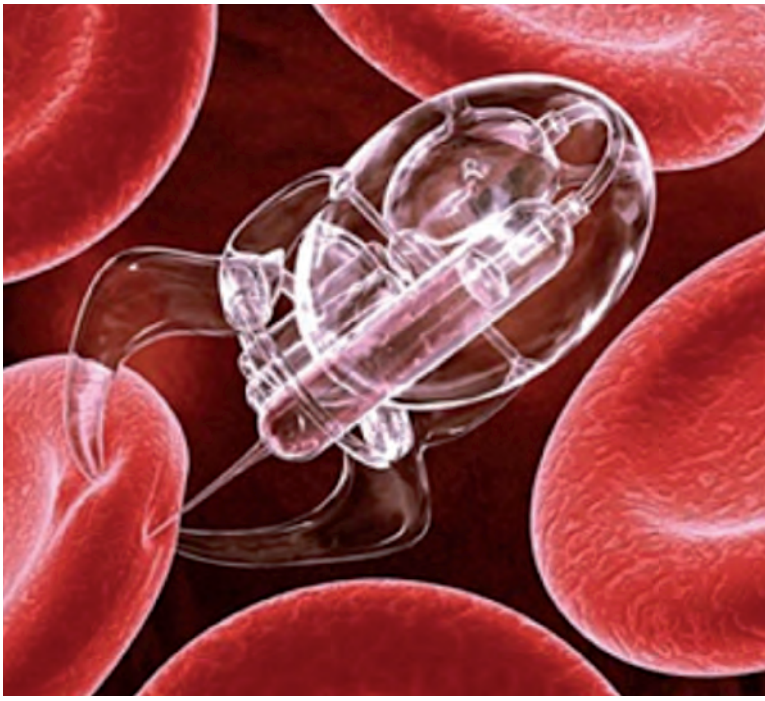
El profesor del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge Manel Esteller ha vaticinado que los avances en el estudio de la biogenética de los tumores permitirá en unos 15 años poder dar un tratamiento personalizado en cerca del 90 por ciento de los cánceres. Esteller ha pronunciado en la conferencia inaugural 'la investigación en cáncer: ¿Qué nos deparan los próximos 10 años?' del simposio 'Desafío oncológico' de Valencia, y ha explicado que "cada vez la medicina personalizada va a incrementarse". Así, si en los años 80 todos los tumores se trataban igual en



función del órgano al que afectara en la actualidad ya el 30 por ciento de los tumores se trata en función de las características íntimas moleculares y celulares. "Esa es una revolución que en 10 años será del 50 por ciento y en unos 15 años llegará ya al 90 por ciento", ha destacado. De este modo, los tratamientos se aplicarán en función de las características "definitorias" de ese tumor, de lo que "diferencia a un tumor en el mismo estadio en una persona de otra" porque "se sabrá el tipo de células, qué mutación tiene, qué alteración epigenética". "Se tendrá un conocimiento muy sofisticado", ha apuntado

Investigadores del CSIC crean un método para amplificar ADN a partir del genoma de una sola célula

Un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en colaboración con la empresa hispano alemana Sygnis AG, ha desarrollado un nuevo método capaz de amplificar el ADN a partir del genoma de una sola célula. El sistema, ya patentado por Sygnis y que ha sido publicado en la revista 'Nature Communications', podría amplificar las minúsculas cantidades de ADN que circulan por el torrente sanguíneo para, posteriormente, secuenciar ese material genético e identificar posibles mutaciones relevantes desde un punto de vista diagnóstico o terapéutico. "La clave de este nuevo procedimiento es una ADN primasa recién descubierta, 'PrimPol', que se encarga de sintetizar las moléculas iniciadoras necesarias para disparar el proceso de amplificación de ADN. Esta enzima evita el aporte de iniciadores sintéticos al comienzo del proceso, algo que hasta ahora era necesario en este tipo de procedimientos", ha explicado el investigador del CSIC del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, Luis Blanco. Esa característica es, según el estudio, una de las principales ventajas del nuevo método, bautizado como 'TruePrime'. Y es que, según han explicado los expertos, prescindir de moléculas iniciadoras sintéticas evita amplificaciones erróneas que contaminen el producto, y permite amplificar cantidades mínimas del ADN de interés

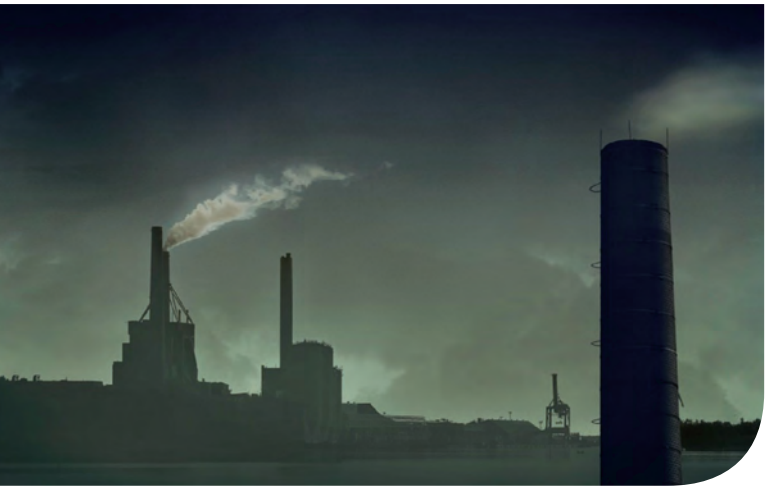


Investigadores españoles estudian el desarrollo de nanosistemas inteligentes para el tratamiento del neuroblastoma

Investigadores del Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN), dependiente del Instituto de Salud Carlos III, presentarán en Sevilla un proyecto para el desarrollo de nanosistemas inteligentes como tratamiento del neuroblastoma, un tumor pediátrico muy agresivo, en el marco de sus X jornadas anuales. Conocido como 'SMART4NB', el proyecto está liderado por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid y tiene como objetivo llegar al desarrollo de una nueva terapia más eficaz y con menor toxicidad para el tratamiento de estos tumores. Este nuevo enfoque se basa en la utilización de nanosistemas sensibles a campos magnéticos, capaces de transportar diferentes especies citotóxicas hacia la zona tumoral y una vez allí, liberarlas en respuesta a la aplicación de campos magnéticos alternos, inocuos para el organismo. En la parte externa de estos nanosistemas se han colocado moléculas específicas que "engañan" a las células malignas induciéndolas a que se "coman" el nanotransportador. Estos sistemas son capturados únicamente por las células enfermas, lo que reduce considerablemente la toxicidad de los fármacos a la vez que aumenta su eficacia. Actualmente, se está ensayando su eficacia en modelos animales mostrando resultados prometedores

La contaminación del aire está vinculada con daño de los vasos sanguíneos en adultos jóvenes sanos

La contaminación del aire con partículas finas puede estar asociada con daño de los vasos sanguíneos e inflamación entre los adultos jóvenes y sanos, según concluye una investigación que se publica en *'inCirculation Resesarch'*, una revista de la Asociación Americana del Corazón'. Estos hallazgos sugieren que los proveedores de salud deben tener en cuenta los efectos cardiovasculares de la contaminación del aire en todos los pacientes, no sólo los que están enfermos o ancianos. "Estos resultados amplían considerablemente nuestra comprensión de cómo la contaminación del aire contribuye a la enfermedad cardiovascular, mostrando que la exposición se vincula con una cascada de efectos adversos", afirman C. Arden Pope, autor principal del estudio, y Mary Lou Fulton, profesora de Economía en la Universidad Brigham Young en Provo, Utah, Estados Unidos. Se sabe que la contaminación del aire contribuye a las enfermedades cardiovasculares y las muertes relacionadas. Para este estudio, los investigadores analizaron el componente de la contaminación atmosférica conocido como partículas finas (PM 2.5) –pequeñas piezas de contaminación sólida o líquida emitidas por los vehículos a motor, las fábricas, las centrales eléctricas, los incendios y el tabaco–. Estos científicos encontraron que la exposición periódica a las partículas finas se relacionó con varios cambios anormales en la sangre que son marcadores de la enfermedad cardiovascular. A medida que se incrementó la contaminación del aire, vieron que aumentaron en número las pequeñas micro-partículas que indican lesión y muerte celular; subieron los niveles de proteínas que inhiben el crecimiento de los vasos sanguíneos; y se elevaron de manera significativa las proteínas que significan inflamación de los vasos sanguíneos



Identifican la causa del dolor del miembro fantasma en amputados y un potencial tratamiento

Investigadores de la Universidad de Osaka, en Japón, en colaboración con la Universidad de Cambridge, en Reino Unido, han descubierto que una 'reorganización' del cableado del cerebro es la causa subyacente del dolor del miembro fantasma, que ocurre en la gran mayoría de las personas a las que se les han amputado las extremidades, y un potencial método para tratarla, que utiliza técnicas de inteligencia artificial. Los científicos utilizaron una interfaz cerebro-máquina para entrenar a un grupo de diez personas para que controlaran un brazo robótico con el cerebro. De esta forma, encontraron que si un paciente intentaba controlar la prótesis asociando el movimiento con su brazo perdido aumentaba su dolor, pero el entrenamiento para asociar el movimiento de la prótesis con la mano no afectada disminuyó su dolor. Sus resultados, publicados en la revista 'Nature Communications', demuestran que en pacientes con dolor crónico vinculado a la amputación o la lesión del nervio, hay 'cables cruzados' en la parte del cerebro relacionada con la sensación y el movimiento y que mediante la reparación de la interrupción puede tratarse el dolor. En otras palabras, hay una falta de coincidencia entre un movimiento y la percepción de ese movimiento. En el estudio, Seymour y sus colegas, dirigidos por Takufumi Yanagisawa, de la Universidad de Osaka, emplearon una interfaz cerebro-máquina para decodificar la actividad neuronal de la acción mental necesaria para que un paciente mueva su mano "fantasma" y luego convertir el movimiento decodificado de la mano fantasma en el de la neuroprótesis robótica empleando técnicas de inteligencia artificial. "Vimos que cuanto mejor consiguió su lado afectado del cerebro usar el brazo robótico su lado afectado del cerebro, peor era su dolor -relata Yanagisawa–. El movimiento de la parte del cerebro está trabajando muy bien, pero no están recibiendo la retroalimentación sensorial, luego hay una discrepancia

allí". Entonces, los científicos alteraron su técnica para entrenar el lado "equivocado" del cerebro: por ejemplo, un paciente al que le faltaba el brazo izquierdo fue entrenado para mover el brazo protésico mediante la decodificación de los movimientos asociados con su brazo derecho, o viceversa. Cuando fueron entrenados con esta técnica contraria a la intuición, notaron que su dolor se redujo significativamente.

El uso de dispositivos con pantallas a la hora de acostarse duplica el riesgo de falta de sueño en los niños

Un estudio de la Universidad de Cardiff, en Reino Unido, ha encontrado que los niños que utilizan dispositivos de medios portátiles con pantallas antes de acostarse tienen más del doble el riesgo de dormir un tiempo insuficiente en comparación con los niños que no tienen acceso a un dispositivo de este tipo. Este análisis, que comprendía una revisión sistemática de 20 estudios de observación existentes, implicando a 125.198 niños, también encontró que la calidad del sueño y la somnolencia diurna se vieron afectados en una magnitud similar, como se detalla en un artículo publicado en *'JAMA Pediatrics'*. "El sueño es una parte a menudo infravalorada, pero importante, del desarrollo de los niños, con la falta de sueño normal causando una variedad de problemas de salud. Con la creciente popularidad de los dispositivos de medios portátiles, como teléfonos inteligentes y tabletas, el problema de la falta de sueño entre los niños está encaminado a empeorar. Nuestros hallazgos sugieren que se necesita un enfoque integrado que incluya a padres, maestros y profesionales de la salud para mejorar los hábitos de sueño cerca de la hora de acostarse", explica. Actualmente, el 72 por ciento de los niños y 89 por ciento de los adolescentes tienen al menos un dispositivo en su entorno de sueño y la mayoría lo utilizan cerca de la hora de acostarse. Se piensa que estos dispositivos afectan negativamente al sueño a través de una variedad de formas, como desplazando, retrasando o interrumpiendo el tiempo de sueño; estimulando psicológicamente el cerebro; y afectado al ritmo circadiano, la fisiología del sueño y el estado de alerta

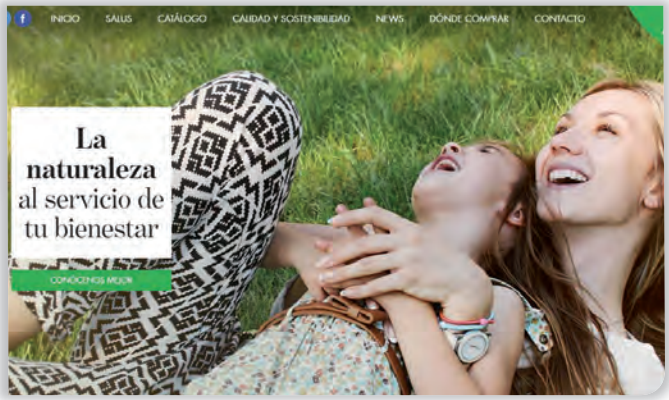
La OMS aconseja aumentar en un 20 por ciento los impuestos sobre las bebidas azucaradas para reducir la obesidad y diabetes tipo 2

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un nuevo informe, titulado 'Las políticas fiscales para la dieta y la Prevención de Enfermedades no Transmisibles (ENT)', en el que recomienda aumentar en un 20 por ciento los impuestos sobre las bebidas azucaradas para reducir su consumo y, por ende, disminuir el riesgo de obesidad, diabetes tipo 2 y la caries dental. Y es que, según señala, reducir el consumo de estas bebidas provocará una disminución de la ingesta de 'azúcares libres' y calorías, mejorará la nutrición de la población y reducirá los índices de sobrepeso, obesidad, diabetes y caries. Los 'azúcares libres' son los monosacáridos (tales como la glucosa o fructosa) y los disacáridos (como la sacarosa o azúcar de mesa), los cuales se añaden a los alimentos y bebidas por los fabricantes, cocineros o consumidores. Además, también están presentes de forma natural en la miel, jarabes, jugos de fruta y zumos concentrados de fruta. "El consumo de 'azúcares libres', incluyendo las bebidas azucaradas, es un factor importante del aumento global del número de personas que sufren de obesidad y diabetes. Por ello, si se aumentan los impuestos sobre estos productos se podrán salvar vidas, reducir los costes sanitarios y aumentar los ingresos para revertirlos en los servicios de salud", ha señalado el director del departamento de la OMS para la prevención de las enfermedades no transmisibles, Douglas Bettcher. Esta recomendación se sustenta en el hecho de que en el año 2014 el 39 por ciento de las personas mayores de 18 años tenían sobrepeso y de que entre los años 1980 y 2014 se duplicó la prevalencia de hombres y mujeres con obesidad. Además, en el año 2015 unos 42 millones de menores de 5 años tenían sobrepeso u obesidad, lo que supone un aumento de 11 millones de niños en los últimos 15 años, de los cuales el 48 por ciento vivían en Asia y el 25 por ciento África

ON-LINE
La Medicina en la red

http://www.salus.es/

Salus Floradix España tiene nuevo sitio *web*. En él, los usuarios podrán encontrar la gama de productos categorizada según las afecciones más habituales o atendiendo a la forma de presentación de cada producto.



Otra de las novedades es la posibilidad de buscar el distribuidor de cualquiera de las referencias de Salus Floradix en toda España. El usuario introduce el nombre del producto y la provincia en la que vive y podrá ver el listado de los distribuidores oficiales de la zona y la manera de contactar con cada uno de ellos, para informarse de precios y puntos de venta más cercanos. Por último, el sitio *web* también contiene una sección donde se recogen los hitos más importantes de la compañía

www.institutoroche.es

La Fundación Instituto Roche estrena *web* con una imagen renovada, ofreciendo a los usuarios una navegación mucho más eficaz, rápida y sencilla en la utilización de los diferentes servicios que ofrece su nuevo diseño.

Con esta nueva *web*, en formato *responsive* para facilitar la accesibilidad a los diferentes tipos de dispositivos móviles, la Fundación Instituto Roche apuesta por contenidos visuales y por la actualización diaria de información.

Además, incluye espacios destinados a la formación (cursos, artículos, etc.), un calendario de actividades tanto llevadas a cabo por la fundación como otras actividades de interés para el público objetivo, un apartado específicamente orientado a los medios de comunicación, así como recursos en materia de Medicina de Precisión desde el punto de vista científico, regulatorio y/o político.

Además, se integra la plataforma Oncobyg facilitando de esta forma el acceso a información y a casos clínicos sobre biomarcadores de uso en la práctica clínica, aproximando el abordaje personalizado en el campo de la Oncología

Pfizerpro.es

Pfizer para profesionales es un portal *online* dirigido a médicos de Atención Primaria, especialistas y farmacéuticos que ofrece información y formación científica.

Esta plataforma *online* proporciona información y formación científica para los profesionales de la salud. En este espacio se podrán consultar las principales novedades de la actualidad médico-farmacéutica y se podrá disponer de recursos de formación como cursos, materiales para la práctica clínica, documentos descargables para pacientes e información sobre medicamentos. En concreto, busca ampliar conocimientos y resolver dudas sobre Medicina y Farmacología en el área Cardiovascular y Metabólica, Vacunas, Neurociencia y Dolor, Inflamación e Inmunología, Oncología, Enfermedades Raras y el área de Unidades Biotecnológicas.

Respecto al área de formación, entre los recursos disponibles se encuentran cursos sobre vacunación antineumocócica para el asma, la diabetes o la EPOC, aunque pronto se prevé actualizar este contenido con *webinars*, *webcast*, presentaciones y conferencias *online*

Spiraxin®

(rifaximina-α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratógena, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes (≥10%), Frecuentes (de ≥ 1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥ 0,1% a <1%), Raras (de ≥ 0,01% a < 0,1%), Muy raras, incluyendo casos aislados (≤ 0,01%) ***Ensayos clínicos:*** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. ***Exploraciones complementarias:*** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. ***Trastornos cardíacos:*** Poco frecuentes: Palpitaciones. ***Trastornos de la sangre y del sistema linfático:*** Poco frecuentes: Limfocitosis, monocitosis, neutropenia. ***Trastornos del sistema nervioso:*** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. ***Trastornos oculares:*** Poco frecuentes: Diplopia. ***Trastornos del oído y del laberinto:*** Poco frecuentes: Vértigo. ***Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:*** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringeolaringal. ***Trastornos gastrointestinales:*** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, nauseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. ***Trastornos renales y urinarios:*** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. ***Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:*** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. ***Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:*** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. ***Trastornos del metabolismo y de la nutrición:*** Poco frecuentes: Anorexia. ***Infecciones e infestaciones:*** Poco frecuentes: Candidiasis. ***Trastornos vasculares:*** Poco frecuentes: Sofocos. ***Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:*** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. ***Trastornos hepatobiliares:*** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. ***Trastornos del aparato reproductor y de la mama:*** Poco frecuentes: Polimenorrea. ***Trastornos psiquiátricos:*** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. ***Experiencia post-marketing:*** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, nauseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, sincope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizada por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 – Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP**IVA: 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

BAMA – GEVE

Imagen en contraportada

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es

Aterina®

Sulodexida

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad *"in vitro"* a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxioxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxioxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes.* DATOS CLÍNICOS: **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (cuatro cápsulas al día en total) durante 3 meses. ***Población pediátrica:*** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. ***Insuficiencia hepática:*** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. ***Personas de edad avanzada:*** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes.* Sulodexida ésta contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. ***Advertencias sobre excipientes:*** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** ***Embarazo:*** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. ***Lactancia:*** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. ***Fertilidad:*** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). En la siguiente tabla se muestran las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (<1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** *Poco frecuentes:* Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** *Frecuentes:* Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** *Frecuentes:* Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuentes:* Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: *www.notificaram.es.* **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. DATOS FARMACÉUTICOS: **Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxioxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxioxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP**IVA: 16,84 €. **Con receta médica. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2015.

BAMA – GEVE

Imagen en segunda de cubierta

www.bamageve.es

Traumatología

Manual Básico de Técnicas Ecoguiadas en el Tratamiento del Dolor Crónico

Coordinadores: Gustavo Illodo, Pablo López Pais y José Manuel López

Este manual, elaborado por Facultativos Especialistas de Área (FEA) y patrocinado por Grünenthal Pharma, tiene como objetivo difundir técnicas para el tratamiento del dolor basadas en la ecografía. Este abordaje puede reducir las complicaciones derivadas de las técnicas intervencionistas y aumentar la efectividad de las terapias contra el dolor.

El manual incluye los conocimientos y la experiencia de profesionales que trabajan en las Unidades de Dolor de la Xunta de Galicia, en una obra colectiva que puede ser de utilidad para todos los especialistas que se dediquen al tratamiento del dolor. Además, incluye información pormenorizada de estas técnicas y se apoya sobre todo en imágenes.

En su elaboración han participado todas las unidades de dolor de Galicia, y sus coordinadores son Gustavo Illodo, del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, Pablo López Pais, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y José Manuel López, del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo

Psicología

Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

Autores: María de la Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández

En este libro se abordan los trastornos de ansiedad y de depresión, que son los de mayor prevalencia en la infancia y la adolescencia. Explica de forma pormenorizada en qué consisten esos dos grupos de trastornos y cómo reconocerlos, evaluarlos, realizar un buen diagnóstico y poner en marcha un tratamiento eficaz.

Aúna los conocimientos actuales con la práctica clínica diaria, los resultados de la investigación más reciente con los conocimientos más asentados, la exposición de los fundamentos y las técnicas de los tratamientos más eficaces con su aplicación concreta en casos clínicos

50 técnicas PSICOterapéuticas

Autora: Leila Nomen Martín

Esta obra presenta cincuenta técnicas psicoterapéuticas. Las técnicas reseñadas son tanto de modelos clásicos como otras más actuales: las atencionales y de desactivación, las emocionales y motivacionales, las de mejora conductual y las neurocientíficas, las narrativas y lingüísticas, las corporales, las manipulativas y sensoriales, las de bienestar emocional, las experienciales y constructivistas, las de tercera generación y contextuales, las familiares y de pareja y las de crecimiento personal y espirituales.

Las cincuenta técnicas se presentan en formato de fichas en las que se refieren los objetivos de cada una de ellas, la descripción y algunos conceptos necesarios para su comprensión, como ejercicios prácticos que se pueden experimentar e implementar en algunos casos. Por último, se incluyen el ámbito de aplicación y las referencias para profundizar en ellas

Cardiología

Cardio Imagen en la Insuficiencia Cardiaca

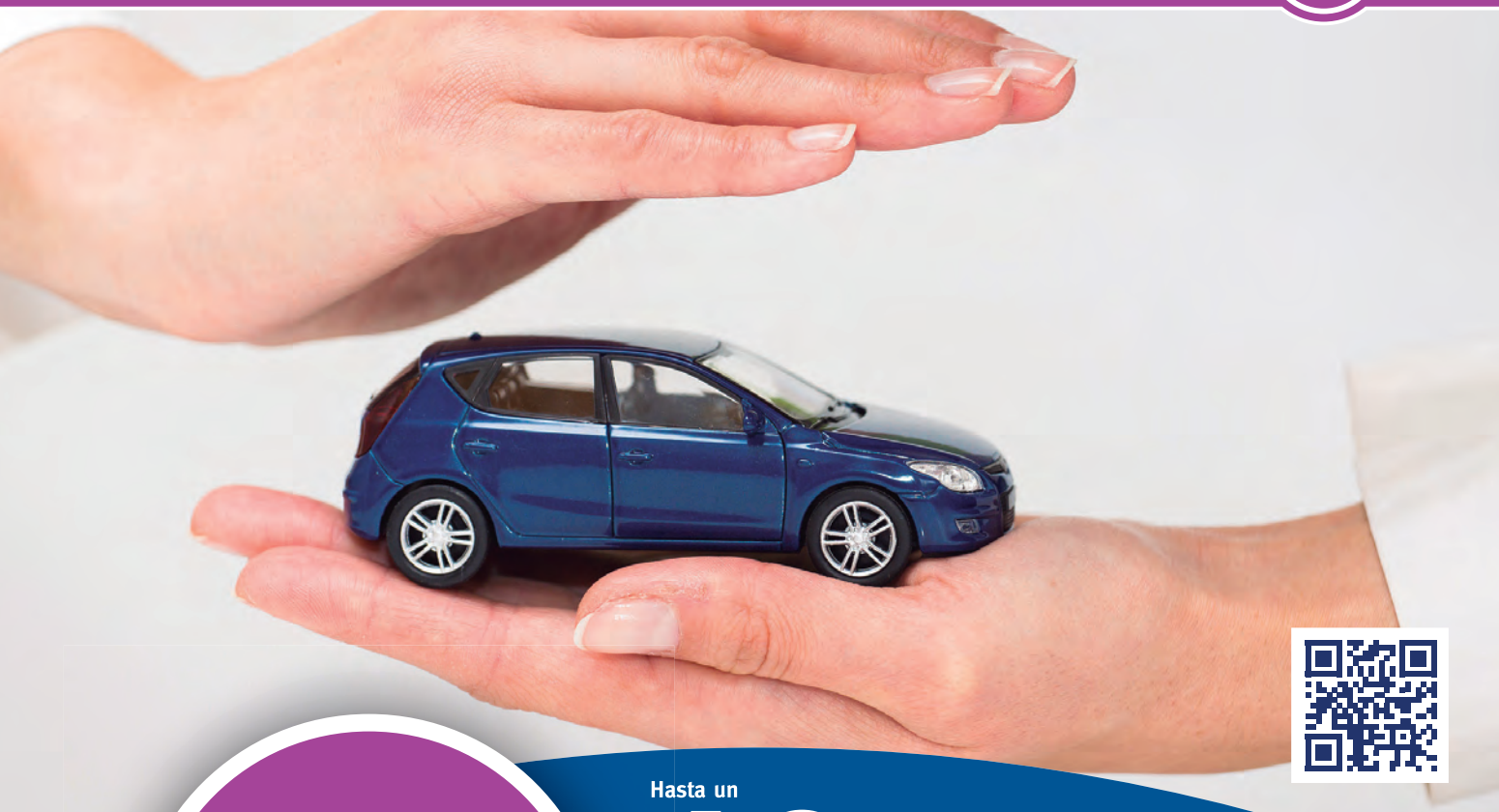
Directores: Miguel Ángel García Fernández y Roberto M. Lang

Esta guía ofrece información sobre cómo utilizar el arsenal diagnóstico en insuficiencia cardiaca de manera secuencial para permitir diagnosticar de forma precoz y con la técnica más adecuada en cada caso. En la actualidad, nuevas técnicas de imagen como el TAC, el SPECT y la resonancia magnética se han sumado como pilares de diagnóstico, por lo que era necesaria una revisión de cómo utilizar estas técnicas de forma eficaz.

En el libro, estructurado en 29 capítulos y organizados por patología y su manejo, han participado un grupo de expertos nacionales e internacionales, poniendo de manifiesto la importancia de la imagen cardiaca, y permite la visualización de vídeos a través de un dispositivo móvil.

La insuficiencia cardiaca, informan los autores, afecta a un 6,8 por ciento de la población española mayor de 45 años y continúa siendo la primera causa de hospitalización en nuestro país en pacientes mayores de 65 años

Seguro de **Automóvil**



EL SEGURO DE AUTO DE A.M.A ENTRE LOS 3 MEJORES DE ESPAÑA Y SEGUNDO MEJOR POR PRECIO

Fuente: Indice Stiga 2015 de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%* bonificación

en su seguro de Automóvil

- NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- PÓLIZAS DE REMOLQUE
- LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- RECURSOS DE MULTAS
- DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síganos en

A.M.A. MADRID (Central)
Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)
Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID
Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 28 de febrero de 2017. de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Spiraxin®

(rifaximina-α)

Eficacia intestinal asegurada

BAMA – GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág. 81