

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1179. Enero/Febrero 2017

Entrevistas

Fernando Carballo,
presidente de FACME

Manuel Bayona,
vicepresidente
de SEDAP

Joan Carles March,
director de la Escuela
Andaluza de Salud
Pública

2016

RESUMEN SANITARIO

Los tribunales
y un permanente
bloqueo
parlamentario
marcan la política
sanitaria

Reportajes

Elecciones colegiales
en 2017

Día Mundial de las
Enfermedades Raras



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. Materno-infantil 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?

Ekzem[®]

Fluocinolona acetónido 0,025 %

EL PRIMER Y ÚNICO TRATAMIENTO
INDICADO EN EL ECCEMA DEL CAE

NUEVO

MEDICAMENTO
FINANCIADO POR EL SNS



Solución unidosis.
30 viales diseñados
específicamente para aplicar
el producto en el oído



POSOLOGÍA

1 vial en el oído afectado
2 veces al día
Durante 7 días

Ekzem Eficacia demostrada
en eccema del conducto auditivo
externo. Disminuye:



El prurito



El eritema



El edema



La descamación

EN PORTADA



Los tribunales y un permanente bloqueo parlamentario marcan la política sanitaria de 2016

Si las urnas marcaron la política sanitaria en 2015, el año que acaba de dejarnos ha estado dominado por un permanente bloqueo político que ha traído consigo, entre otras cosas, un relevo “en funciones” de dos ministros de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Alfonso Alonso y Fátima Báñez. Ya en noviembre, la catalana Dolors Montserrat era quien finalmente pasaba a formar parte del nuevo Consejo de Ministros de Mariano Rajoy como ministra del ramo.

20

FORO DE EXPERTOS



Dolors Montserrat
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
8



Juan Simó
Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)
14

FACME



Entrevista a Fernando Carballo
Presidente de FACME
28

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Entrevista a Manuel Bayona
Vicepresidente de la SEDAP
40



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Durante los próximos 29 y el 31 de marzo Sevilla acogerá el XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, el encuentro nacional sobre hospitales y gestión sanitaria.

34

SUMARIO

RADIOGRAFÍA A...

28 DE FEBRERO, DÍA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS

Necesidades clínicas e investigadoras

La lista de Enfermedades Raras (ER) de la Organización Mundial de la Salud registra hoy más de 7.000 patologías, y no se encuentran todas, ya que regularmente se siguen descubriendo otras nuevas.

46



ENTREVISTA



Jordi Martí

Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública

54

REPORTAJE

2017, un año rico en elecciones colegiales

Los comicios a los puestos de presidente, tesorero y vicesecretario del Consejo

General, previstos para el día 4 de marzo, suponen la gran cita electoral de los Colegios de Médicos en el año 2017, un año rico en elecciones a la presidencia en los colegios provinciales: hasta en 21 instituciones está previsto que haya comicios

58



OTROS TEMAS

Fue Noticia 64

Instantánea Médica 68

Actualizaciones
EL MÉDICO 75

On-Line 78

Sala de lectura 82

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

Secretaría de Redacción: Mar Pérez

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

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

Corresponsales colaboradores: Paco Romero, Antonio Morente, 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. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporite Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2017. 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.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Farmacia

Programa Avanzado

Comunicación

Médicos

Gestores

Web 2.0

Programa Superior

Alto rendimiento

Enfermería

EQUIPO

Taller

CONFLICTOS

Farmacoeconomía

Máster

Presencial

Online

IMPRESO

Liderazgo

Tiempo



La mirada



a maestra de la actualidad



Dolors
Montserrat Montserrat



Juan
Simó



La hoja de ruta para el Sistema Nacional de Salud en los próximos años

Autora | Dolors Montserrat Montserrat. Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En su primera comparecencia en el Congreso como ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat expuso los cuatro pilares en los que se va a sustentar la política sanitaria del Gobierno en los próximos cuatro años: el paciente como centro del sistema, los profesionales, la equidad e igualdad de los ciudadanos y una financiación adecuada de la Sanidad.



Dolors Montserrat Montserrat

Mi compromiso como ministra son las personas, y voy a trabajar los próximos cuatro años para que todos los ciudadanos encuentren en nuestro Sistema Nacional de Salud y en nuestras políticas sociales las respuestas que necesitan. Quiero trabajar para garantizar que todos los españoles tengan acceso a los mismos servicios independientemente de donde vivan.

Debemos estar orgullosos de nuestro Sistema Nacional de Salud. El estudio realizado por Bloomberg situaba a España en la tercera posición del *ranking* mundial por la eficiencia del sistema sanitario. En base a este estudio el sistema sanitario español sería el primero en el *ranking* de mejor eficiencia de los sistemas públicos del mundo. (Este *ranking* “evalúa la esperanza de vida, el gasto sanitario per cápita y el gasto relativo como

Nuestro modelo farmacéutico también es considerado como uno de los mejores del mundo y, sin lugar a dudas, ayuda a que nuestro Sistema Nacional de Salud esté en la séptima posición de la OMS

país es uno de los líderes en el mundo en número de trasplantes desde hace 24 años (En España, hay 13 personas al día que reciben un trasplante).

proporción del Producto Interno Bruto (PIB)”

Nuestro modelo farmacéutico también es considerado como uno de los mejores del mundo y, sin lugar a dudas, ayuda a que nuestro Sistema Nacional de Salud esté en la séptima posición de la Organización Mundial de la Salud, y sea reconocido por su excelencia y universalidad. Y no podemos olvidarnos que nuestro

país es uno de los líderes en el mundo en número de trasplantes desde hace 24 años (En España, hay 13 personas al día que reciben un trasplante).

Un reconocimiento que merecen asimismo todos los profesionales sanitarios y de servicios sociales porque en los momentos que ha golpeado con dureza la crisis económica su esfuerzo ha contribuido decisivamente al mantenimiento de la calidad y la excelencia de los servicios. La vocación de los profesionales de la salud y los servicios sociales es admirable. A pesar de todas las dificultades que ha habido, siempre han estado al lado de las personas que lo necesitaban. Por mucho que les demos las gracias nunca será suficiente. Todos estamos en deuda con ellos.

Tenemos un sistema de protección sanitario y social que protege a nuestras familias, desde la infancia hasta la vejez. Un sistema que ofrece una respuesta integral a todos nuestros problemas sin dejar a nadie atrás.

Cambio en las necesidades asistenciales

Uno de los grandes hitos de nuestro Estado del Bienestar es la cobertura sanitaria universal y los sistemas de protección social, que han generado dos fenómenos sociológicos, en sí mismo positivos, que afectan de forma importante a la población.

Se están produciendo cambios en la demanda asistencial que requieren una adecuación y optimización de las respuestas/recursos

El nuevo perfil, a causa del envejecimiento, de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de las limitaciones en la autonomía personal, provoca un incremento de necesidades asistenciales externas a la familia y el aumento de las personas que necesitan cuidados de larga duración.

Se están produciendo cambios en la demanda asistencial que requieren una adecuación y optimización de las respuestas/recursos, adecuándolas a las necesidades reales.

En el sector hospitalario, por ejemplo, el objetivo es que una persona enferma sea diagnosticada, pronosticada y que reciba un tratamiento. Pero es cierto, que en nuestro actual sistema el único punto abierto las 24h al día son los hospitales y alguna personas que ya tienen diagnóstico cuando tienen un problema siguen yendo a los hospitales porque es el único punto de referencia asistencial. En cambio lo que tenemos que conseguir es que haya una puerta única de entrada compartida entre servicios sociales y de salud.

En cuanto al modelo sociosanitario, hay que tener en cuenta que en España no existe una puerta única de entrada com-



partida entre servicios sociales y servicios de salud.

Todas las carteras de servicios actuales no se basan en esta puerta única compartida, sino en la descripción de los recursos

desde donde son prestados (atención domiciliaria, centros residenciales, centros de día, hospitales y CESURES, etc.), em-

pezando por la propia ley. Por ello, la estrategia de intervención en cada caso

(Plan individual) no responde a una estrategia definida e integrada con la asistencia sanitaria.

La cooperación entre la prestación de ser-

vicios sanitarios y sociales no se da con la fluidez necesaria. Ambos sistemas se necesitan, pero su relación se limita en muchos

La cooperación entre la prestación de servicios sanitarios y sociales no se da con la fluidez necesaria



casos a la “recogida” del paciente cuando recibe el alta hospitalaria. Esta nueva situación requiere integrar en el modelo de atención una mayor coordinación con Atención Primaria,

- posibilitando integrar medidas preventivas, asistenciales, de rehabilitación y de atención a la complejidad y al final de la vida,
- priorizando las intervenciones orientadas a evitar la aparición de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas o minimizar la progresión hacia estadios avanzados.

Así, es necesario impulsar un nuevo modelo sociosanitario en toda España que sea capaz de ofrecer y prestar una atención, centrada en la persona, que se gestione por procesos y con independencia de que la necesidad de atención se sitúe en el sistema sanitario o en el de servicios sociales.

En este escenario la coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para la mejora de los servicios sociales y también para la sostenibilidad del sistema sanitario, porque:

- Mejora la calidad de la atención, al poder adaptar mejor las respuestas asistenciales a las necesidades individuales de los usuarios.
- Permite reducir de forma significativa las recaídas y los reingresos.
- Ayuda a la continuidad de los cuidados.
- Maximiza la eficiencia y permite ahorros en el sistema para revertirlos en la mejora del mismo. Es notorio que posibilita una racionalización y una mayor adecuación del consumo de recursos al permitir liberar camas hospitalarias de agudos y en muchos casos menos adecuadas a las necesidades del paciente sociosanitario, especialmente cuando este sufre enfermedades crónicas o se encuentra en situación de discapacidad o dependencia.

Para obtener una máxima calidad asistencial, será preciso un modelo de atención continuada que permita la correcta ubicación en cada momento en el recurso idóneo durante el tiempo adecuado. La coordinación sociosanitaria entre el Estado y las comunidades autónomas debería desarrollarse en función de estrategias compartidas.

Habrà que procurar que la reforma normativa estuviese dotada de la necesaria flexibilidad, dada la amplia gama de supuestos y de situaciones y siempre con sensibilidad hacia las medidas que permitan la optimización de los recursos existentes.

Para regular el espacio sociosanitario, será necesario un esfuerzo especial para superar el hecho de que, desde hace tiempo, los servicios sanitarios y los sociales han venido caminando por separado, según criterios muy diferentes. Por eso, las bases y los principios generales a los que deberá obedecer el nuevo marco que se hace especialmente necesario para llevar a cabo con éxito el salto cualitativo que representaría una legislación moderna para la atención sociosanitaria.

Las bases y los principios generales a los que debería responder el nuevo marco legal habrían de ser fruto del consenso entre las administraciones implicadas, capaces de garantizar unos mismos derechos en cualquier lugar del territorio nacional.

Dependencia

En estos 10 años hemos conseguido muchos avances en el tema de la dependencia, pero, por supuesto, hay cosas por mejorar y muchos retos por afrontar.

Tenemos tres retos en el futuro:

- Trabajar en la prevención.
- Garantizar la calidad de los servicios asistenciales.
- Lograr la estabilidad de su financiación.

El sistema de dependencia ha presentado algunas dificultades en su implantación, pero durante estos últimos cinco años hemos hecho un gran esfuerzo para solventarlos.

Hemos garantizado el Sistema de Dependencia. El Estado ha aportado el 50 por ciento de la financiación tal y como exige la ley, a través de los presupuestos generales del Estado y de la financiación autonómica (LOFCA). Hemos reducido las listas de espera un 57 por ciento y hemos mejorado la

calidad de los servicios (el 66 por ciento de las prestaciones son ya servicios profesionales). No obstante, tenemos la obligación de seguir mejorando.

Cuatro pilares

Nuestra hoja de ruta para el Sistema Nacional de Salud en los próximos años se sustenta en cuatro pilares:

1. El paciente debe ser el centro de la actuación del Sistema Nacional de Salud y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.
2. Los profesionales (Artículo 6 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias: médicos, enfermeros, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, podólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y dietistas-nutricionistas y

otros profesionales en posesión de un título de especialista en ciencias de la salud), como principal activo del Sistema Nacional de Salud. Son el corazón que hace bombear el sistema.

3. La equidad e igualdad de los ciudadanos.

4. Y la financiación adecuada de la Sanidad, que:

- Ha de asegurar la inversión necesaria para atender las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos y proteger y defender sus derechos y los de los profesionales.
- Se abordará en la aprobación del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas, en la que todos debemos estar presentes.
- En la medida que seamos eficientes, esos recursos pueden reinvertirse en nuestro Sistema Nacional de Salud que debe dar respuesta a una sociedad que está más envejecida y afectada por las enfermedades crónicas.

Pacientes

El paciente es la piedra angular del sistema y como tal impulsaremos un acuerdo marco con el que fortalecer el diálogo y una participación más activa en los órganos consultivos del ministerio y del Sistema Nacional de Salud.

Para mejorar el conocimiento y la formación del paciente, impulsaremos con las comunidades autónomas la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía (2013) como espacio en el que mejorar la formación de los ciudadanos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Profesionales

El segundo pilar son los profesionales.

En estas cuestiones, como en todo aquello relacionado con el Sistema Nacional de Salud, el papel desempeñado por los pro-



fesionales (a los que me he referido anteriormente) es fundamental.

Si bien, como decía al comienzo,

- los ciudadanos son nuestra verdadera razón de ser,
- los profesionales, el segundo pilar de las políticas que desarrollaremos en Sanidad en los próximos años, son el principal valor con el que contamos para conseguir el objetivo de recuperar la salud e incrementar la calidad de vida.

Queremos mejorar las condiciones formativas y laborales de nuestros profesionales, así como avanzar en la gestión y la planificación de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto al ámbito de la farmacia, tengan claro que el ministerio continuará defendiendo el ‘modelo de farmacia medi-

terráneo’ que tenemos. El modelo nos garantiza la proximidad a los ciudadanos y la calidad en la atención, y que seguiremos trabajando desde la estabilidad y la previsibilidad en beneficio del ciudadano y del sector.

Daremos más protagonismo al farmacéutico en el ámbito de la educación en prevención, así como en la formación de los ciudadanos en términos de promoción, principalmente en los hábitos de vida saludables y la cronicidad (se limita a los consejos que el farmacéutico daría a los ciudadanos en estos ámbitos).

Continuaremos apostando además, y desde el uso racional de los medicamentos, por los genéricos (cae la patente del innovador a los 10 años. 48,83 por ciento de uso actual frente al 34,16 por ciento de 2011), teniendo también presente el valor que aportan los biosimilares.

El paciente es la piedra angular del sistema y como tal impulsaremos un acuerdo marco con el que fortalecer el diálogo y una participación más activa



FORO DE EXPERTOS

La mirada maestra de la actualidad

Defendemos y ampliaremos la compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios (no solo de vacunas), que tan buenos resultados nos está dando:

- tanto desde el punto de vista del abastecimiento, de la transparencia y de la planificación,
- como desde la perspectiva de la certidumbre y la estabilidad de producción por los laboratorios. De este modo, se evita que se puedan producir retrasos en la recepción del medicamento prescrito al paciente,
- y la optimización de los recursos y de la generación de ahorros en pro de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que nos permiten reinvertirlos en el propio sistema.

Quiero destacar la función esencial que desempeña la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que en los próximos años seguirá velando por fomentar la seguridad y la calidad de la prestación farmacéutica para el paciente.

Defendemos y ampliaremos la compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios

Desde la Agencia continuaremos impulsando iniciativas como:

- El Plan Nacional de Lucha contra Resistencias a los Antibióticos, teniendo en cuenta tanto los antibióticos que se suministran a las personas como a los animales, clave para evitar en España situaciones críticas generadas por el mal uso de los antibióticos como las 25.000 muertes anuales que las bacterias multirresistentes causan en Europa según el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.
- El Sistema Español de Verificación de Medicamentos que tiene por finalidad garantizar calidad en toda la cadena de distribución con un código único de verificación,

- así como con otras medidas que impulsaremos próximamente como el Plan de Garantías de Abastecimiento (Plan para garantizar la continuidad del abastecimiento para que los pacientes accedan a los medicamentos que precisan).

Procuraremos avances también en el sistema de fijación de los precios a la innovación. Se trata de buscar el equilibrio entre evitar un coste no justificado de la innovación y el impulso de la misma.

Y en la definición de los medicamentos y productos que son o puedan ser estratégicos por las necesidades de los pacientes para el Sistema Nacional de Salud (porque den respuesta a patologías prevalentes en la sociedad o su uso sea ‘masivo’).

En cuanto a Sanidad electrónica, es un instrumento clave para todos los eslabones de la cadena asistencial, siendo especialmente relevante en materia de cohesión, equidad y seguridad para el paciente, y en la consecución de mejoras en la capacidad diagnóstica de los profesionales.

Es voluntad y compromiso del Ministerio de Sanidad en este ámbito que la implementación e interoperabilidad alcance el cien por cien en todo el Sistema Nacional de Salud en los próximos años en lo que a la historia clínica, la tarjeta sanitaria y la receta electrónica se refiere.

En el ámbito de la receta electrónica, esta alcanza ya cuotas muy cercanas al 90 por ciento de uso en todo el sistema (85,9 por ciento este año). Para alcanzar el cien por cien, debemos ser conscientes de que existen dificultades propias de la capacitación tecnológica en determinadas zonas, por ejemplo rurales, que podrían dificultar su total implementación.

En relación con la Organización Nacional de





Trasplantes, ámbito en el que somos líderes mundiales desde hace 25 años, nuestro compromiso es seguir incrementando la cifra actual de 43,5 donantes por millón de personas.

Para ello, seguiremos desarrollando medidas como:

- El Programa de Garantía de Calidad en el proceso de donación,
- el Plan Nacional de Médula Ósea,
- el Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical,
- el Plan Nacional de Córneas,
- continuando la expansión, la defensa y la difusión de nuestro modelo altruista en todo el mundo.

Para finalizar, sintetizo en cuatro conceptos, a modo de resumen, lo que creo que debe ser esta legislatura en el ámbito de la Sanidad y los servicios sociales.

- Quiero ser la ministra de la prevención tanto en el ámbito social como sanitario. Invertir en prevención es más eficaz y eficiente, pero sobre todo es garantía de equidad y derechos.
- Nuestra política social y sanitaria, en esta legislatura, se fundamentará en la prevención, la equidad, la corresponsabilidad, la cohesión territorial y la igualdad de oportunidades. En definitiva, la legislatura de la garantía social.
- Desde el convencimiento y la demostración en mi trayectoria política, quiero que sea la legislatura de los grandes acuerdos y del diálogo.
- La realidad a la que debe dar respuesta el Estado del Bienestar ha cambiado profundamente en los últimos 40 años. Esta debe ser la legislatura en la que pongamos las bases para el modelo de bienestar de la España del 2050. Les invito a que lo construyamos entre todos ■

Extracto del discurso de la ministra durante su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados el 20 de diciembre de 2016.



El *descremado sociológico* de la Atención Primaria española

Autora | Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)

Los datos indican que en España existe una desigualdad pro-ricos en la utilización ambulatoria del médico especialista (ME) y una desigualdad pro-pobres en la utilización de la consulta del médico general o de familia (MF).



Juan Simó

En el fondo, todo gira alrededor de la existencia de una dualización sanitaria responsable de que las clases medias-altas hayan tenido y sigan teniendo un acceso directo al ME sin paso previo por el MF. Gran parte de este acceso directo al ME se financia públicamente de modo directo (Mutualismo Administrativo) o de modo indirecto (incentivación fiscal de los seguros médicos privados). Esta dualización se sitúa en el genoma del propio Sistema Nacional de Salud (SNS) y priva de hecho a la Atención Primaria de usuarios influyentes e informados que contribuirían decisivamente a elevar sus estándares de servicio y cali-

Lo que ocurre en nuestra Sanidad pública es una menor universalización efectiva del nivel ambulatorio en general, y de la Atención Primaria en particular, que del sector hospitalario

dad. Ello ha conducido a un progresivo descremado sociológico de la Atención Primaria en parte responsable de la situación de estancamiento por desinterés, cuando no de abandono y deterioro, que arrastra este nivel de atención desde hace mucho tiempo. Al ser muy infrutilizada por los sectores sociales con más capacidad de influencia sobre la opinión y el poder público, la Atención Primaria ha perdido uno de

los estímulos más potentes de mejora representado por los ciudadanos más informados, formados, exigentes e influyentes y va camino de convertirse en una Atención Primaria para pobres y, por tanto, en una pobre Atención Primaria.

Dualización sanitaria

En relación con el derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral con cargo a fondos públicos ha existido y todavía existe una dualización sanitaria en España. Se trata de una dualización institucional, estructural, por ser consustancial al propio diseño de la Sanidad pública. Esta dualiza-

¹ El descremado ("cream skinning") de riesgos, por paralelismo con el descremado de la leche, es una metáfora conceptual peyorativa perteneciente al ámbito del mercado de los seguros privados de salud que describe aquella actividad de las aseguradoras tendente a atraer a los clientes más sanos por menos costosos y a evitar, por el motivo contrario, a los más enfermos de modo que el coste de la carga asistencial a la que tenga que hacer frente la compañía se encuentra claramente por debajo del nivel de las primas captadas. Se trata de una auténtica selección de riesgos. En el caso que nos ocupa, la metáfora se lleva al ámbito socioeconómico ("descremado sociológico") pues los subsistemas descreman (privan) al SNS, y de modo especial a su Atención Primaria, de prestar atención sanitaria a estos grupos sociales más influyentes.



ción implica la existencia de desigualdades no relacionadas con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente, según grupos socioeconómicos (1). A grandes rasgos, dentro de la población española con derecho a una asistencia sanitaria financiada públicamente, han existido dos grupos principales. Por un lado, un primer grupo poblacional, mayoritario, con derecho a la asistencia sanitaria del SNS gestionada por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA). Por otro, un segundo grupo, cuantitativamente mucho menor

La principal consecuencia de la no utilización de la Atención Primaria por aquellos sectores sociales con mayor nivel educativo, de renta y mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos es que la AP despierta cada vez menos interés

pero cualitativamente muy relevante, constituido por colectivos protegidos por diversos subsistemas de los que actualmente persiste, contrariando la Ley (General de Sanidad), el Mutualismo Administrativo. Dichos colectivos nunca han sido una muestra representativa o aleatoria de la sociedad española, sino sectores sociales relativamente privilegiados con mayor nivel educativo y de renta. Sectores con mayor acceso a los medios de comunicación, mayor peso e influencia política y mediática, y que nunca se han sentido concernidos por los problemas de la Atención Primaria, sencillamente porque la misma nunca ha figurado en los esquemas de atención que les estaban reser-

vados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. Esta dualización ha descremado a la Atención Primaria de los grupos sociales que más podrían influir política y mediáticamente en conseguir mejoras. Aun siendo pública la financiación del Mutualismo, sus beneficiarios no cuentan, salvo el pequeño porcentaje que elige provisión pública, con un MF que actúe como médico personal, agente del paciente y primer contacto con el sistema, sino que acceden directamente al ME que ellos mismos estiman conveniente.

La “doble cobertura”

Casi 11,3 millones de españoles contaban en septiembre de 2016 con algún tipo de seguro de salud (2). De ellos, algo más de



8,9 millones disfrutaban de un seguro de asistencia sanitaria. Casi 1,9 de esos 8,9 millones corresponden a mutualistas de la administración pública mientras que la inmensa mayor parte de los poco más de 7 millones restantes constituyen el grupo de la “doble cobertura”, formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria del SNS que prefieren, porque pueden, disfrutar simultáneamente de las supuestas ventajas asistenciales y, en muchos casos, fiscales del aseguramiento privado. Un aseguramiento privado que mayoritariamente ofrece atención sanitaria por médicos especialistas y no por médicos de familia, generales o de cabecera. De hecho, sólo el 13 por ciento de los médicos que actúan como proveedores para las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria son médicos generales o de familia (3). Por otra parte, el 30 por ciento de las consultas al ME en España se realiza sin financiación pública (4). No se incluyen aquí, naturalmente, las consultas al ME privado financiadas públicamente realizadas por el colectivo mutualista que elige provisión privada. La población con doble cobertura se caracteriza por ser más joven, tener mejor estado de salud, menos enfermedades crónicas y discapacidades, mayor nivel educativo y de renta y efectuar más visitas al ME (5-7). Datos recientes como los de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2014 (8), una de las CCAA con más prevalencia de doble cobertura (24,8 por ciento de la población general), muestran que entre la población con doble cobertura destaca la proporción de personas de clase alta (45,6 por ciento) o con estudios universitarios (44,2 por ciento).

La incentivación fiscal de la compra de seguros médicos privados

Durante las últimas décadas, los sucesivos gobiernos han incentivado fiscalmente el aseguramiento privado sin explicar demasiado a la ciudadanía la utilidad social de tal medida. Desgravó el gasto directo en asistencia sanitaria privada y en seguros privados de salud adquiridos individualmente hasta 1998. A partir de 1999 se ofre-

cen beneficios fiscales a las empresas que los adquieren para sus empleados y familias (seguros colectivos). A partir de 2003 desgravan los adquiridos por algunos trabajadores autónomos para sí y sus familias. Además, algunas CCAA desgravan también los seguros de salud individuales. Por lo tanto, en cierto modo, podemos considerar también financiación pública de la Sanidad, en este caso privada, el coste fiscal que supone la pérdida de recaudación debida a los beneficios fiscales asociados al gasto directo en asistencia sanitaria privada o a la compra de seguros privados de salud. El coste fiscal por este motivo en 1998 ascendió a poco más de 650 millones de € (9,10), una cantidad equivalente a lo que gastó ese mismo año en Atención Primaria una comunidad como Andalucía. El coste fiscal en 2001 se estimó en 214 millones de € para poco más de 1,24 millones de asegurados ese año por seguros colectivos de empresas (9).

El coste fiscal actual de la desgravación de los seguros médicos privados

Debido al gran incremento del número de pólizas colectivas, los beneficios fiscales a los seguros adquiridos por autónomos y la desgravación efectuada por algunas CCAA por la compra de seguros individuales, el coste fiscal actualmente sería mucho mayor y se estima que podría alcanzar los 1.000 millones de euros anuales (11). Conviene recordar que la introducción del copago a los pensionistas del SNS supuso en 2013 una recaudación de 503,8 millones de euros (52,9 € por pensionista) (12). Se debería explicar a la ciudadanía, y sobre todo a estos pensionistas, la utilidad social de incentivar fiscalmente la compra de seguros privados de salud pues la pérdida actual de ingresos fiscales por dicha desgravación podría, incluso, duplicar la cantidad recaudada a estos pensionistas a través del copago farmacéutico. ¿Recaudamos millones de euros mediante el copago de los pensionistas para ofrecer beneficios fiscales por la compra

de seguros de salud a grupos sociales más jóvenes, sanos y ricos que los pensionistas? La desgravación fiscal del seguro privado de salud resulta difícil de sostener en la medida que existe una Sanidad pública financiada por impuestos (13). El menor uso del sistema público que hace la población con seguro privado (14) no compensa el coste de su incentivación fiscal pues la pérdida de ingresos fiscales por la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia (15).

Diferencias en la utilización del médico especialista y del médico de familia según cobertura

En relación con la visita ambulatoria al ME y al MF se constata un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria únicamente pública por el SNS, el grupo de la “doble cobertura” y el colectivo mutualista. Para los primeros la probabilidad de visitar al MF es 2,8 veces mayor que la de visitar al ME, para los segundos la razón es de 1,4 visitas al MF por cada visita al ME, mientras que los mutualistas muestran un patrón “invertido” al visitar un 35 por ciento más al ME que al MF (5). En relación con el nivel educativo, de renta y auto-percepción de salud, los dos últimos grupos (mutualistas y “doble cobertura”) superan notablemente al primero (5), lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud más consultas al ME) que algún trabajo ha comprobado (7), confirmando que los peores riesgos se quedan en el SNS. Esta desigualdad pro-pobres en la utilización del MF también se ha demostrado entre la población española de 50 o más años (16). También entre los mayores de 65 años se detecta desigualdad pro-pobres en la utilización del MF y pro-ricos en la utilización del ME (17). En la comparación internacional (países de la OCDE) (18), España mostraba en el año 2000 una desigualdad pro-ricos en la utilización del ME y pro-pobres en la utilización del MF. Unos años después, en 2009, otro estudio (19) que también involucraba a



los países de la OCDE mostraba que la desigualdad pro-pobres en la utilización del MF en España se mantenía aunque algo atenuada pero la desigualdad pro-ricos en la utilización del ME se disparaba alcanzando la tercera mayor desigualdad pro-ricos de todos los países estudiados en el acceso (probabilidad de visita en el último año) y la mayor de todos ellos en la frecuencia de acceso (número de visitas en el último año). Ello significa que la utilización (¿sobreutilización?) del ME en España tiene bastante más que

ver, mucho más que en otros países desarrollados, con la renta del individuo que con la necesidad sanitaria.

Menor universalización efectiva de la Atención Primaria

En el fondo, lo que ocurre en nuestra Sanidad pública es una menor universalización efectiva del nivel ambulatorio en general, y de la Atención Primaria en particular, que del sector hospitalario. De hecho, datos oficiales (20) muestran como en 2014 el

92,60 por ciento del gasto hospitalario en España fue público, mientras que era público apenas el 49,68 por ciento del gasto sanitario ambulatorio. Lo que explica que España muestre, en la comparación internacional, un gasto sanitario ambulatorio per cápita (en unidades monetarias comparables) de los más altos de la Europa desarrollada y un gasto hospitalario privado per cápita de los más bajos (21-23). Esta menor universalización efectiva de la Atención Primaria en España no es más que el resultado de su descremado sociológico al que han conducido la dualización de nuestra Sanidad pública y la incentivación fiscal al gasto privado en asistencia sanitaria o a la compra de seguros médicos privados durante las últimas tres décadas, sin olvidarnos de la anemia crónica inversora en Atención Primaria (23).

Principales consecuencias del "descremado sociológico"

La principal consecuencia de la no utilización de la Atención Primaria por aquellos sectores sociales con mayor nivel educativo, de renta y mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos es que la Atención Primaria despierta cada vez menos interés. Evidente entre los ciudadanos que paulatinamente la abandonan procurándose asistencia sanitaria privada (especialmente ambulatoria y por especialistas), como atestigua el progresivo aumento durante las últimas dos décadas del número de ciudadanos con un seguro privado de salud (incluso, durante los años de crisis económica) y de nuestro gasto sanitario privado ambulatorio que en unidades monetarias comparables per cápita es uno de los más altos de Europa (21-23). También despierta cada vez menos interés entre los futuros médicos como demuestra que cientos de plazas MIR de Familia hayan quedado desiertas en las convocatorias de los últimos 15 años y que casi la mitad de los nuevos residentes que ya han cursado previamente otra especialidad son médicos de familia ya titulados (re-especialización) (24). Nada de esto sorprende cuando conocemos que la Medicina de Familia es actualmente



la especialidad médica con menor prestigio profesional entre los estudiantes de medicina (25). También despierta un progresivo menor interés entre los políticos como demuestra el hecho de que le reduzcan la parte del presupuesto sanitario año tras año desde hace más de 20 años. Quizá esto tenga que ver con el hecho de que gran parte de ellos no utilicen la Atención Primaria por pertenecer al grupo cualitativamente relevante de la dualización (26).

Epílogo

Desde la perspectiva internacional comparada nuestro sistema sanitario ha mostrado durante las últimas décadas destacadas posiciones tanto en resultados relacionados con su buen desempeño como en equidad de acceso al mismo, todo ello a un coste muy moderado. Por lo tanto, desde la perspectiva de los grandes números podemos decir que nuestra Sanidad ha sido, al menos hasta ahora, notablemente eficiente y equitativa. Pese a ello, no podemos permanecer insensibles a los problemas estructurales (y sus fuentes) de ineficiencia, irracionalidad y de deseabilidad social que aquejan a nuestra Sanidad pública cuando la observamos al microscopio. El modo de afrontar la crisis económica actual ha puesto a nuestro sistema sanitario ante el mayor “test de estrés” de su historia. En vez de reformar lo necesario para extirpar con microcirugía los “activos tóxicos” que nutren de ineficiencia e irracionalidad al sistema y generan anticuerpos frente a una deseabilidad social suficientemente amplia del mismo, se han desatado virulentos recortes presupuestarios, más indiscriminados que selectivos, que erosionan el sistema y, en el medio plazo, probablemente traigan mayor ineficiencia, irracionalidad, menor deseabilidad social del mismo y mayor dualización. Cuando más se necesitaba, los políticos no han planteado medidas de modernización de la gestión y gobierno de lo público para ganar flexibilidad y eficiencia. Sólo la reducción del presupuesto y la “externalización” de la gestión al sector privado se presentan como soluciones tildadas de

inevitables. Y no será porque no haya habido propuestas solventes y sensatas de mejora (27-31). Todas ellas incluyen la potenciación de la Atención Primaria y el empoderamiento de sus profesionales pues sin ella (y, especialmente, sin los médicos de familia) no será posible una reforma y regeneración del sector que reduzca las bolsas de ineficiencia e irracionalidad de mismo y amplíe la deseabilidad social de la Sanidad pública, especialmente (¿a través?) de la propia Atención Primaria. Se trata de conseguir una Sanidad pública cuyas prestaciones, especialmente las de su primer nivel de atención, sean deseables por toda la población. La Atención Primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si no es pasto, como lo ha sido durante décadas, del descremado sociológico y es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, especialmente por aquellos con mayor capacidad para influir sobre el decisor público: una “Atención Primaria para todos” y no sólo “para la gente” pues una Atención Primaria “para pobres” acaba siendo una “pobre” Atención Primaria ■

Referencias bibliográficas

1. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF 2015; 11(9): 504-511. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
2. ICEA. Volumen y crecimiento de primas, ingresos derivados de la actividad, asegurados y prestaciones de salud. Disponible en: http://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/AlmacenDeDatos/Salud/2016/Total%20Salud/Asegurados,%20Primas,%20Ingresos%20y%20Prestaciones_Total%20Salud_316.xls
3. Memoria Social del Seguro Español 2007. UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro. Disponible en: http://unespa.org/adjuntos/fichero_2629_20080521.pdf

4. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez D. La asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Gac Sanit 2006; 20:352-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n5/original2.pdf>
5. Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. Health Econ. 2004; 13: 689-703. Disponible en: <http://tinyurl.com/ococy62>
6. Fusté J, Sécúli E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con doble cobertura o cobertura pública de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? Gac Sanit. 2005; 19: 15-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n1/original2.pdf>
7. Ordaz Sanz JA, Murillo Fort C, Guerrero Casas FM. Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. Estudios de Economía Aplicada. 2005; 23: 161-171. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
8. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Principals resultats. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: http://salut-web.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
9. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. Health Econ. 2008; 17:185-202. Disponible en: <http://tinyurl.com/qjspbqq>
10. López Casanovas G. El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. Revista de Administración Sanitaria. 2000; 4: 437-447. Disponible en: <http://tinyurl.com/qefga6a>
11. García Marco C. Incentivo fiscal por

- comprar seguros médicos privados. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludineroap.blogspot.com.es/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
12. Simó J. ¿Cuánto ha copagado el usuario del SNS por la farmacia de receta en 2013? Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludineroap.blogspot.com.es/2015/03/cuanto-ha-copagado-el-usuario-del-sns.html>
 13. Ortún V. A propósito del aseguramiento sanitario privado. *Aten Primaria*. 2011; 43:457-458. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-a-proposito-del-aseguramiento-sanitario-90026686>
 14. López-Nicolás A. Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía. Nº 12. 2001. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2001_12.pdf
 15. López-Nicolás A, Vera-Hernández M. Are tax subsidies for private medical insurance self-financing? Evidence from a micro-simulation model. *J Health Econom*. 2008; 27:1285-98. Disponible en: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/823>
 16. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy* 2012;104:193-9. Disponible en: <http://tinyurl.com/ozqyauk>
 17. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sarto M.T., Rabanaque M.J. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria* 2016; 48:235-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-utilizacion-servicios-sanitarios-ancianos-espana-S0212656715002115>
 18. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006; 174: 177-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117s00017p177.pdf>
 19. Devaux, M, de Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, OECD Health Working Papers, Nº 58, OECD Publishing, 2012. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1438278366&id=id&accname=guest&checksum=FE7B1A5CD80B84B050EEA926945451B7>
 20. Sistema de Cuentas de Salud 2014. Principales resultados. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Julio 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>
 21. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. *Aten Primaria* 2009; 41: 572-577.
 22. Simó J. ¿Gastamos demasiado... o gastamos mal? AMF. Actualización en Medicina de Familia. 2012; 8: 196-204. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961
 23. Simó J, Gervas J. El gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(Supl.1):36-40.
 24. González B, Barber P. Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/6.Cap._6_Cxmo_vamos_aprendiendo_de_la_eleccixn_de_especialidad.pdf
 25. Mena G, Llupià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(3): 135-138.
 26. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia, 22-25 junio 2010. AES. Disponible en: <http://www.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
 27. Bernal E, Campillo C, González López-Valcárcel B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R. La Sanidad Pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Documento de Debate de la Asociación de Economía de la Salud, 2011. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
 28. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes. Para no cortar por lo sano. Diciembre de 2011. Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf
 29. Repullo Labrador JR. El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. *AMF* 2012; 8(7): 362-363
 30. Ortún V. Entorno económico y afectación a la sanidad. *El Médico*. 2012 (1131): 14-16. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/110715/entorno-economico-y-afectacion-a-la-sanidad>
 31. Gervas J, Pérez M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *FMC*. 2011; 18 (10):615-23.





Los tribunales y un permanente bloqueo parlamentario marcan la política sanitaria de 2016

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

Los tribunales y un permanente bloqueo parlamentario marcan la política sanitaria de 2016

Si las urnas marcaron la política sanitaria en 2015, el año que acaba de dejarnos ha estado dominado por un permanente bloqueo político que ha traído consigo, entre otras cosas, un relevo “en funciones” de dos ministros de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Alfonso Alonso renunciaba al cargo en agosto (llevaba en el puesto desde diciembre de 2014) para ser candidato por el Partido Popular (PP) en las elecciones autonómicas del País Vasco. Su cartera ministerial era asumida, de forma momentánea, por la también ministra de Empleo y Seguridad Social, Fátima Báñez. Ya en noviembre, la catalana Dolors Montserrat era quien finalmente pasaba a formar parte del nuevo Consejo de Ministros de Mariano Rajoy como ministra del ramo. Poco tiempo después empezaría a conformar su equipo ministerial, aunque con pocos cambios: nombraba secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad a Mariano Garcés y ratificaba a José Javier Castrodeza como secretario general de Sanidad y Consumo.

Por su parte, Luis de Guindos volvía a ser ministro de Economía y Competitividad, pero con un poderoso añadido: la cartera de Industria que había tenido que abandonar su amigo José Manuel Soria pocos meses antes. Posteriormente, Carmen Vela era ratificada en su cargo de secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación, que ocupa desde diciembre de 2011. Entre los retos que tendrá que afrontar se encuentra la reforma de la Agencia Estatal de Investigación, la consecución de un pacto en I+D+i y la situación de los jóvenes investigadores que se marchan a trabajar al extranjero.

El desbloqueo político llegaba de la mano del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), tras una grave crisis interna que acabaría propiciando la dimisión de Pedro Sánchez como secretario general del partido y su inmediata sustitución por una comisión gestora “temporal” encabezada por Javier Fernández, presidente de Asturias. A finales del mes de octubre, un PSOE fracturado aprobaba hacer presidente a Mariano



Rajoy por 139 votos a favor y 96 en contra. Con todo esto, el tercer intento de investidura del candidato del PP acababa cuajando con 170 votos a favor (los de los diputados del PP, los de Ciudadanos y el de Coalición Canaria) y la abstención de 68 diputados del PSOE, más 111 votos en contra. Un total de 15 diputados socialistas votaban ‘no’, contradiciendo así el mandato de su comité federal.

El PP vuelve a ganar las elecciones generales

La crisis interna de los socialistas se había debido fundamentalmente al miedo generalizado a unas terceras elecciones generales, que poco o nada iban a cambiar los resultados electorales obtenidos en las celebradas en junio. En estos comicios, el PP no solo había vuelto a ganar, sino que además había incrementado su número de diputados (de 123 a 137), en detrimento del PSOE y de Ciudadanos (C's). Solo Unidos Podemos había mejorado sus resultados con respecto a las generales de diciembre de 2015, pasando de 69 a 71 escaños. Con todo esto, la conformación de un gobierno alternativo de izquierdas se convertía en algo más que una quimera.

En este 2016 de bloqueo político, numerosas organizaciones sanitarias han mostrado su preocupación por la parálisis en el sector de la salud. Es el caso, por ejemplo, del Foro de la Profesión Médica, cuyo portavoz, el doctor Francisco Miralles (secretario general del sindicato CESM), aseguraba que traería consecuencias. “La situación electoral en la que nos encontramos inmersos ha expulsado a la Sanidad de los discursos y debates electorales, lo que invita a pensar que no interesa a los políticos cuando, en realidad, es una de las máximas preocupaciones tanto de los ciudadanos como de los profesionales que trabajamos en ella”, apuntaba. También decía sentirse ignorado por el Ministerio de Sanidad al no haber obtenido respuesta alguna a la petición efectuada a Fátima Báñez para mantener un encuentro y plantearle las principales preocupaciones de la profesión médica. Por lo demás, este organismo seguía defendiendo y reivindicando el desarrollo de los acuerdos firmados en 2013 en La Moncloa.

Los ciudadanos españoles también mostraban su inquietud respecto a la situación del sistema público de salud en la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas



(CIS) elaborada justo después de la investidura de Mariano Rajoy como presidente del Gobierno y en la misma semana del anuncio de su nuevo gabinete, ministra de Sanidad incluida. De hecho, esta preocupación alcanzaba un nuevo 'techo histórico', afectando al 13,6 por ciento de los españoles. Esta cifra no había parado de crecer desde el mes de septiembre. La cima anterior se había registrado en octubre de 2013, con un 13,4 por ciento.

En este contexto y en su primera comparecencia pública, la nueva ministra de Sanidad prometía que la legislatura será de "diálogo y consenso político y social" con los profesionales sanitarios para modernizar el sistema sanitario, pero sin dejar atrás a los médicos jóvenes. Montserrat lanzaba un mensaje a los facultativos: "Estoy a vuestro lado para escucharos y ayudaros; encontrar soluciones y definir el médico del futuro", y añadía que "se debe escuchar y sumar para garantizar un servicio de calidad". También reconocía que la crisis había obligado al Gobierno a tomar decisiones "muy dolorosas", pero necesarias para garantizar los servicios sanitarios, si bien "ahora la situación ha cambiado y está en deuda con los pro-

fesionales sanitarios, cuya vocación y entrega han sido claves para mantener el servicio". Por último, destacaba que se han logrado buenos resultados en salud gracias a "sumar esfuerzos entre todos", razón por la que agradecía la colaboración leal y sincera con el Ministerio, y llamaba a trabajar en equipo para conseguir mejores resultados.

Montserrat hacía esta declaración de intenciones en el III Congreso de la Profesión Médica de Cataluña, bajo la atenta mirada de otro catalán: Toni Comín. Licenciado en Filosofía y Ciencias Políticas por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), había sido nombrado consejero de Salud de Cataluña nada más comenzar el año, y en el marco de la formación de un Gobierno autonómico que se proponía como principal objetivo el de la independencia de Cataluña. Comín sucedía en el cargo a Boi Ruiz (2010-2016) y se convertía en el primer responsable no sanitario del Departament de Salut en democracia.

Poco después, a mediados de diciembre, Montserrat recibía en el Ministerio a los representantes de CESM, quienes le exponían las principales demandas de la profesión. La impresión general del sindicato tras el encuentro era positiva, al considerar que la ministra se había mostrado bastante receptiva a los planteamientos expuestos y a defenderlos ante los diversos departamentos gubernamentales implicados en su solución, como los Ministerios de Hacienda y Empleo. Se trataban cuestiones tales como la financiación del SNS, la gestión clínica, la jornada, la recuperación de recortes retributivos o la jubilación, y la ministra anunciaba su intención de convocar el Foro de las Profesiones Sanitarias en enero de 2017.

Declaración de intenciones de Dolors Montserrat

Montserrat se despedía del 2016 compareciendo por primera vez en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad del Congreso de los Diputados, presidida por el socialista Patxi López, donde dejaba claras sus prioridades para la legislatura. La ministra anunciaba que promoverá un plan para reducir las listas de espera en el SNS, al tiempo que buscará mejorar las condiciones formativas y laborales de los profesionales del sistema sanitario. Colaborar con las autonomías para consensuar criterios homogéneos para la valoración de méritos en los procesos de movilidad y avanzar en la formación continuada, las áreas de capacitación específicas y distintas especialidades, son dos de sus prioridades. El Ministerio también anunciaba que trabajará para reducir la temporalidad en el empleo y para que el nuevo sistema de financiación autonómica beneficie al SNS.

La titular de Sanidad defendía la necesidad de implantar un nuevo modelo socio-sanitario que esté "centrado en la persona y donde la coordinación sea un factor estratégico" para la sostenibilidad de ambos sistemas, y que incluya la elaboración de un "mapa" que recoja todos los servicios disponibles para que los ciudadanos puedan conocerlos fácilmente. Asimismo, Montserrat avanzaba que estaría dispuesta a estudiar mejoras en el sistema de copago de medicamentos, modificado en 2012 con la reforma sanitaria de Ana Mato. En concreto, ha reconocido que podría estudiar modificar el tramo de renta que va de 18.000 a 100.000 euros anuales, por el que los ciudadanos deben pagar un 50 por ciento del coste de los medicamentos financiados que adquieren en las farmacias.

Farmaindustria y los Ministerios de Hacienda y de Sanidad firmaban el Convenio que renueva para 2017 el Protocolo de Colaboración, acordado en noviembre de 2015, con el objetivo de garantizar la sostenibilidad del SNS

ma sanitaria de Ana Mato. En concreto, ha reconocido que podría estudiar modificar el tramo de renta que va de 18.000 a 100.000 euros anuales, por el que los ciudadanos deben pagar un 50 por ciento del coste de los medicamentos financiados que adquieren en las farmacias.



REPORTAJE DE PORTADA

Los tribunales y un permanente bloqueo parlamentario marcan la política sanitaria de 2016

Elecciones vascas y gallegas

El 25 de septiembre se celebraban elecciones autonómicas en País Vasco y Galicia. El PNV revalidaba su victoria en Euskadi, con 28 escaños (uno más de los que ya tenía), y EH Bildu lograba 18, frente a los 21 anteriores. Podemos entraba por primera vez en el Parlamento vasco, con 11 escaños, y el PP de Alfonso Alonso se quedaba con 9 (uno menos que en 2012), igualado con el PSE, que perdía 7. Finalmente, Iñigo Urkullu era reelegido lehendakari con el apoyo del PSE y Jon Darpón repetía como consejero de Salud. Por su parte, el PP volvía a conseguir una mayoría absoluta en Galicia, al hacerse con el 53 por ciento de los votos (41 escaños), mientras que En Marea conseguía superar al PSOE en número de votos. Alberto Nuñez Feijóo ponía nuevamente al frente de la Sanidad autonómica a Jesús Vázquez Almuiña.

Sanidad suscribía en septiembre la convocatoria 2016/2017 de una oferta de 7.772 plazas para la formación sanitaria especializada (6.328 MIR y 994 para personal de enfermería), un 3,7 por ciento más que en la anterior convocatoria. Además, se aprobaba la convocatoria de esta prueba selectiva para el sábado 28 de enero de 2017, manteniéndose la nota de corte en el 35 por ciento para todas las titulaciones. Su duración será de 5 horas y habrá 225 preguntas multi-respuesta más 10 de reserva, en todas las titulaciones.

La normativa de contratos temporales, contraria al derecho comunitario

También en septiembre, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea determinaba que la normativa española de contratos temporales en los servicios de salud era contraria

al derecho comunitario. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) celebraba la resolución y se mostraba confiado en que este hecho suponga “un antes y un después para la precariedad laboral” de los profesionales del SNS. La sentencia, según recordaban en un comunicado, inci-

La nueva ministra de Sanidad prometía que la legislatura será de "diálogo y consenso político y social" con los profesionales sanitarios para modernizar el sistema sanitario

ciéndose desde 2014. En su última oleada mostraba cómo el 41 por ciento de los médicos que trabajan en la Sanidad pública sin plaza en propiedad lo hacen con contratos temporales de meses, semanas e incluso horas, con una media de 7 contratos por año y casos de hasta más de 14, lo que a su juicio hace del SNS “la mayor empresa de trabajo temporal de España”.

Un mes después de dictarse esta polémica sentencia, el Congreso de los Diputados instaba al Gobierno, todavía en funciones, a dejar la tasa de temporalidad en la Sanidad por debajo del 10 por ciento. La votación obtenía el respaldo de todos los grupos de la Comisión de Sanidad, a excepción del PP, cuyos diputados se abstentían. Aun así, los “populares” también trabajaban en la elaboración del texto finalmente aprobado, donde se pedía la modificación del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, con el objeto de cumplir lo fallado por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

Casi al mismo tiempo, CESM proponía un plan coordinado de todas las comunidades autónomas para acabar con la alta precariedad del empleo y fijaba cinco líneas que defendería en adelante para poner fin a esta situación: convertir en

plantilla orgánica todos los puestos de trabajo que en el SNS han sido desempeñados, durante más de un año, de manera eventual (se estiman más de 15.000); transformar en interinos a los profesionales que con contratos eventuales han venido ocupando esas posiciones; abolir la tasa de reposición “en virtud de la cual, y por imposición del Ministerio de Hacienda, desde 2012 no se cubren todas las plazas que quedan vacantes”; impulsar una gran oferta de empleo público (OPE) en cada uno de los servicios de salud que cuentan con plazas vacantes; y convocar OPEs anuales en todas las autonomías con el fin de ir cubriendo todas las nuevas plazas sanitarias vacantes que, por distintas circunstancias, se vayan generando.

El gasto público en medicamentos ascendió a 205 euros por habitante en 2015, según un estudio del *EAE Business School* presentado en septiembre y realizado a partir de datos del Ministerio de Sanidad. En total, el Gobierno registró un gasto farmacéutico de 9.533,9 millones de euros en fármacos adquiridos por los ciudadanos con receta oficial y dispensados en oficinas de farmacia, un 1,85 por ciento más que en el año anterior. Aunque esta cifra crecía por segundo año consecutivo, seguía manteniéndose por debajo de los niveles registrados en 2007.

A principios del mes de agosto, el BOE publicaba la nueva Orden de Precios de Referencia de Medicamentos del SNS, que revisaba los precios de 14.479 presentaciones de fármacos. Con esta medida, el Gobierno espera ahorrar 126,42 millones de euros, de los que 14,55 tendrían que repercutir directamente en los ciudadanos. Entre las novedades más destacadas, se creaban 28 nuevos conjuntos de presentaciones de medicamentos (16 en oficinas de farmacia y 12 de ámbito hospitalario). Además, se revisaban los precios de referencia de los conjuntos ya existentes y se suprimen 25 (12 en farmacia y 13 en hospital).

A finales de noviembre, Farmaindustria presentaba el Plan de Adherencia al Tratamiento, elaborado por 15 sociedades científicas médicas, farmacéuticas y de enfermería, junto a la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (Facme), la Plataforma de Asociaciones de Pacientes y el Foro Español de Pacientes, entre otros organismos. El director general de Farmaindustria, Humberto Arnés, recalca el grave problema de Salud Pública en los países desarrollados que supone la falta de adherencia “y que debe abordarse, tal y como demuestra la encuesta realizada en 1.400 pacientes de toda España: el 50 por ciento no cumple el tratamiento prescrito por el médico”. El plan, estructurado en seis pilares, propone 18 iniciativas y 26 acciones y se ponía a disposición de las autoridades sanitarias para su estudio y eventual aplicación.

A finales de diciembre, Farmaindustria y los Ministerios de Hacienda y Función Pública, y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad firmaban el Convenio que renueva para 2017 el Protocolo de Colabora-

ción acordado en noviembre de 2015 con el objetivo común de garantizar la sostenibilidad del SNS y el acceso de los ciudadanos a las innovaciones farmacéuticas. La rúbrica la llevaban a cabo, en un acto celebrado en la sede ministerial de Sanidad, los ministros Cristóbal Montoro y Dolors Montserrat, y el presidente de Farmaindustria, Jesús Acebillo.

Las subastas andaluzas y la reforma de Ana Mato, avaladas por el TC

Poco antes de acabar el año, la patronal farmacéutica española recibía una noticia demoledora para sus intereses: el pleno del Tribunal Constitucional (TC) acordaba, por unanimidad, rechazar el recurso presentado por el Consejo de Ministros contra el artículo uno del decreto ley aprobado por la Junta de Andalucía, en diciembre de 2011, con medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del sistema sanitario público que regulaban, en la práctica, la selección pública de medicamentos en la comunidad autónoma. El consejero andaluz de Salud, Aquilino Alonso, expre-

saba la “gran satisfacción” que para el Gobierno andaluz supone esta resolución, pues “avala lo que desde el principio manteníamos acerca de que la subasta pública de medicamentos era constitucional y no invadía en ningún caso competencias del Estado”.

En julio, este mismo tribunal había avalado, en términos generales, la constitucionalidad del Real Decreto 16/2012, por el que el Ministerio de Sanidad, con Ana Mato al frente, regulaba la condición de beneficiario de la Sanidad Pública y dejaba sin tarjeta sanitaria a los inmigrantes sin permiso de residencia en España. El TC defiende que la universalidad de la Sanidad no tiene que conllevar que esta sea gratuita.

En ese mismo mes, el Consejo de Ministros en funciones aprobaba un real decreto con los nuevos estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), por los que se creaba el Registro Central de la Profesión Médica y de las Sociedades Científicas Médicas, y se





REPORTAJE DE PORTADA

Los tribunales y un permanente bloqueo parlamentario marcan la política sanitaria de 2016

establecía la obligación de elaborar una memoria anual que se tendrá que hacer pública en el primer semestre de cada año. Una de las principales novedades de estos estatutos, que contienen 34 artículos, es la regulación de la ventanilla única, que incorpora medios electrónicos para los trámites que han de realizar los médicos.

La Comisión Permanente del CGCOM convocaba elecciones para el 29 de octubre, con el objetivo de elegir a dos cargos de nueva creación: los doctores Javier Font Celaya y Francesc Feliu Villaró eran elegidos vicepresidente segundo y vocal nacional de Médicos Tutores y Docentes, respectivamente.

Nuevo récord de donación y trasplantes

España, líder mundial de donación y trasplantes desde hace 24 años, batía nuevamente su récord en 2015 y registraba el mayor aumento en el número de donantes en la historia de la ONT, lo que permitía alcanzar los 39,7 donantes por millón de habitantes y un total de 4.769 pacientes trasplantados (un 9,4 por ciento más con respecto al año anterior). Los datos de la ONT cifraban el número de donantes en 1.851, con un aumento del 10 por ciento, un nuevo máximo de actividad. Con estos datos, España superaba en más de 20 puntos a la UE y en más de 13 a Estados Unidos.

Por su parte, España superaba los 250.000 donantes de médula ósea a finales de año, con un ritmo de 120 nuevos donantes diarios. Las previsiones del recién renovado Plan Nacional de Médula Ósea estiman un mínimo de 400.000 donantes para 2020, con un incremento anual de 40.000 donantes.

En octubre, el Ministerio de Sanidad validaba al fin su sistema de prescripción electrónica de recetas interoperables, lo que propiciaba que Canarias, Extremadura, Castilla-La Mancha y Navarra se convirtieran en las primeras cuatro autonomías españolas en ofrecerlo. De este modo, 475 centros de salud y 1.955 consultorios de Atención Primaria ya cuentan con un sistema que permite a los pacientes de estas comunidades retirar la medicación en cualquier farmacia de los cuatro territorios. Del mismo modo, 1.997 oficinas de farmacia pueden dispensar recetas interoperables, por el momento. Se espera que Galicia sea la siguiente autonomía en incorporarse.

También se daban a conocer los datos oficiales del Plan Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C, el principal logro de Alfonso Alonso como ministro de Sanidad. Según los datos aportados por las comunidades autónomas, cerca de 60.000 pacientes con esta enfermedad habían sido tratados en nuestro país con los nuevos fármacos antivirales de última generación en un año y medio, desde el 1 de enero de 2015 al 15 de septiembre de 2016, con tasas de

Dolors Montserrat anunció que promoverá un plan para reducir las listas de espera en el SNS, al tiempo que buscará mejorar las condiciones formativas y laborales de los profesionales

respuesta viral sostenida superiores al 97 por ciento, lo que significa que prácticamente la totalidad de estos pacientes logra curarse. El Ministerio de Sanidad aseguraba que España era el país europeo donde más personas habían recibido los tratamientos innovadores. La estrategia fue aprobada en marzo de 2015 con el objetivo de garantizar el acceso, en condiciones de equidad, a los más de 95.000 afectados que estaban diagnosticados en ese momento.

En ese mismo mes de octubre, el Instituto Karolinska galardonaba a Yoshinori Ohsumi con el Premio Nobel de Medicina 2016 “por descubrir y aclarar los mecanismos

que subyacen a la autofagia, un proceso fundamental para degradar y reciclar los componentes celulares”. El concepto de “autofagia” surgió en la década de 1960.

¿Qué nos depara 2017?

De cara a 2017 esperamos conocer la nueva sede de la Agencia Europea del Medicamento (EMA en sus siglas inglesas), que se tiene que mudar forzosamente de Londres a consecuencia del “Brexit”. La candidatura de España ha provocado la pugna entre distintas ciudades españolas que se han venido ofreciendo para acoger este importante organismo europeo.

La troncalidad es otro asunto que, sin ninguna duda, seguirá generando polémica y dará mucho que hablar en 2017, sobre todo a raíz de la anulación del Real Decreto que la regula por parte del Tribunal Supremo. La noticia se daba a conocer el pasado 20 de diciembre y dejaba a todo el sector boquiabierto y con los deberes a medio hacer. El Alto Tribunal había estimado un recurso de la Sociedad Española de Inmunología que veía “palmariamente insuficiente” la memoria económica y presupuestaria que acompaña a la normativa, clave para su desarrollo por parte de las comunidades autónomas. Tras este varapalo judicial, el Ministerio de Sanidad es consciente de que va a tener que replantearse el proyecto en el nuevo año para intentar salvarlo.

A finales de octubre de 2016 y a propuesta de las comisiones nacionales, la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad había designado a los vocales de las comisiones docentes de los cinco troncos de la nueva formación especializada (Médico, Quirúrgico, Laboratorio, Imagen Clínica y Psiquiatría) hasta 2019. Asimismo, en noviembre se constituían formalmente las 5 comisiones y se elegía al presidente y vicepresidente de cada una de ellas. Como primera labor se les encargaba la elaboración de los programas formativos troncales, que deberían estar listos en 2017 para, entre otras cosas, poder sacar a concurso las primeras plazas MIR troncales en



la convocatoria 2018-2019. Poco después, el Ministerio de Sanidad y las comisiones nacionales de las 21 especialidades que conforman el tronco médico se reunían para empezar a trabajar en los programas específicos con la idea de tener un borrador definitivo en marzo de 2017.

También se volverá a hablar, y mucho, de la prescripción enfermera. De hecho, el Grupo Parlamentario Socialista en el Senado se atrevía a devolver esta polémica regulación a la escena parlamentaria a principios de diciembre, promoviendo una moción que instaba al Gobierno a modificar el actual Real Decreto para que esté en consonancia con la Ley del Medi-

camento. Por el contrario, Ciudadanos –el principal aliado del PP en el Congreso de los Diputados– pedía cambiar la Ley del Medicamento como solución final al conflicto. Según CESM, la ministra de Sanidad habría manifestado en su reunión con este sindicato que es partidaria de dejar el decreto como se aprobó hace poco más de un año.

Poco antes de finalizar 2016, Farmaindustria, Facme, Fenin y el CGCOM llegaban a un acuerdo sobre fiscalización de la formación médica. “Contabilizar fiscalmente estos pagos o transferencias de valor y aplicarles los correspondientes impuestos a los profesionales sanitarios puede derivar

en una desmotivación por la formación continuada, ya que tendrían que ser abonados por sus receptores”, explicaba Carlos Macaya, presidente de Facme. “La actualización del conocimiento es una obligación del médico (y no una opción) que debe repercutir en la calidad de la atención al paciente, que es el gran beneficiado de la colaboración entre la industria biomédica y las sociedades científicas”, añadía. Próximamente se presentarán una serie de acciones y recomendaciones conjuntas en este sentido, que van a dar que hablar en el año que comienza.

En 2017 también conoceremos el nombre del sustituto de Rafael Matesanz al frente de la ONT, tras anunciar este su retirada con la llegada del nuevo equipo ministerial. Y el nombre del nuevo presidente de la OMC, además del nombre del nuevo vicesecretario y el tesorero. La Comisión ha elegido el próximo 4 de marzo como fecha para las elecciones. El plazo para la presentación de candidaturas estará abierto hasta el 30 de enero a las 20.00 horas. La proclamación de candidatos se hará el 31 de enero. La convocatoria de elecciones se realiza por finalización del mandato de Juan José Rodríguez Sendín al frente de la institución, y de conformidad con los Estatutos Generales de la OMC, el Consejo General y la Ley sobre Colegios Profesionales, así como con el Reglamento de Procedimiento Electoral, aprobado por la Asamblea General del Consejo de Colegios Médicos en 2007.

De igual modo, la Comisión Permanente del CGCOM ha acordado convocar elecciones a representante nacional de la Sección de Médicos de Hospitales, para el que el calendario de plazos de presentación de candidaturas, proclamación de candidatos y votación será el mismo que para los cargos anteriores ■

Fuentes

1. www.elmedicointeractivo.com
2. Europa Press,





Existe una
crisis
de
modelo
de Sistema Nacional de Salud
que requiere
adaptarse y modernizarse,
no sólo sostenerse

Fernando Carballo

Presidente de FACME

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos FACME



Existe una crisis de modelo de Sistema Nacional de Salud que requiere adaptarse y modernizarse, no sólo sostenerse

Recién llegado a la presidencia de FACME, Fernando Carballo cuenta a EL MÉDICO sus líneas de actuación, de claro carácter continuista. FACME es un instrumento al servicio de las sociedades científicas cuya misión es poner en valor el conocimiento que aportan en todos los órdenes, pero especialmente en lo que se refiere al mejor gobierno clínico, así como a la necesaria incorporación institucional de las opiniones y valores de los profesionales para garantizar la mejor calidad científico-técnica de la atención sanitaria.

¿Llega a la presidencia de FACME con una política continuista?

FACME tiene una estrategia bien definida y por tanto la continuidad está garantizada respecto de esa estrategia. Mi valoración personal de la trayectoria previa de FACME es muy positiva, especialmente, claro, de la etapa que mejor conozco que es la de la presidencia de Carlos Macaya. En ella se ha conseguido trasladar adecuadamente que FACME es un instrumento al servicio de las sociedades científicas cuya misión es poner en valor el

conocimiento aportado en todos los órdenes, pero especialmente en lo que refiere al mejor gobierno clínico, así como a la necesaria incorporación institucional de las opiniones y valores de los profesionales en tanto garantes de la mejor calidad científico-técnica de la atención sanitaria. La continuidad se demuestra, no obstante, andando y, por tanto, no se va a traducir en continuismo y menos en inmovilidad. Toca desarrollar la estrategia, redefinirla si fuera preciso, y sobre todo seguirla ejecutando.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios que se ha marcado a corto plazo?

El corto plazo está siempre marcado por

los acontecimientos, pero la acción de FACME tiene que estar siempre referenciada por sus valores, ajustada a su misión y orientada a su visión. Lo más urgente es sin duda conseguir aclarar el gran embrollo que se ha desencadenado tras la puesta en marcha de los criterios de transparencia por parte de la industria farmacéutica. Esta acción fue puesta

El gran reto de nuestro sistema de salud es pasar de ser un modelo alabado a un modelo real y soportado por todos los interlocutores

en marcha sin el debido análisis de su impacto real en la formación continuada. Sin duda, debemos ser capaces cuanto antes de establecer un marco que sea capaz de poner en valor a las socie-

dades científicas como garantes de una formación médica independiente, reconocida y transparente, que no sea valorada por las autoridades educativas, sanitarias y fiscales como una simple transacción sino como un valor en sí mismo que debe ser promocionado y protegido. Este esfuerzo debe traducirse en cada vez mejores estrategias de comunicación tanto hacia las propias sociedades científicas integradas en FACME como hacia los profesionales en general y la sociedad en su conjunto. Por lo demás siguen en primer plano las aportaciones a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a través de un compromiso firme con la gestión clínica, y nuestra alianza con el resto de organizaciones profesio-

nales integradas en el Foro de la Profesión Médica.

En formación, tras la situación actual, ¿cuáles es la línea de actuación?

Arcadi Gual, un reconocido experto en formación continuada, defiende que el Desarrollo Profesional Continuo es un taburete en el que si falla cualquiera de sus tres patas es inestable y no sirve a sus fines. Las tres patas del taburete son los colegios profesionales, las sociedades científicas y la Administración. Y cada una de las tres patas tenemos que ser sólidas y armónicas. Es sin duda el Ministerio el que tiene que fijar las reglas del juego a futuro, y previsiblemente lo hará a no tardar mucho. FACME y la OMC ya está trabajando en la definición de un modelo que pueda ser ofrecido a la Administración como de calidad y evite desarrollar modelos alternativos que sean menos consistentes. El proceso de Validación Periódica de la Colegiación (VPC) unido a la Recertificación de la especialidad (VPC-R) es una gran oportunidad para iniciar ese sólido camino conjunto.

Los cambios que se vislumbran en cuanto a la participación de la industria farmacéutica en este campo, ¿cómo afectarán a la formación?

A la sociedad, a las administraciones, a los pacientes y a la propia industria les conviene que el profesional tenga la mayor capacitación posible. El problema es que no podemos seguir creyendo que esa formación pueda seguir llegando sin conformar un modelo orientado a que el conocimiento necesario, y no el superfluo y menos el sesgado, alcance a todos esos profesionales. La industria viene invirtiendo en formación de manera tradicional y esto cabe entenderlo como un retorno que necesita



de clarificación más allá de hacer explícitas las transferencias de valor. Estamos en riesgo de que el actual modelo, basado más en atender la demanda del profesional individual, claudique sin que hayamos sido capaces de sustituirlo por otro en el que las sociedades científicas gestionen esa formación necesaria y que por tanto sean ellas las que puedan administrar los recursos procedentes de la industria.

¿Se verá mermada la participación de los especialistas españoles en los foros internacionales?

La de calidad no, aunque pueda modificarse el acceso a una información presencial de los no contribuyentes natos al intercambio científico.

¿Tienen previsto fomentar acuerdos y programas de formación con sociedades científicas internacionales?

A nivel europeo es muy valioso el trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS). En las diferentes especialidades integradas en esta UEMS hay representantes españoles que se proponen a la OMC que es la organización española que designa estos miembros. Esta colaboración se va a mantener desde luego, dentro de la ya señalada

alianza FACME/OMC, porque es muy importante definir criterios de armonización dentro de la Unión Europea, aunque estos no pasen de ser recomendaciones que no sean de obligada aplicación por los estados miembros.

¿A qué retos se enfrenta el sistema de salud?

Estamos en un momento crítico, que por desgracia se está manteniendo en el tiempo. El detonante ha sido la crisis económica, pero en realidad el problema no se va a resolver solo con la mejora de la economía. Es una crisis de modelo que requiere adaptarse y modernizarse, no sólo sostenerse. El gran reto de nuestro sistema de salud es pasar de ser un modelo alabado a un modelo real y soportado por todos los interlocutores. Hoy más que nunca necesitamos altura de miras para entre todos encontrar la tarea común que es el cambio necesario de un sistema de salud orientado a obtener resultados de salud, manteniendo la calidad y con un gran compromiso de eficiencia.

Ahora que parece ser que la situación económica se está estabilizando, ¿se necesita hacer una mayor inversión en salud?

La educación y la Sanidad son las dos grandes inversiones básicas de un país que quiere ser o seguir siendo avanzado. La Sanidad es una garantía básica para el mejor

No se trata de que primaria u hospitalaria primen o dirijan. Se trata de trabajar sin fisuras juntos en la solución de los problemas

y pleno desarrollo de los proyectos que un país quiera y pueda desarrollar. Esa inversión debe ser siempre la mayor posible, pero no sólo en el sentido de alimentar el mercado y los intereses de

unos u otros, sino en el de alcanzar, como planteaba en mi anterior preguntar, sostener un sistema eficiente orientado a resultados de valor en salud.



¿Cuáles son las áreas más necesitadas?

Sin duda potenciar una visión integradora de los problemas de salud y favorecer un abordaje que nos permitan adelantarnos a que esos problemas sean más y más graves, lo que siempre va a conllevar mayor sufrimiento y coste. Por ello, es muy importante favorecer la integración entre Atención Primaria y hospitalaria, la gestión de la cronicidad y la implicación cada vez mayor de pacientes y ciudadanos en general en el autocuidado y la promoción de la salud. No se trata de que primaria u hospitalaria primen o dirijan. Se trata de trabajar sin fisuras juntos en la solución de los problemas.

Con respecto a la tecnología sanitaria, ¿es necesario invertir en recambio de equipos?

La tecnología es un medio necesario para alcanzar los fines de la actividad sanitaria. La inversión es siempre oportuna para obtener los mejores resultados posibles. La obsolescencia ligada a lo no renovación de equipos afecta a la calidad de los resultados y a la propia eficiencia del sistema. Por tanto, debe definitivamente abordarse, dentro del modelo sanitario, la forma en que la tecnología pueda ser introducida en los servicios asistenciales mediante procedimientos objetivos, pero al tiempo rápidos. Hoy en día dependemos más de reglas de presión de mercado y resistencia inversora institucional que de criterios de racionalidad objetiva. Desde luego desde FACME estamos dispuestos a apostar por una evaluación tecnológica que al tiempo sea independiente, responsable y ejecutiva.

¿Cómo redundará esto en la asistencia?

Sin duda para bien, siempre que sepamos entre todos descartar la tecnología que no aporte valor en salud para volcarnos en la que sí lo haga.

¿Con qué herramientas reales se cuenta para poder medir la calidad asistencial?

Las herramientas son sólidas y están bien desarrolladas. Pero necesitamos que la calidad asistencial pase a ser un objetivo clínico primario y no solo un objetivo institucional evaluativo o comparativo. Necesitamos, por tanto, ser ca-

paces de desarrollar registros y estudios que estén asentados en la realidad clínica. En este sentido los proyectos RECAL (Registros y Calidad) en las diferentes especialidades son muy importantes.

En cuanto a la gestión clínica, ¿en qué se ha avanzado?

La gestión clínica es interpretada de diferentes maneras y está supeditada a intereses y reservas procedentes de diversos estamentos e instituciones. Realmente lo que importa es entender que sin una descentralización de las decisiones en gestión nunca podrá alcanzarse un compromiso real de eficiencia ligada a calidad en las unidades clínicas. Se ha avanzado decisivamente en cuanto a clarificación conceptual, pero poco en cuanto a formalización y ejecución con modelos que puedan ser objetivamente extendidos al conjunto del sistema.

¿Se está implicando cada vez más el profesional sanitario en la gestión clínica?

Suele decirse que los procesos existen se gestionen o no. Los profesionales, por tanto, los estamos gestionando ya. Lo que se trata es que los gestionemos con luz y taquígrafos y con reconocimiento y método. Allá donde se den las condiciones el profesional responderá de manera excelente, pues esa es su pauta natural de comportamiento.

¿Cómo valora los logros obtenidos en términos de eficiencia y calidad?

Son parciales y con necesidad creciente de extensión. Ya he comentado la importancia de los registros en que los profesionales viertan información objetiva destinada a conocer resultados que sirvan de base para la mejora. Este camino se ve permanente enriquecido por aportaciones de gran calidad, pero dista de ser todavía el estándar.

¿Qué es lo que queda por hacer en gestión clínica?

Yo veo la botella más bien medio vacía que medio llena. Por eso, el camino se prevé de momento poco claro. Para empezar, necesitamos clarificar que lo importante es gestionar bien en el medio clínico; llamemos como llamemos a nuestra unidad clínica. Pero para que luego este concepto sea efectivo necesitamos no solo tolerancia sino una apuesta decidida de las organizaciones a favor de la descentralización. De momento esto es más un discurso que una realidad ■

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

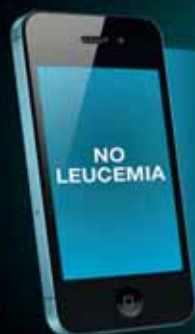
HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

1.2€ íntegros sólo disponible 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



XX CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES
Y GESTIÓN SANITARIA

La
sostenibilidad
y la eficiencia
en los procesos y recursos
marcan la hoja de ruta
de los
gestores
sanitarios

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SEDISA



Durante los próximos 29 y el 31 de marzo Sevilla acogerá el XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, el encuentro nacional sobre hospitales y gestión sanitaria donde se darán cita los profesionales interesados en la gestión sanitaria para abordar los temas que más preocupan. Tal y como comenta a EL MÉDICO, Manuel Huerta, presidente del congreso, en el día a día de un gestor hospitalario hay dos bandejas de asuntos: los urgentes y los verdaderamente trascendentes. “Nuestro reto es precisamente lograr el equilibrio que permita atender lo urgente sin dejar de preocuparse y, sobre todo, de ocuparse por lo importante y menos inmediato. Partiendo de esa premisa, el tema de la sostenibilidad y la eficiencia en los procesos y recursos es sin duda uno de nuestros objetivos fundamentales, como lo es también la incorporación de la tecnología para la mejora de esa eficiencia, así como de la atención recibida por pacientes y familiares. Asimismo, otra cuestión que nos preocupa y nos ocupa es la mejora de la coordinación con otros niveles asistenciales para una eficaz y adecuada respuesta al paciente”.

Experiencias gratificantes

Y es que en los últimos años se han conseguido implantar experiencias innovadoras de gestión hospitalaria que están generando resultados muy positivos en la eficiencia de los procesos, acompañamiento al paciente crónico, información a familiares, trato humano y atención personalizada, imagen percibida y experiencia de paciente, y muchos otros ámbitos en los que la tecnología está ofreciendo grandes oportunidades de mejora. Por eso, el reto como Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), y los congresos son una de las herramientas fundamentales para ello, es dar a conocer

esas prácticas y lograr que sean cada vez más extendidas y formen parte de una estrategia global de mejora de la gestión desarrollada por profesionales con las competencias adecuadas para ello.

En este contexto, el presidente de SEDISA, Joaquín Esteve, comenta que el congreso supone un punto de encuentro importantísimo, así como de actualización y análisis. Es la cita de referencia sobre gestión sanitaria en nuestro país. Se convierte en un *networking* e intercambio de experiencias junto a la formación y actualización de conocimientos y habilidades directivas. Además, se trata de un foro muy importante para poner en valor la función y labor que ejercen los directivos de la salud, así como la aportación al sector, a la sociedad y a los pacientes de una gestión sanitaria de calidad y eficiente.

Líneas claves

Así, durante las jornadas del congreso se van a tratar cinco líneas temáticas, que desarrollarán a través de diferentes formatos de presentación, como conferencias, mesas redondas, foros, entrevistas a fondo o conversaciones cara a cara. La primera se centra en la mejora de la experiencia asistencial, un concepto que cobrará gran trascendencia en el futuro y que está directamente ligado con la percepción del sistema por parte del usuario. Según Manuel Huerta, la experiencia asistencial es un concepto que entronca con la atención que el paciente recibe antes, durante y después de su ingreso o contacto con el hospital, y abre nuevos escenarios o retos a los que

debemos responder desde la gestión. La cronicidad es una de las cuestiones claves para el futuro del sistema sanitario, en un contexto de envejecimiento progresivo, avance en los tratamientos y aumento de las pluripatologías y las enfermedades crónicas. También se detendrán en la financiación y la sostenibilidad del sistema, una encrucijada por el aumento de la demanda y la necesidad de hacer un uso muy eficiente de los recursos públicos. Se hablará de investigación y transferencia de conocimiento, también en un entorno aparentemente contradictorio, de limitación de la inversión pero de demanda constante de innovación. Y finalmente se discutirán aspectos relativos a la profesionalización de la función directiva, las competencias requeridas para sus atribuciones y algunas cuestiones de actualidad como la gestión de conflictos o la medición de resultados.

Financiación garantizada

Mariano Marín, miembro del Comité Local, apunta que la selección de temas se ha llevado a cabo por el presidente del congreso y las sociedades organizadoras, SEDISA y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), junto con un comité local de nueve personas que han valorado los

temas más inquietantes desde anteriores congresos, reuniones y bibliografía. Desde su punto de vista, a los gestores les preocupan demasiados temas, tanto que a veces hacemos una regulación de nuestro tiempo demasiado

agotadora. Pero, sin duda, lo más importante es conseguir tener presente en todas las decisiones de los gestores las expectativas de la ciudadanía. En este contexto, el experto añade que la financiación de los servicios de salud debe estar garantizada y los diferentes estamentos políticos deben tener la sensibilidad para trabajar

En los últimos años se han conseguido implantar experiencias innovadoras de gestión hospitalaria que están generando resultados muy positivos

Durante el congreso se va a tratar la mejora de la experiencia asistencial, la financiación, la investigación y transferencia de conocimiento, entre otros temas

en esta línea. No menos importante es establecer criterios con evidencias que faciliten la financiación según resultados de salud obtenidos, sobre todo a la hora de incorporar nuevos fármacos y nueva tecnología, donde la renovación tecnológica debe convivir junto con alternativas que permitan otro tipo de hospitalización como la domiciliaria.

Tecnología

Manuel Huerta coincide con su colega al señalar que en los próximos cinco años las miradas se dirigen a la incorporación de la tecnología para mejorar la eficiencia en la gestión, pero también para mejorar la experiencia de usuario y para hacer una medicina más humana y empática, que empodere y otorgue mayor autonomía al paciente. En este sentido, apunta que “la inteligencia hospitalaria que necesitamos es también inteligencia emocional. Las demandas que nos trasladan los pacientes son cada vez más de información, de coordinación, de atención, de cuidado en el detalle. Por ahí debemos avanzar”.

Y es que hay que pasar de un sistema que es esencialmente curativo a un sistema que además cuida y que, sin renunciar a los avances terapéuticos, responda a una realidad poblacional y demográfica diferente a la que teníamos hace dos décadas. Por eso, la integración de las estrategias sanitarias y sociales es, sin duda, uno de los grandes retos de futuro. La prevalencia de enfermedades crónicas y de dependencia requiere una atención integrada, más centrada en las necesidades de las personas, capaz de coordinar perfectamente los servicios sanitarios y sociales.

Enfoque comunitario

En esa línea, Jesús Sanz Villorejo, presidente de ANDE, dice que se debe huir del hospitalocentrismo y de centrarse en exceso en la curación de eventos agudos en centros hospitalarios. Desde una perspec-

tiva de salud enfocada hacia el bienestar y la autonomía, es necesario dirigirse a un enfoque comunitario, en los procesos de rehabilitación y en los cuidados de larga duración. De esa forma, la asistencia integral del paciente no será posible si se desconoce previamente las necesidades de las personas y sus problemas de salud, por lo que el sistema debe trabajar para identificar, entender y priorizar estas necesidades. Este diagnóstico obli-

gará a reorganizarse para poder ofrecer servicios integrados y unificados que coordinen de manera eficiente los servicios sanitarios y sociales.

Otro reto es cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generen las diferentes intervenciones sanitarias (procedimientos, tratamientos, técnicas, productos, etc.) en condiciones de práctica habitual, que será decisivo para



ATENCIÓN A CRÓNICOS

La cronicidad preocupa a los gestores, ya que el envejecimiento de la población manda en este asunto. Cronicidad, vejez y dependencia van unidas de la mano en la atención a enfermos agudos.

Jesús Sanz Villorejo apunta que existe una dilatada experiencia tanto internacional como en nuestro sistema sanitario que permite identificar las cosas que están funcionando en la atención de crónicos, entre las que se destaca:

- La integración asistencial de todas las organizaciones sanitarias; hospitales, Atención Primaria y servicios sociales
- La identificación de la población según la complejidad y comorbilidad
- El desarrollo de programas específicos dirigidos a crónicos y pluripatológicos a través de Planes de Intervención Poblacional
- Llevar a cabo una gestión proactiva de las patologías complejas
- Mejorar la capacitación de los profesionales para la gestión y coordinación de los recursos
- Fomentar el liderazgo y la coordinación en los equipos
- Realizar alianzas con los agentes e instituciones participantes en el proceso
- Apoyar la continuidad asistencial, con el autocuidado, potenciando la autonomía y la promoción de la salud y previniendo complicaciones secundarias

una toma de decisiones acertada y razonable por parte de los gestores, al proveerles de información sobre cómo se comportan los criterios analizados y evaluados, en las condiciones de la práctica rutinaria habitual.

La sostenibilidad es uno de los grandes retos de la gestión sanitaria

actividades de formación y de información. “Tenemos un Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria, colaboramos con otros másteres y programas, y promovemos la investigación y la transferencia de conocimiento”.

cifras superen las que hemos tenido en ediciones anteriores”.

Sostenibilidad

En cuanto a la sostenibilidad, el presidente del comité organizador del congreso sostiene que es uno de los grandes retos de la gestión sanitaria. El incremento de la demanda, por el envejecimiento de la población (cada vez más gente necesita más cuidados), unido al avance y encarecimiento de los tratamientos, “provoca tensiones sobre la sostenibilidad, que hacen que debamos medir muy bien la costo-eficacia de nuestras actuaciones. De entrada, como profesionales y como sociedad debemos asumir que dar la atención más cara no tiene por qué significar dar la mejor atención, al contrario, puede significar dar la atención menos personalizada, además de la más insostenible económicamente”, apunta.

Hay que destacar que los objetivos de salud pública y sostenibilidad en muchos casos convergen. Así, para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y para al mismo tiempo hacer más sostenible el sistema, se debe apostar por la prevención y el diagnóstico precoz, sin olvidar una atención más integrada y coordinada de personas con patologías crónicas. “Necesitamos, como sociedad y como ciudadanos, implicarnos en nuestra propia salud. Lo que significa cuidarnos más para estar más sanos” ■

Profesionalización

En este punto, Manuel Huerta, recuerda que desde su creación, la misión de SEDI-SA ha sido la profesionalización de los directivos de la salud y de la gestión sanitaria, algo fundamental para asegurar la calidad asistencial, la sostenibilidad del sistema y el liderazgo hacia la evolución y transformación que el modelo requiere con urgencia. Para ello, además de insistir en cualquier foro posible sobre esta idea, y generar documentos específicos sobre la materia, desarrollan numerosas

Los congresos son una ayuda en este sentido porque, tal y como detalla Joaquín Esteve, la asistencia a estas reuniones es muy positiva; tanto desde el punto de vista territorial, como de Sanidad pública y privada y de los diferentes perfiles que existen en los puestos de gestión sanitaria y directivos de la salud. En este sentido, “el congreso ha tenido un crecimiento muy importante en cuanto a número de inscripciones y comunicaciones presentadas, de forma que en la edición número 20 esperamos que las

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



A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin wires. The leftmost sphere is in motion, having just struck or about to strike the others. The background is a light blue gradient.

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)**



La
cronicidad
significa que la
población
está siendo víctima
de su propia salud



Manuel Bayona

Vicepresidente de la SEDAP

Texto  A. Morente

Fotos  SEDAP



“La cronicidad significa que la población está siendo víctima de su propia salud”

Toledo acogerá entre el 26 y el 28 de abril el XIX Congreso SEDAP, en el que la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria abordará la cuestión de ‘La Atención Primaria que queremos’. Manuel Bayona, vicepresidente de la SEDAP y presidente del último congreso nacional, celebrado el pasado mes de abril en Córdoba, analiza las expectativas de una cita en la que se tratarán cuestiones como la incidencia de las jubilaciones en la gestión de los recursos humanos, la conciliación familiar del médico, la cronicidad y la mejora de la coordinación con el área hospitalaria.

¿Por qué el lema de ‘La Atención Primaria que queremos’?

Con él pretendemos reivindicar por un lado lo que queremos que sea la Atención Primaria de salud en España y mejorar lo que haga falta, porque la Atención Primaria es decisiva para mantener el sistema sanitario, y por otro destacar el aprecio que tanto los profesionales como las sociedades científicas y sobre todo la ciudadanía tienen por la Atención Primaria, donde se valora la cercanía, la calidad y la seguridad en nuestros equipos de los centros de salud.

Una de las cuestiones que se va a tratar es el de los recursos humanos, ¿este tema es uno de los grandes olvidados de la gestión?

En la gestión sanitaria es una pieza clave porque el valor del sistema está en los profesionales, lograr un buen equipo profesional con gente ilusionada y formada es lo más valioso para la riqueza del sistema sanitario. Ahí se verán diferentes



perspectivas de la gestión de recursos humanos, algo que tiene que ver con lo que va a ocurrir los próximos años cuando se van a producir muchas jubilaciones de profesionales, hay que abordar cómo se va hacer este relevo. También queremos tratar otros temas relacionados con las plantillas como es la conciliación familiar.

¿Temen que esta oleada de jubilaciones que viene haga que las plantillas se resientan?

Desde luego hay que valorar y estudiar que no falten profesionales. Como sociedad científica ponemos sobre la mesa la

necesidad de abordar el tema, que el equilibrio esté garantizado, el comité organizador ha considerado que es un tema muy práctico e importante para que los directivos traten de analizar. La SEDAP, como sociedad científica, es consciente de que los recursos humanos son el principal activo, hay que formarlos, prepararlos y cuidarlos, y en ese sentido hay un aspecto que queremos analizar que es el relevo generacional que se va a producir.

¿La conciliación familiar es clave cuando hablamos de un profesional, el médico, que siempre tiene que estar a disposición?

Parece que el médico siempre tiene que estar ahí, es importante ver el tema, experiencias, qué se puede hacer para mejorar esta conciliación... Queremos ver qué se está haciendo porque es algo que nos preocupa. Una de las cuestiones más interesantes de los congresos de la SEDAP es compartir experiencias de las diferentes comunidades autónomas para identificar experiencias de éxito, puede haber comunidades que estén haciendo cosas excelentes, se trata de compartir y copiar a los mejores, tanto entre centros y servicios como entre Atención Primaria y hospitales. La asistencia sanitaria no es cuestión sólo de agrupar en lugares concretos a los profesionales, sino de atender de manera coordinada las necesidades que tienen nuestros pacientes, y esto hay que hacerlo desde todos los espacios de salud.

¿Esto tiene su incidencia en la salud pública?

Efectivamente, y de hecho otra de las mesas del congreso es sobre el papel de la salud pública y la prevención de enfermedades, algo que siempre ha estado un poco en un segundo plano y que hay que incorporar a la gestión de la Atención Primaria, porque trabajar en salud pública y en prevención es oxígeno para el sistema sanitario. El trabajo en red con colegios, institutos, residencias y otros colectivos es muy importante: prevenimos y damos más salud a la población a un coste menor, que se disparan cuando se desencadena la enfermedad y el paciente tiene que ser hospitalizado. La Atención Primaria desarrolla un papel fundamental en la promoción pública de la salud, en el trabajo en red, en la prevención y en el trabajo con colectivos. Al final es algo tan simple como que más vale prevenir que curar, si esto se aplica, prevenimos, e implica más salud, menos coste y una manera de trabajar en salud mucho más ordenada y con menos presión.

Desde este punto de vista, ¿preocupa el envejecimiento de la población y el aumento creciente de la cronicidad?

Vamos a abordar en otra de las mesas la cuestión de la cronicidad, a la que en la SEDAP la llamamos la vieja conocida. Llevamos mucho tiempo en España hablando sistemáticamente de este tema y es un auténtico problema para los sistemas sanitarios. La cronicidad lo que significa es que la población está siendo víctima de su propia salud: las personas viven cada vez más años, lo que hace que aparezcan cada vez más complicaciones y enfermedades, generando un grave problema de salud y un coste importante. En Europa y EEUU entre 70 y 80 por ciento del gasto sanitario lo generan las enfermedades crónicas, pero esa mala noticia tiene una buena y es que sabemos que hay cuatro factores de riesgo que ocasionan la mayoría de estos problemas: una alimentación inadecuada, el sedentarismo y el poco ejercicio, el estrés y el tabaco. Si actuamos sobre estos cuatro factores de manera preventiva con la sociedad con programas de ejercicios, si somos capaces de prevenir el estrés y desarrollar políticas antitabaco, estaremos dando un gran beneficio a la salud y al propio el sistema.

¿Y qué puede aportar la Atención Primaria en la lucha contra la cronicidad?

La cronicidad es una realidad que está ahí, cada día se dice que es un problema de salud pública que genera un gran gasto al sistema, que provoca ingresos hospitalarios y complicaciones, por eso es tan importante el papel que tiene la Atención Primaria, ya que sigue la experiencia vital de una persona, desde que nace hasta que muere, con experiencias que

van encaminadas a tratar la enfermedad pero también a prevenirla, a poner en marcha acciones de salud pública. Y todo esto se traslada no sólo al paciente sino también a la comunidad, por eso el trabajo en red es tan decisivo. Hay que potenciar que haya políticas de salud y salud en las políticas. Hay experiencias muy interesantes como la 'Relax' en la Costa del Sol, un trabajo que se desarrolla entre los centros de salud y los distintos municipios, con ayuntamientos e instituciones de la comunidad. Se hacen diferentes intervenciones y tiene resultados constatados, como programas (por ejemplo 'Un millón de pasos') que promueven el ejercicio en todos los estratos de la población.

Esto debería llevar a mejorar la conexión entre los centros de salud y los hospitales, ¿no?

Es una cuestión que se va a ver en otra mesa del congreso, destinada en concreto a conocer experiencias de coordinación entre centros y servicios y entre la Atención Primaria y los hospitales en diferentes comunidades autónomas. La cuestión es que no tienen que estar todos los profesionales en el mismo centro, sino que estén coordinados entre ellos, se puede hacer desde cualquier espacio donde haya un profesional porque ahí hay un nexo de unión para dar una respuesta integral. Herramientas por ejemplo como la historia única de salud son fundamentales, se van a ver experiencias en este sentido. En Andalucía existe una historia

Trabajar en salud pública y en prevención es oxígeno para el sistema sanitario

clínica única integral para Atención Primaria y hospitalaria, en la mayoría de las comunidades autónomas ha sido un objetivo en el que se ha trabajado y cuentan con su historia clínica, así que esperamos que lo antes posible haya una interoperatividad que permita compartir la historia dentro del sistema, porque cada comunidad ha desarrollado la suya. Estamos convenci-



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuel Bayona

dos de que el desarrollo de las nuevas tecnologías va a facilitar que los sistemas de información se entiendan entre ellos, como ya es posible entre Google y cualquier otra aplicación.

¿Esto implica que hay que mejorar la coordinación de una vez por todas?

Sí, y por eso es tan importante en el congreso de la SEDAP todo lo rela-

cionado con la exposición de las mejores comunicaciones que se presentan, porque ahí se reúnen experiencias de éxito en áreas de gestión de diferentes comunidades autónomas. Eso es algo que nuestra sociedad científica lleva haciendo muchos años, conocer experiencias de éxito en cualquier rincón del Sistema Nacional de Salud. El objetivo es conocer lo que se está haciendo bien, identificar el motivo por el que tiene éxito y esto nos tiene que permitir poder aplicarlo en otras experiencias distintas y llevarlo a lo local. Copiar es sano si copiamos lo bueno, por eso la SEDAP quiere compartir las mejores experiencias y poder extenderlas.

¿En la práctica es como si fuese un banco de datos de buenas experiencias?

Efectivamente, y tenemos que elaborarlo para que nos permita mejorar a todos. En salud el recurso más importante es el talento de la gente, que no está condicionado por trabajar en un sitio más o menos importante o más o menos apartado, es algo que no tiene que ver con los recursos económicos sino con las ganas y la voluntad del profesional de poner sus conocimientos a disposición de la organización. En este sentido los directivos tenemos por delante un reto muy importante que es tener a la gente comprometida con su trabajo, generar entornos y espacios en los que a la gente le guste trabajar, favorecer la coordinación. No se hace mejor salud por tener más tecnología, es algo que fundamentalmente depende del talento de los profesionales, de su

compromiso y motivación para hacer su trabajo de manera coordinada, de aprovechar al máximo los recursos, que pueden ser tecnológicos, formativos, económicos... Si somos capaces de compartir estos recursos, lo material, estaremos facilitando el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, pero para

eso se necesita voluntad.

Y para esto la Atención Primaria vuelve a ser clave, ¿no?

La Atención Primaria de Salud es la pieza clave en el Sistema Nacional de Salud. Ahora que las grandes empresas están incorporando de manera permanente su compromiso con la responsabilidad social, la Atención Primaria ya lo traía incorporado desde hace mucho tiempo, porque como todo el mundo sabe, aporta un gran valor en la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario, a la cohesión social y a la máxima equidad de la población en el acceso a los servicios sanitarios.

¿Es el nivel asistencial más importante?

La Atención Primaria no es un nivel más, es el pilar fundamental del sistema, tiene una gran fortaleza, que es el alto nivel de unos equipos que son multidisciplinares. También ofrece servicios de gran calidad y además eficientes, con poco se hace mucho. Y otra cuestión decisiva es que no sólo interviene cuando el individuo está enfermo, sino que trabaja con la comunidad de manera preventiva. Está demostrado que el que exista una red de centros de Atención Primaria cercana a las personas y trabajando de manera coordinada con los hospitales favorece la mejora de los resultados y la calidad de vida de las personas, de hecho la esperanza de vida en España es de las más altas. El Sistema Nacional de Salud no es sólo el hospital y los procesos agudos que llegan, es el proceso integral, desde el embarazo, una visión longitudinal de la salud de las personas con una parte de

actuación en la comunidad, algo decisivo para que al hospital sólo llegue lo que tiene que llegar.

¿Con qué perspectivas se afronta este XIX Congreso SEDAP en Toledo?

Esperamos máxima participación, y eso es muy importante porque la experiencia de cualquiera de los participantes va a resultar muy práctica, interesante. Para la SEDAP el congreso anual es la actividad más importante que se lleva a cabo, a lo largo del año tenemos múltiples actividades, pero el congreso permite reunir a diferentes directivos. Este año la característica es que se van a abordar áreas temáticas muy prácticas y concretas, que es lo que ayuda al día a día del gestor sanitario, porque cuenta con una orientación a las necesidades que tiene el profesional. Tras cada congreso siempre hay un proceso de aprendizaje, cuando compartes experiencias y éxitos estás aprendiendo y beneficiando a tu comunidad, es una oportunidad. Por eso, la SEDAP agradece al comité organizador y al comité científico el trabajo que están realizando en la confección del programa y en la selección de áreas temáticas. Los directivos de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, encargados este año de la organización, están volcados en que el próximo congreso sea un éxito, para lo que están identificando áreas de máximo interés en la gestión de servicios sanitarios que permitan aprender de la experiencia y seguir así contribuyendo a la mejora del sistema sanitario ■

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





1/3 DE NUESTROS ALIMENTOS ACABA EN LA BASURA

Mientras, 800 millones de personas
siguen pasando hambre en el mundo

EL MUNDO NO NECESITA MÁS COMIDA
NECESITA MÁS GENTE COMPROMETIDA

Manos  **Unidas**

900 811 888

manosunidas.org



Ne



28 DE FEBRERO, DÍA MUNDIAL
DE LAS ENFERMEDADES RARAS

cesidades clínicas e investigadoras

Texto | Nerea Garay



RADIOGRAFÍA A...

28 de febrero, día mundial de las enfermedades raras

La lista de Enfermedades Raras (ER) de la Organización Mundial de la Salud registra hoy más de 7.000 patologías, y no se encuentran todas, ya que regularmente se siguen descubriendo otras nuevas. En España, las dolencias minoritarias –se presentan en menos de una cada 2.000 personas– afectan a cerca de tres millones de personas; en Europa, a más de 30 millones. Según la OMS, el 7 por ciento de la población del planeta padece estas patologías. El día de las enfermedades raras se celebra el último día del mes de febrero para crear conciencia sobre estas patologías y mejorar el acceso al tratamiento y a la representación médica de los individuos con alguna de ellas.

La mayoría de las enfermedades raras son de origen genético, “no todas hereditarias, pero sí con el denominador común de la carencia de tratamiento específico curativo”, explica la doctora Mónica López, médica adjunta del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y experta en la enfermedad de Fabry. “Entre más de 7.000 enfermedades diferentes, las hay inmunológicas, inflamatorias, degenerativas y muchas otras de causa desconocida”, añade José Félix Martí Massó, jefe de Neurología y Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario de Donostia e investigador de la UPV/EHU, quien sostiene que “para los neurólogos, las enfermedades raras son relativamente frecuentes”.

El condicionante principal de estas patologías es su baja frecuencia, lo que las sitúa siempre en segundo plano respecto a otras enfermedades. En consecuencia, su diagnóstico y atención médica es deficiente, en primera instancia porque no se suelen incluir en los programas docentes de las ciencias de salud que dan preferencia a las enfermedades más comunes o de gran impacto. Por otro lado, “la investigación sobre ellas y el desarrollo de terapias específicas resultan poco atractivas porque no generan masa crítica de investigación y la comercialización de los medicamentos que descubren en última instancia tienen poco atractivo comercial o sus costes son tan altos que

la financiación pública puede levantar polémicas”, reconoce Jesús Vilchez, jefe del Servicio de Neurología del Hospital la Fe de Valencia.

Muchas patologías huérfanas son desconocidas incluso entre los profesionales

de la Medicina, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. “Son enfermedades menos conocidas por la población médica, lo

que implica problemas diagnósticos porque las pruebas complementarias que podemos pedir no suelen estar estandarizadas. A veces los pacientes han de ponerse en contacto con algún especialista extranjero, quizá el único que realiza la prueba diagnóstica que él necesita. Esto, además de complicar logísticamente su problema, lo dificulta desde el punto de vista económico y de facturación al sistema público de salud por los enormes gastos que implica. Finalmente, una ER ya diagnosticada conlleva dificultades terapéuticas porque están menos desarrollados los tratamientos al investigarse menos”, incide Jordi Gascón, neurólogo del Hospital Universitario Bellvitge de Barcelona y coordinador del Comité de Enfermedades Raras de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

En esta línea, el doctor Adolfo López de Munain, responsable del Área de Neurociencias de OSI-Donostialdea, apunta que el desconocimiento de aspectos de la clínica y del tratamiento de las ER hace que su manejo por parte de los mé-

dicos sea muy complicado. “Hay patologías que son muy raras, pero cuyo manejo es absolutamente conocido y los profesionales trabajan con ellas sin problemas. Por eso, una enfermedad rara para serlo no debe cumplir solo con un



criterio cuantitativo, sino también cualitativo”.

Siendo tantas, y cada día más, estas nuevas enfermedades, y tan pocos los afectados por cada una, ¿cabe esperar razonablemente que se interesen tanto la industria farmacéutica como los sistemas de salud por obtener medicamentos para ellas? Para Mónica López, experta en enfermedad de Fabry, el problema radica en que la investigación cuesta muchísimo dinero y debido al reducido número de pacientes no se consigue ni siquiera poder diseñar ensayos clínicos extrapolables al resto de la población. “Por eso la investigación de las enferme-

dades muy raras, siendo honestos, es prácticamente imposible; no va a haber suficientes casos para poder tener resultados sólidos y con evidencias científicas suficientes para poderlos extrapolar al resto de pacientes afectados por determinadas enfermedades”.

La tesis de la experta no es baladí porque para llevar a cabo ensayos clínicos se precisa un tamaño de muestra adecuado. “Como decimos los clínicos, las industrias farmacéuticas no son ONGs. Ya nos gustaría, pero buscan hacer negocio y sacar rendimiento a su inversión. No es fácil. Muchos fármacos llevan 10 o más años de investigación; de 100 molé-

culas investigadas no llegan a cinco las que se comercializan; el resto se quedan en el camino”, explica, consciente además de que los gobiernos aparte del gasto sociosanitario tienen también otros frentes abiertos y las enfermedades raras son uno más. “Tanto los clínicos dedicados a esto como los pacientes luchamos a diario, pero está claro que en el mundo hay otras muchas necesidades además de las enfermedades raras”, reconoce.

El neurólogo Martí Masso también considera que la industria farmacéutica tiene como objetivo principal ganar dinero. “Es verdad que además aportan un beneficio social a la humanidad con muchos descubrimientos, pero ellos no investigan con este fin”. Sostiene que la investigación debe partir de universidades e institutos de investigación públicos. “Porque en general, en los centros de investigación públicos las líneas que seguimos vienen determinadas por varios factores y no creo que el más importante sea el económico”. Por ello, este investigador de la UPV/EHU confía en que los sistemas de salud se impliquen en la búsqueda de subvención de fármacos para estas patologías. “Depende de la línea que siga el grupo investigador, pero hay mecanismos metabólicos comunes para enfermedades frecuentes y para otras raras que pueden compatibilizarse. Un equipo de investigación dedicado a estudiar anomalías mitocondriales, autofagia o proteoquinas aportará soluciones de conocimiento que servirán tanto a enfermedades comunes como a algunas raras”, manifiesta.

Razonablemente confiado se muestra también el doctor Jordi Gascón. “Si observamos el panorama de hace 20 años y el de hoy, vemos que la situación ha cambiado favorablemente. Y si la inercia de las dos últimas décadas ha sido buena no tiene por qué cambiar a peor”, sentencia, refiriéndose al importante trabajo desarrollado por las personas afectadas y sus familiares, que organizados





MÁS DE 7000 Y NO ESTÁN TODAS

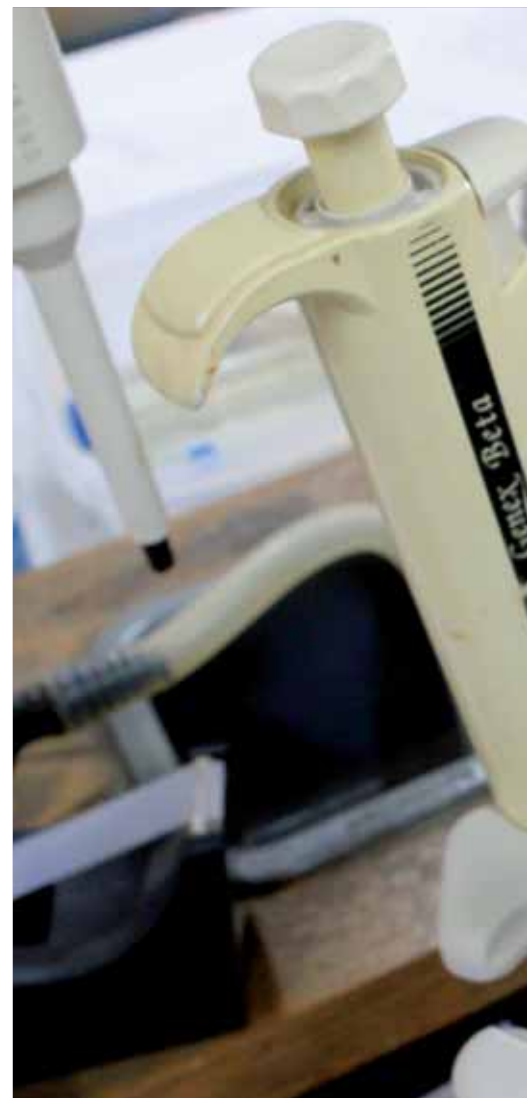
- En el registro de la OMS están catalogadas más de 7.000 patologías raras, y no están todas, ya que regularmente se descubren nuevas.
- En España afectan a unos 3 millones de personas. En Europa a 30 millones y la OMS estima que al 7 por ciento de la población mundial.
- El 80 por ciento tienen su origen genético, pero no todas son hereditarias.
- Las ER se manifiestan de modo precoz, 2 de cada 3 aparecen antes de los dos años de edad.
- La mitad de estos casos tienen un déficit motor generador de discapacidad en los niños.
- El 35 por ciento de las muertes por una ER ocurren en menores de un año.
- Los niños pasan una parte muy importante de su tiempo en un hospital.
- Pacientes y familias viven el aislamiento y la soledad por sufrir una enfermedad poco frecuente. Se encuentran solos, sin recursos y sin saber a dónde acudir.
- Suelen recibir el dramático impacto del diagnóstico junto con la impotencia de sentir que nadie conoce su enfermedad.
- Se estima que el tiempo medio para obtener un diagnóstico son cinco años; en un 20 por ciento de los casos se tarda más de 10 años.
- Las ER están muy dispersas en el mapa, con lo que resulta muy difícil unificar esfuerzos y tener grupos de trabajo de investigación, lo que aminora el interés por investigar.
- Aunque no ha aumentado el número de ER, sí se ha incrementado el catálogo de estas patologías porque los cuadros que antes estaban definidos de forma muy genérica, hoy reciben nombres más precisos.

en asociaciones y aunando fuerzas han contribuido a que se les escuchara más y se establecieran líneas de investigación. “Es cierto que la industria investiga donde puede y donde le conviene porque detrás de los tratamientos hay intereses y el que un fármaco sea poco rentable puede hacer que se trabaje menos en él; pero tal y como van las cosas parecería razonable que la indus-

tria se volcara más en las ER”, añade el coordinador de ER de la Sociedad Española de Neurología.

Teniendo en cuenta que vivimos en un país donde la Sanidad es universal y gratuita, Jordi Cruz, presidente de la Federación Española de Enfermedades Raras-FEDER en Cataluña y responsable de investigación y formación de la Fede-

ración, recuerda que la ciudadanía tiene derecho a disponer de una buena asistencia sanitaria y a la equidad en los tratamientos. “Tenemos el mismo derecho a ser atendidos tanto si tenemos una enfermedad minoritaria como otra generalizada. Cuando a alguien le toca de lleno una de estas patologías, como me ha sucedido a mí, te das cuenta de que esas diferencias no debieran de existir. Hace falta mucho más conocimiento, atención y acceso rápido a los medicamentos que no están todavía aprobados en España ni en Europa”. El presidente de FEDER en Cataluña y padre de una niña aquejada de Sanfilippo, hace especial hincapié al señalar que si existe un



fármaco comercializado y efectivo para una determinada dolencia hay que ofrecerlo al paciente cueste lo que cueste.

Aunque el sistema de salud español y en general los europeos asumen en gran medida el coste de muchos de estos fármacos, para el doctor Jesús Vilchez el problema aparece cuando los niveles de eficacia que ofrecen determinados medicamentos no se corresponden con su coste y entonces surgen situaciones en las que hay que “hilar muy fino” para ser equitativos. Porque todos los especialistas involucrados en el tratamiento de estas dolencias son conscientes del elevado coste de algunas de las terapias

y de lo limitado de los recursos sanitarios. “Naturalmente, los gestores de los servicios de salud a los que hemos elegido y pedimos responsabilidades, han de tomar decisiones respecto al reparto del presupuesto que siempre es limitado”, sentencia.

El experto cita como ejemplo palpable del dilema sobre prioridades el reducir los dos millones y medio de muertos por malaria o atender a unas decenas que fallecen por Sanfilippo. “Aun-

Los investigadores confían en que los sistemas de salud se impliquen en la búsqueda de subvención de fármacos para estas patologías

que la realidad nunca sea tan extrema, el gestor de lo público debe elaborar un presupuesto razonable que resuelva los problemas más acuciantes (diabetes, hiper-

tensión, malaria en zonas endémicas, etc), pero también es justo que reserve “una pizquita” para enfermedades infrecuentes. Hagámonos la pregunta a la inversa: supón-

gase que usted tiene un familiar con una enfermedad genética rara de la que no tiene ninguna culpa y que aleatoriamente podría haberle caído a otro ciudadano. Que ve más justo: ¿dejarle apañarse como pueda o ayudarlo entre todos a sobrellevar una carga que podría haberle tocado a cualquier otro de los mortales?”, pregunta Vilchez, en coincidencia con el portavoz de FEDER y las presidentas de Duchenne Parent Project España y de la Asociación Española de Raquitismo Hipofosfatémico y Osteomalacia (AERHO). “Para nosotros ninguna vida tiene precio; ni nos lo planteamos”, afirman.

Para la especialista Mónica López no debe existir dilema ético entre atender a miles de pacientes con una enfermedad común o a unos poquitos que padecen estas patologías. “Tiene que ser perfectamente combinable. Si hay un tratamiento para una determinada enfermedad a mí me tiene que dar igual el coste de la terapia si es eficaz; yo sé lo que tengo que ofrecer a mi paciente; lo que ocurre es que en las dolencias con tratamientos más costosos tengo que saber justificar muy bien que es lo más adecuado. Es hacia donde estamos tendiendo ahora los clínicos; hay que saber seleccionar qué pacientes de los que tienen esa enfermedad se van a beneficiar mejor del mismo; que no siempre es el que está más afectado”.

El investigador López de Munain aclara que las ER no han aumentado en núme-





RADIOGRAFÍA A...

28 de febrero, día mundial de las enfermedades raras

ro, sino que a cuadros clínicos que antes estaban definidos de forma muy genérica ahora se les da nombres más precisos, con lo cual aumenta el catálogo de enfermedades, “pero en realidad el número no ha variado en exceso”. El científico y clínico introduce la cuestión de que muchas de estas enfermedades siendo derivadas de mutaciones de un único gen presentan fenotipos absolutamente diversos, lo que provoca que los médicos las reconozcan a veces como en-

fermedades diferentes cuando tienen un sustrato genético (genotipo) común. “No es lo mismo hablar de clasificación clínica de las enfermedades raras, en cuyo caso tenemos una serie de definiciones de tipo clínico, que de una clasificación genética en la que podemos encontrarnos diferentes fenotipos, manifestaciones clínicas asociadas a alteraciones del mismo gen”, explica, al tiempo que señala que las investigaciones en muchas de estas enfermedades suelen ser insuficientes y fragmentarias. “Precisamente por el hecho de que muchas de ellas comparten mecanismos genéticos comunes, es factible pensar que descubrimientos que se han hecho con ciertas enfermedades raras pueden ser extensibles a otras. Por lo tanto, es importante que la investigación las abarque en su conjunto, porque a veces mecanismos genéticos parecidos pueden dar aproximaciones terapéuticas similares”.

Problemas para la sostenibilidad del sistema

A juicio de López de Munain, el papel del sistema sanitario es controvertido, ya que está básicamente concentrado en la asistencia y en la dispensación de tratamientos. “Desgraciadamente para los que nos dedicamos a la investigación, el

sistema sanitario dispone de pocos recursos para dedicarlos a la investigación básica y a la traslacional. Los fondos deben venir de otras instancias, habitualmente desde el Ministerio de Sanidad, del Fondo de Investigaciones Sanitarias, pero sería conveniente que el propio sistema sanitario destinase cuantías para la investigación traslacional. De no hacerse, bien pudiera ocurrir la paradoja de que tratamientos que sean realmente eficaces para estas enfermeda-

des sean desarrollados por otras entidades fuera de nuestras fronteras y tengamos un problema para la sostenibilidad del sistema si esas terapias son pagadas desde el SNS”, reflexiona en voz alta. Confía en que el SNS se implique en el descubrimiento de los tratamientos, porque de este modo tendrá también un reconocimiento en la parte de su descubrimiento de los tratamientos y redundará en el precio de los fármacos y consiguiendo en el sostenimiento del sistema.

Hasta ahora los medios sanitarios destinados a las ER no habían sido una cuestión relevante, porque aunque consumían una buena parte de recursos en su diagnóstico después no tenían tratamiento. Pero este panorama, como subraya López de Munain, cambia y ya se dispone de algunos eficaces o al menos parcialmente efectivos para algunas enfermedades raras, pero a un coste superior a los doscientos o trescientos mil euros al año. “Evidentemente este coste no puede ser sostenido con el sistema habitual de financiación de los fármacos y es preciso reorganizarlo, porque de lo contrario llegaremos a encontrar los tratamientos, pero no a poder pagarlos”.

El científico opina que debe de hacerse un esfuerzo importante por parte del te-

jido de investigación y del tejido traslacional, es decir, del tipo de investigación que desemboca en la creación de fármacos, para que al menos una parte de esa investigación revierta los beneficios que produzca directamente en el sistema sanitario para sostener los tratamientos. “De lo contrario nos podemos encontrar con dificultades para mantenerlos, ya que se llevan una parte importante del presupuesto de farmacia de los hospitales”, apunta con preocupación López de Munain.

Por otro lado, la investigación se mueve a ritmos imprevisibles. “Claro que las ER son incurables por ahora, pero con más fondos se investiga mejor y los avances en biotecnología serían más rápidos, sobre todo para las ER con mayor prevalencia, porque ya hay investigaciones sobre ellas que podrían acelerarse”, dice convencida la doctora Mónica López. Además, como indica el coordinador de ER de la SEN, el concepto curable no es inherente al de enfermedad minoritaria o rara.

López de Munain, como el resto de los investigadores, critica el presupuesto que tenemos para investigación biomédica. “Es raquítico”. Es un presupuesto insultante para un país que quiere ocupar un puesto relevante en el concierto de naciones. “Es la realidad. Nuestro país necesita dotarse de instrumentos más adecuados, como una Ley de Mecenazgo que favorezca que grandes organizaciones que disponen de recursos, en base a sus programas de responsabilidad social, puedan destinar cantidades de dinero significativo a la investigación biomédica y que movilice los recursos de una sociedad civil que dispone de medios, pero no de los cauces para hacerlos efectivos. En España resulta más rentable para algunas corporativas invertir en publicidad deportiva que en investigación biomédica”, asegura. El presupuesto de las universidades para investigación es raquítico y es difícil de conseguir en estos momentos programas de investigación

solventes y sostenidos en el tiempo con el presupuesto que el país dedica. Esto se ha acentuado con la crisis. Vivimos en la primera década del siglo un proceso de convergencia acelerada con los ratios de investigación de los países de nuestro entorno, pero esa trayectoria ascendente, que lo único que perseguía era homologarnos con nuestro entorno, se quebró con la crisis económica, de la cual por ahora no nos hemos recuperado, por lo menos a ese nivel”, dice visiblemente decepcionado.

La investigación que no se hace en España se lleva a cabo en otros países. Por eso López de Munain dice que no se debe magnificar el tema. “En las ER la investigación bebe de muchas fuentes. Como médico que atiende a un paciente, y se lo digo a ellos, la nacionalidad del investigador que descubre el remedio para sus males no le importa en absoluto. Ahora bien, como gestor sanitario tengo que reconocer que todos los remedios para una patología que procedan de otras latitudes significa que somos una colonia científica. Estamos colonizados científicamente y no solo, sino comercialmente somos consumidores de los productos terminados. Y si nosotros no disponemos de un tejido industrial que permita abastecernos de estos tratamientos a un coste razonable sencillamente no los podremos pagar”, se queja.

Curación por modificación genética

Al hablar de enfermedad casi siempre pensamos en el tratamiento de su manifestación. ¿Pero siendo la mayoría de ellas genéticas no cabe pensar mejor en una vía de curación por modificación genética? Jesús Vilchez considera que con frecuencia el problema de los tratamientos que se ofrecen no es solamente que sean caros, sino que su eficacia resulta muy limitada. “En las enfermedades genéticas lo ideal es conseguir una corrección de la mutación o del defecto genético. Ya se han producido avances notables, pero todavía queda mucho camino por recorrer.

Son numerosas las vías de abordaje que se están ensayando con tecnologías de vanguardia impresionantes, como es el caso de la edición genética”.

“Cada día la ciencia avanza más en la dirección de la modificación genética. De hecho, la técnica de edición genética CRISPR/Cas, también denominada 'corta y pega genético', fue el descubrimiento del año 2015”, apunta Marisol Montolio, directora científica de Duchenne Parent Project España. “Además, hace poco se anunció el primer ensayo en humanos utilizando esta técnica que en un futuro próximo nos permitiría una medicina personalizada”. Para Montolio el principal objetivo de la terapia génica es proporcionar un gen sano, en el caso de los enfermos con Distrofia Muscular de Duchenne para permitir la producción de distrofina. Para poder introducir este gen vía terapia génica en una gran cantidad de células ya se han desarrollado ciertos virus que pueden infectar células humanas sin ser patógenos. “Ahora se está trabajando en métodos para reducir la respuesta inmune que puede provocar este tipo de terapia y que reduce la eficacia”.

Jesús Vilchez cree que las células madre son una alternativa que tiene cabida para abordar las enfermedades degenerativas. “Por ejemplo, en el caso de las distrofias musculares que nosotros tratamos la terapia génica es solamente eficaz en las fases tempranas. Cuando las células ya se han necrosado y reemplazado por tejido conectivo solamente

cabe hacer implantes de células pluripotenciales para producir regeneración. De modo similar se puede aplicar a enfermedades del sistema nervioso central como Parkinson y ELA”, dice en coincidencia con el coordinador del Comité ER de la Sociedad Española de Neurología.

Como indica Jordi Gascón, del Hospital Universitario Bellvitge de Barcelona, ya hay varias patologías en las que se investiga un abordaje terapéutico desde la terapia génica. “Pero hasta que esto no llegue y teniendo en cuenta que tampoco es aplicable a todas las enfermedades, hay otras opciones terapéuticas que también son útiles. Si funciona la génica puede ser más curativa que una tradicional, pero hasta que se establezca, desarrolle y pueda utilizarse hay que seguir con lo que tenemos. Las células madre son líneas que desarrollar, pero a veces cuando se descubre algo en el mundo científico-sanitario, en el Genoma, se transmiten unas esperanzas que la población interpreta como que la solución estará a corto plazo y eso no es así”, reflexiona.

En cuanto a los plazos en los cuales las investigaciones genéticas que se están llevando a cabo puedan entrar en un sistema traslacional global a la clínica, los expertos se muestran esperanzados aunque cautelosos. Así, el doctor Vilchez adelanta que en algunas de las enfermedades que tratan en el Hospital La Fe de Valencia, como es la distrofia de Duchenne, en los últimos diez años ya se ha dado el salto traslacional, habiendo realizado ensayos clínicos con fármacos que corrigen mutaciones modificando la dinámica del ADN. Se está ensayando tam-

bién en otras muchas enfermedades.

Desde las asociaciones de pacientes piensan que lo ideal en el viraje asistencial hacia la Medicina persona-

lizada sería que un equipo multidisciplinar se ocupara de muchas enfermedades. “De esta forma el tratamiento sería más realista, pero nuestra experiencia nos dice que por desgracia parece quedar mucho para eso”, apuntan desde (AERHO) y FEDER ■

Jesús Vilchez cree que las células madre son una alternativa que tiene cabida para abordar las enfermedades degenerativas





Apostar por la
formación
es apostar por
el
futuro,
si no el sistema no avanza”

Joan Carles March Cerdá

Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Texto | A. Morente

Fotos | EASP



ENTREVISTA

Joan Carles March Cerdá

“Apostar por la formación es apostar por el futuro, si no el sistema no avanza”

Nunca se termina de aprender, y en un mundo tan cambiante como es el de la Sanidad alguien tiene que encargarse de ver hacia dónde se mueven las cosas y qué no deben perderse los profesionales. Más que alguien, de esta tarea tienen que encargarse organismos como la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), algo a lo que viene dedicándose desde hace casi 32 años y que en la actualidad dirige Joan Carles March Cerdá, que en enero cumple dos años en el cargo.

¿Las escuelas de salud pública tuvieron su sentido cuando se construyó nuestro sistema sanitario o siguen teniendo una función que cumplir?

Una escuela de salud pública es hoy más necesaria que nunca por una cuestión sencilla: los sistemas cambian, como también lo hacen las expectativas de los ciudadanos y los movimientos sociales alrededor de la salud... Hace falta una institución que investigue, evalúe y proponga hacia dónde ir, ver qué pasa en nuestro entorno. Hoy se hacen muchas cosas, pero se reflexiona menos de lo que se debería, así que sí, es muy necesaria una institución que analice lo que pasa en el entorno, que ayude a que se mejoren los procesos y que desarrolle proyectos de consultoría y docentes.

Cumple dos años como director de la EASP, que en mayo celebrará 32 años de existencia. La función de la escuela sí habrá cambiado mucho en este tiempo, ¿no?

La EASP básicamente hacía docencia para

conformar un conjunto profesional. Una vez que se apuesta por un sistema autonómico y que cada comunidad autónoma tendrá su servicio de salud, la necesidad imperiosa era tener gente: había que mejorar en salud pública, en gestión... Todo estaba por echar a andar. Ahora se apuesta más por la calidad y experiencia, hay una necesidad de innovación, de mejora continua, de saber cómo gestionar mejor en un entorno complicado. Hoy todo cambia más rápido, es un mundo mucho más volátil, como institución tenemos que adaptarnos con rapidez. Nuestros productos no son iguales que hace 10 años, antes por ejemplo hacíamos muchos planes estratégicos para hospitales. Ahora generamos espacios de expertos para temas concretos y asistenciales.

¿Cuál cree que es hoy la principal señal de identidad de la EASP?

Que no es sólo para profesionales y gestores, sino también para la ciudadanía, que es más exigente y pide más. Antes se

hacían planes y estrategias de comunicación, hoy el mundo de la comunicación ha cambiado y ahora los planes difieren. Pero además de contar con el ciudadano, hemos generado un espacio para profesionales que es presencial, virtual y en abierto. El objetivo final es consolidar y mejorar lo que hacemos, para lo que hay que estar muy pendientes. Como decía antes, la formación ha cambiado muchísimo, ahora casi el 80 por ciento de lo que hacemos es en un entorno virtual. Lo que hemos hecho es acercarnos a la realidad de la gente, y esto ha supuesto que la carga formativa sea mucho mayor, ahora atendemos a más de 20.000 profesionales al año, cuando antes teníamos entre 4.000 y 5.000. Además, cada vez funcionamos más en 3.0, ofrecemos muchas

cosas en abierto para llegar a más gente, tenemos acuerdos con productoras de televisión y radio y también con la RTVA [la televisión pública andaluza], que puede llegar mejor a la ciudadanía en general y ayudar a la divulgación.

¿Cómo tiene que ser hoy una escuela de salud pública?

Hay que ofrecer aspectos muy diversos, nosotros por ejemplo pensamos en los médicos, en enfermería, en los temas asistenciales... Lo cierto es que cada vez nos acercamos más a lo asistencial, y también a la cuestión de las emociones en comunicación, con la Sociedad Española de Medicina Familiar sacaremos en 2017 un máster sobre comunicación asistencial. Todo lo comunitario tiene cada vez más peso, pero abordamos desde el dolor a la Inmunooncología, desde las redes sociales a cuestiones de calidad e innovación. Hemos ampliado el abanico, nos hemos acercado al mundo asistencial y desarrollado una amplitud de miras que es mucho mejor. Tenemos también una línea de pacientes que es fundamental, muy importante, con proyectos en los que se trabaja en 15 o más enfermedades. Somos líderes en empoderamiento de los pacientes, en gestión de emociones, en evaluaciones económicas... El panorama es muy amplio, es un mundo muy abierto y un centro como la EASP tiene que estar abierto a profesionales, directivos y ciudadanía. La adaptación al entorno y la flexibilidad son muy importantes.

¿Qué se demanda más en formación ahora?

Las cosas han cambiado mucho. Antes en diciembre teníamos cerrado el programa docente de la Escuela para el año siguiente, ahora es un programa activo. Casi no habíamos trabajado en Nutrición, pero ahora, con la Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación



Equilibrada [más conocida como Ley contra la Obesidad] que ha sacado la Junta de Andalucía, vamos a poner en marcha un diploma sobre obesidad, que es un problema de la población mundial. Y siempre con el objetivo puesto en los profesionales, porque aunque la tecnología es muy necesaria, lo humano, lo emocional y la comunicación siguen siendo lo más importante. Por eso también queremos trabajar la gestión con alma, porque el ámbito emocional en salud se ha trabajado poco. Al final lo clásico y lo moderno se tienen que combinar para poder innovar.

Una escuela de salud pública es hoy más necesaria que nunca

¿Los profesionales tienen en general un buen nivel formativo?

Hay que tener en cuenta que hoy hay mucha información, pero no toda de suficiente calidad. Lo cierto es que el nivel formativo es medio-alto, bastante bueno.

Apostar por la formación es apostar por el futuro. Si no trabajamos las habilidades y la formación, el siste-

ma no avanza y no mejora. Por eso trabajamos con la mayor parte de los sistemas sanitarios de España, somos una escuela abierta a todas las comunidades autónomas, al mundo (colaboramos en 32 paí-

ses), a la ciudadanía y al conocimiento. Y somos centro colaborador de la OMS.

¿Y en qué hay margen de mejora en el terreno de la formación sanitaria?

Es necesario mejorar la coordinación entre autonomías, las buenas prácticas informativas, la profesionalización de los cargos directivos... Hay que mejorar en muchos ámbitos, somos un sistema sólido pero que no puede dormirse en los laureles, sin innovar. No podemos jugar a esto no te lo enseño porque es mío. Y aquí es donde tiene su papel una escuela como esta: hace que el sistema mejore. Es fundamental que esté conectada con la realidad, que piense en el futuro, que vea qué pasa en el entorno y qué hacen otros para coger lo mejor.

¿La innovación es entonces la clave?

Hay que innovar porque eso es consustancial al día a día, hay que poner en el centro del sistema a la innovación y a la ciudadanía. Y también es fundamental que los sistemas del futuro cuenten con la participación de los profesionales, es clave que se sientan partícipes de productos que hay que hacer, más copartícipes de las acciones y futuros, más coautores. Si soy mero prescriptor, si sólo soy actor y no autor, las cosas pasan y no quedan. Esto es renovarse o morir, renovarse o estancarse.

¿Y qué papel juegan en todo esto los gestores?

La profesionalización de la gestión es fundamental. Hay que romper una lanza por la importancia de los líderes (con alma, emoción, humanidad, comunicación y honestidad) y ser capaces de dar participación a los profesionales. Si no hay una letra escrita por mí, si no soy parte activa, dejo de estar comprometido. La Escuela está abierta a una Sanidad abierta, una Sanidad en la que la ciudadanía sea el centro real, no sobre el papel. Que pacientes y profesionales se vean reflejados y participen, de manera real ■



2
el



REPORTAJE

017,

un año rico en

ecciones colegiales

Texto | Antonio Pais



REPORTAJE

2017, un año rico en elecciones colegiales

Los comicios a los puestos de presidente, tesorero y vicesecretario del Consejo General, previstos para el día 4 de marzo, suponen la gran cita electoral de los Colegios de Médicos en el año 2017, un año rico en elecciones a la presidencia en los colegios provinciales: hasta en 21 instituciones está previsto que haya comicios, al completarse las respectivas legislaturas. Además, habrá también elecciones, o cambios en su presidencia debido a que en la mayoría se aplica un sistema de rotación, en muchos de los Consejos Autonómicos.

El próximo día 4 de marzo, sábado, no será un día más en la larga vida del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM). Ese día está previsto que se celebren elecciones para renovar tres cargos de la Comisión Permanente de la corporación: los de presidente, vicesecretario y tesorero. En los tres casos se da la misma circunstancia: las tres personas que durante los últimos años los han representado no podrán presentarse a la reelección, pues han completado dos legislaturas en ellos y prima la norma de limitación de mandatos. Con su marcha se cerrará una etapa muy destacada en la historia del CGCOM.

Así que los doctores Juan José Rodríguez Sendín (Presidencia), José María Rodríguez Vicente (Tesorería) y Jerónimo A. Fernández Torrente (Vicesecretaría) pondrán fin a sus respectivas etapas en la dirección de la Organización Médica Colegial (OMC). Aunque, si hubiera que ponerle un título a esta etapa, y como quiera que siempre es la figura del presidente la que predomina en estos casos, sin duda sería el de la 'Era Sendín'.

El Dr. Juan José Rodríguez Sendín fue elegido presidente de la OMC el 22 de marzo de 2009. Antes, en la misma insti-

tución había sido vocal nacional de Médicos Titulares (1986-2002) y secretario general (2002-2009). Y ese conocimiento de la organización sin duda le sirvió para, durante su primera legislatura en la presidencia, hacer que la Asamblea General gozase de la tranquilidad, vital para su buen funcionamiento, de la que había carecido en los años anteriores, durante los cuales se repetían serios conflictos. El Dr. Rodríguez Sendín ha sido el primer presidente de la OMC que, desde que existe Democracia en España, ha completado dos legislaturas en el cargo.

Al lado de esta pacificación de la Asamblea General, otro gran logro durante esta etapa ha sido acercar la profesión médica al gran

público, lo cual se consiguió con una mayor presencia en los medios de comunicación. Y junto a ellos, otro logro vital: el Dr. Rodríguez Sendín fue una pieza clave, uno de los 'padres', del Foro de la Profesión Médica, que nació para unir y

coordinar las distintas visiones de la profesión en un único ente, además de para la mejor defensa de sus intereses. Se pueden añadir la protección a ultranza del médico en su labor diaria (PAIME, Observatorio de Agresiones), pero también la garantía de la mejor praxis médica (Validación Periódica de la Colegiación, Código Deontológico).

El día 4 de marzo está previsto que se celebren las elecciones para tres cargos de la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios de Médicos: presidente, tesorero y vicesecretario



Presentación de candidaturas

El día 30 de enero de 2017, a las 20:00 horas, finalizará el plazo para la presentación de candidaturas a los tres cargos, que comenzó el pasado 27 de diciembre de 2016. La proclamación de candidatos está prevista para el día 31 de enero, y la votación, en el caso de que haya más de una en cada caso, se realizará el día 4 de marzo. La elección del presidente la determinarán los votos de los 52 presidentes de los Colegios provinciales; las del tesorero y el vicesecretario la decidirá la Asamblea General en su totalidad.



La Comisión Permanente del CGCOM también acordó el pasado día 22 de diciembre convocar elecciones a Representante Nacional de la Sección de Médicos de Hospitales, con el mismo calendario de plazos. Este proceso se convoca tras la elección del hasta entonces Representante Nacional de Médicos de Hospitales, el Dr. Javier Font, como Vicepresidente 2º del CGCOM; la elección se produjo el pasado día 29 de octubre de 2016. El Representante Nacional de la Sección de Médicos de Hospitales será elegido por los representantes provinciales.

En lo que respecta a la Presidencia, y aunque hasta el día 31 de enero no se co-

nocerá el nombre del o los candidatos que se presentan para sustituir al Dr. Rodríguez Sendín, desde la propia corporación se da por hecho que uno será el actual Vicepresidente 1º de la corporación, el Dr. Serafín Romero, persona de amplia experiencia. Si se concretase esta candidatura, y si además resultase la vencedora, obviamente en la OMC quedaría vacante el cargo de Vicepresidente 1º.

Intensa actividad electoral

Está previsto que a lo largo de 2017, al completarse los cuatro años de legislatura, haya elecciones a la presidencia en 21

Colegios de Médicos: los de Lugo, Asturias, Vizcaya, Álava, Málaga, Jaén, Córdoba, Almería, Huelva, Toledo, Guadalajara, Cuenca, Albacete, Ciudad Real, Zaragoza, Huesca, Badajoz, Salamanca, León, Segovia y Tenerife. Serían aún más si en casos como el del Colegio de Médicos de Sevilla no se hubiese establecido una legislatura de cinco años (los completará el próximo año el Dr. Juan Bautista Alcañiz), o si en el de Zamora, donde los comicios estaban previstos para enero de este año, no se tuvieran que celebrar al ser proclamada la única lista que se presentó, la del Dr. Sebastián Martínez, que fue reelegido el pasado mes de diciembre... en el que también fue elegido en el CM de Ávila el Dr. Manuel Muñoz, quien sustituye en el cargo a la Dra. Begoña Sahagún.

En Castilla-La Mancha están previstas elecciones en sus cinco Colegios provinciales. En Guadalajara se convocarán de forma inminente al haberse quedado la Comisión Permanente con sólo dos integrantes, tras las dimisiones sucesivas de la presidenta (la Dra. Alicia Fernández de Peñaranda, el pasado mes de octubre), el secretario, el Dr. Juan Miguel Iáñez, y el vicepresidente, el Dr. Mariano Paniagua. En Ciudad Real (el presidente es el Dr. José Molina) ya han sido convocadas para el día 8 de marzo; y en Cuenca (presidente, Dr. Carlos Molina) para el día 21 de febrero. En Toledo (presidente, Dr. Luis Rodríguez Radial), se esperan en el primer semestre del año; y en el CM Albacete (Dr. Fernando Gómez Bermejo) más hacia finales de año, hacia octubre.

También en Andalucía habrá mucho movimiento electoral. Hay previstos comicios en el Colegios de Médicos de Jaén (presidente desde 2013, el Dr. Emilio Manuel García de la Torre), donde se van a convocar de forma inminente; en el de Huelva (Dr. Antonio Aguado) ya han sido convocadas para el día 6 de marzo; en el de Málaga (Dr. Juan José Sánchez Luque) se esperan para después del verano; y en el de Almería (Dr. Francisco Javier Martínez Amo) a finales de 2017. En el CM de Gra-



REPORTAJE

2017, un año rico en elecciones colegiales

nada tomó posesión de su cargo el Dr. Jorge Fernández Parra el pasado mes de noviembre. Y en el de Cádiz el Dr. Juan Antonio Repetto fue elegido en 2014, por lo que no completará la legislatura hasta 2018.

En Aragón, a finales de año (sobre octubre) se esperan las elecciones en el Colegio de Médicos de Zaragoza, que preside la Dra. Concepción Ferrer. Antes se habrán realizado la del CM de Huesca: en mayo de 2013 fue elegido el Dr. José María Borrel. En el CM de Teruel el Dr. Ismael Sánchez inició su mandato el año 2014, por lo que hasta 2018 no hay elecciones.

En Castilla y León se esperan elecciones en el mes de mayo en el Colegio de Médicos de Segovia, que preside desde 2013 el Dr. Enrique Guilabert. A finales de año también completan su legislatura los presidentes de los Colegios de Médicos de León (Dr. José Luis Díaz Villarig) y Salamanca (Dr. Manuel Gómez Benito). Hasta 2018 no tocan comicios, al haber sido nombrados sus presidentes en 2014, en los Colegios de Valladolid (Dr. José Antonio Otero), Palencia (Dr. Francisco José del Riego) y Burgos (Dr. Joaquín Fernández de Valderrama). En 2015 fue reelegido presidente en el CM de Soria el Dr. José Ramón Huerta.

Escaso movimiento en la zona norte

En Galicia sólo está previsto que se celebren elecciones a la presidencia, y tendrán lugar a finales de año, en un Colegio provincial, el de Lugo, en el que completa su mandato el Dr. Manuel Boquete. Hasta 2018 no se celebrarán las del CM de Ourense, que preside desde 2014 el Dr. José Luis Jiménez. En el CM de A Coruña fue elegido en octubre de 2015 el

Dr. Luciano Vidán, mientras que en el CM de Pontevedra la única lista que se presentó a los comicios celebrados en octubre de 2016 fue la encabezada por el

Dr. Luis Campos Villarino.

En el CM de Asturias también habrá elecciones este año: a finales del mes de marzo de 2013 fue proclamado presidente el Dr. Alejandro Braña. En el CM de Cantabria, el Dr. Tomás

Cobo también fue proclamado presidente en febrero de 2015: su mandato expira en 2019. Y en el País Vasco habrá elecciones este año en dos de sus tres Colegios provinciales: en la primavera (marzo o abril, aún no han sido convocadas) podrían realizarse las del CM de Vizcaya, en la que el Dr. Cosme Naveda completa su tercera legislatura; y hacia finales de año, las del CM de Álava, donde asimismo el Dr. Kepa Urigoitia cumple su tercer mandato como presidente. En el CM de Guipúzcoa, el Dr. Manuel García Bengoechea fue proclamado presidente en 2014.

En el CM de Navarra, el 16 de enero de 2016 tomó posesión de su cargo como presidente el Dr. Rafael Teijeira, quien previamente, en noviembre de 2015, siendo vicepresidente de la entidad, había que tenido que sustituir a la presidenta desde 2008, la Dra. Teresa Fortín, quien dimitió.

Y también en el Mediterráneo

Ninguno de los Colegios de Médicos de Cataluña celebrará elecciones este año. En el CM de Barcelona preside el Dr. Jaume Padrós desde el año 2014, y en el mismo caso está en el Dr. José Vilaplana en el CM de Girona. En el CM de Lleida, el Dr. Ramón Mur fue elegido presidente en octubre de 2015. Y en el CM de Tarragona hubo comicios el pasado año: el Dr.



Fernando Vizcarro fue reelegido el 23 de junio de 2016.

En la Comunidad Valenciana habrá intensa actividad electoral... en 2018, año en el que completan su legislatura los tres presidentes de las instituciones provinciales: la Dra. Mercedes Hurtado (CM de Valencia); el Dr. José Pastor (CM de Alicante); y el Dr. José Antonio Herranz (CM de Castellón).

En el Colegio de Médicos de Murcia, la Dra. Isabel Montoya fue reelegida, a finales de 2015, la Dra. Isabel Montoya. En el CM de Madrid, las elecciones del pasado mes de febrero de 2016 las ganó la lista encabezada por el Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón. También el pasado año, en junio, la Dra. Inmaculada Martínez fue re-



elegida como presidenta del CM de La Rioja.

En Extremadura, a finales del pasado mes de noviembre de 2016 tomó posesión la Junta Directiva presidida por el Dr. Carlos R. Arjona, que fue reelegido. Y este año, hacia mayo, se esperan elecciones en el otro Colegio provincial extremeño, el de Badajoz, que preside el Dr. Pedro Hidalgo.

En Canarias, en 2017 hay previstas elecciones en el Colegio de Médicos de Tenerife, presidido por el Dr. Rodrigo Martín, que en septiembre de 2013 inició su mandato. Y hasta 2018 no acaba el tercer mandato del Dr. Pedro Cabrera en el CM de Las Palmas. En Baleares, el Dr. Antonio Benasas fue elegido presidente en 2014:

hasta el próximo año no termina la legislatura.

En el CM de Ceuta, el pasado 31 de enero de 2016 tomaron posesión de sus cargos los integrantes de la Junta Directiva presidida por el Dr. José Enrique Roviralta, que resultó elegida en los comicios celebrados en diciembre de 2015. Y en el CM de Melilla, en diciembre de 2014 fue elegido presidente el Dr. Jesús Delgado.

Consejos Autonómicos

El Consejo Autonómico de Colegios de Médico de Aragón ya está constituido, ya es una realidad jurídica tras haber sido aprobados sus Estatutos, en los últimos días de 2016, por las asambleas de las tres instituciones provinciales. Asuntos relacionados con la financiación y la representación habían impedido en los últimos años su constitución. Ahora, se ha aprobado respecto a la aportación económica al Consejo, con un techo de gasto de 30.000 euros, que el CM de Zaragoza aportará el 62,5 por ciento; el CM de Huesca, el 25 por ciento; y el CM de Teruel, el 12,5 por ciento. El CM de Zaragoza presidirá el Consejo durante cinco años, el de Huesca durante dos y el de Teruel, durante uno. La primera presidenta del Consejo, pendiente sólo ahora de trámites legales como su aprobación por el Gobierno de Aragón, es la Dra. Concepción Ferrer (Colegio de Médicos de Zaragoza).

El día 28 de febrero de 2017 están fijadas las elecciones para la constitución de la Junta Directiva del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla y León, que hasta ahora ha presidido el Dr. José Luis Díaz Villarig (CM de León).

El Consejo Gallego de CM lo ha pasado a presidir, desde el 1 de enero de 2017, el Colegio de Médicos de Ourense (Dr. José Luis Jiménez), que sustituye al CM de A Coruña (Dr. Luciano Vidán). El Consejo Vasco de Colegios de Médicos lo presidirá durante 2016 y 2017 el Colegio de Médicos de Guipúzcoa (Dr. Manuel García Bengoechea); en 2018 tomará su relevo el CM de Álava. Respecto al Consejo Catalán de Colegios de Médicos, el pasado 27 de julio de 2016 el Dr. José Vilaplana (CM de Girona) asumió la presidencia para los dos próximos años.

El Consejo Autonómico de CM de la Comunidad Valenciana lo ostenta el Colegio de Castellón (Dr. José Antonio Herranz), que completará en 2017 su segundo y último año. La misma situación se da en Extremadura, donde el CM de Badajoz (Dr. Pedro Hidalgo) asumió en 2016 la presidencia del Consejo durante dos años. Y en el Consejo Autonómico de Canarias, donde el CM de Tenerife (Dr. Rodrigo Martín) cumplirá a lo largo de 2017 su segundo y último año.

El reciente 16 de diciembre de 2016 el Dr. Juan Antonio Repetto (Colegio de Médicos de Cádiz) tomó posesión de su cargo como presidente del Consejo Andaluz de CM para los dos próximos años. Sustituye al Dr. Antonio Aguado (CM de Huelva).

El Colegio de Médicos de Cuenca (Dr. Carlos Molina) presidirá el

Consejo Autonómico de CM de Castilla-La Mancha hasta junio de 2017, momento en el que finalizará el plazo de dos años que se dictamina que ostenten la presidencia del ente los Colegios provinciales en turnos rotatorios; la presidencia pasará en junio al CM de Toledo (Luis Rodríguez Radial) ■

En la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha está previsto que se celebren comicios en sus cinco colegios provinciales: Toledo, Ciudad Real, Guadalajara, Cuenca y Albacete



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

4 de enero



José Manuel Baltar, nuevo consejero de Sanidad de Canarias.

Licenciado en matemáticas, máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, tiene como principal tarea cuadrar las cuentas del Servicio Canario de Salud, así como reducir las listas de espera. Baltar es gallego, se tituló en Matemáticas por la Universidad

de Santiago de Compostela y amplió su formación ya en la capital grancanaria a través de un postgrado en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. El perfil del nuevo consejero de Sanidad canario refleja experiencia compartida en el ámbito sanitario público y privado. En Galicia fue director de Gestión y Servicios Generales del Complejo Hospitalario Xeral-Calde, en Lugo. Posteriormente, ya en Canarias, fue director gerente del Hospital Universitario Materno Infantil de Gran Canaria, entre 1990 y 1994. Baltar pasó ya por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, donde entre 1994 y 1996 fue subdirector provincial económico-administrativo. En 1994 comenzó también su labor de docente en la ULPGC como profesor asociado en la Facultad de Ciencias de la Salud, algo que compaginó hasta 2012 con el cargo de director-gerente del Hospital San Roque, para el que fue designado en 1996 ■

9 de enero

Dolors Montserrat convocará en febrero el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una vez se haya reunido con todos los consejeros del ramo para conocer las necesidades del sector en cada autonomía. La ministra ha concretado que entre enero y principios de febrero quiere conocer a todos los consejeros, a los que ya llamó por teléfono desde que asumió el cargo, y luego convocará el CISNS ■

10 de enero

La ministra asegura que no se va a subir el copago a los pensionistas. “No es cierto que se vaya a subir el copago farmacéutico a los pensionistas con ingresos de más de 18.000 euros”, indicaba la titular de Sanidad en su cuenta personal de Twitter, pero se mostraba dispuesta a estudiar una posible revisión al tramo de más de 18.000 euros. “De 18.001 euros a

100.000 hay una diferencia y, por tanto, como no queremos crear barrera en el acceso a los medicamentos estoy dispuesta a estudiarlo”, según señalaba en una entrevista. Para ello, explicaba que antes de cualquier cambio se pondrá en marcha un informe que será realizado por expertos del ministerio y expertos externos al ministerio, asesorados por el Consejo Asesor. No obstante, con el objetivo de mostrar un mensaje de tranquilidad a la población y, especialmente, a los pensionistas, advertía de que dicho informe no está aún en marcha. Montserrat aclaraba que, una vez se tenga el informe, pueden ser múltiples las formas de llevarlo a cabo. “Que pague más el que tiene más no quiere decir que les subas, a lo mejor quiere decir que bajamos al que tiene menos. Igual del tramo de 18.000 a otro tramo posterior lo que nos dicen los expertos es que se suba, o se baje, o se quede igual porque, a lo mejor, no hay barrera en el acceso a los medicamentos” ■

11 de enero

La ministra se compromete a aprobar la primera Estrategia Nacional de Personas Mayores.

Según informaba el Ministerio, Montserrat ha abordado los “importantes” retos que ha de abordar esta estrategia dirigida a las personas mayores, siendo una de las líneas estratégicas la atención sociosanitaria a los mayores, el acompañamiento para aquellos que viven solos y la incorporación de sus experiencias profesionales a la sociedad. Además, Sanidad indicaba que otro de los objetivos de la estrategia será reforzar la lucha contra los malos tratos a las personas mayores, “un problema al que hay que dar una mayor visibilidad para poder ayudar a las víctimas” ■



12 de enero

El Foro de la Profesión insiste en que hay que planificar las necesidades de médicos para los próximos años y que dichas necesidades estén cubiertas por el *numerus clausus*, según el análisis de la situación durante la reunión celebrada en la sede de la OMC, en la que también se avanzó



sobre el proyecto de la relación médico-paciente como Patrimonio de la Humanidad, promovido por el Dr. Patricio Martínez. El Foro está especialmente preocupado por las consecuencias que puedan derivarse del exceso de licenciados que después no pueden acceder a una plaza MIR, y ante la proliferación de Facultades de Medicina. “Es preciso seguir insistiendo”, remarcó su portavoz, el Dr. Francisco Miralles, quien criticó el despilfarro que supone la creación de nuevos centros que no aportan valor añadido ninguno respecto a la formación de pregrado ■

Matesanz se despedirá en marzo de la ONT, con cifras récord que “hace diez años nos hubieran parecido impensables”. España volvía a alcanzar máximos históricos en donación y trasplantes en 2016, “hace diez años estas cifras nos hubieran parecido impensables”, afirmaba el director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Rafael Matesanz, quien el pasado año anunciaba su intención de jubilarse con la llegada de un nuevo Gobierno y ahora confirma su marcha para el próximo mes de marzo. Matesanz presentaba por última vez como máximo responsable de la ONT- y por primera a la nueva Ministra de Sanidad, Dolors Montserrat- los datos anuales de trasplantes que, una vez más, han superado todas las expectativas al alcanzar máximos históricos en donación y trasplantes, con 43,4 donantes por millón de población -muy por encima de los 39,7 de 2015-, con un total de 2.018 donantes, lo que le ha permitido efectuar 4.818 trasplantes ■

13 de enero

Gobierno y CC.AA acuerdan suprimir la tasa de reposición en empleo público. Las comunidades autónomas han llegado a un acuerdo con el Gobierno Central para suprimir



la tasa de reposición en las ofertas de empleo público en Sanidad, Educación y Servicios Sociales, y podría añadirse también en Emergencias. “Es un gran avance porque es imprescindible para la consolidación de los servicios públicos”, señalaba José Luis Martínez Guijarro, vicepresidente de Castilla-La Mancha, que recordaba que esta era una de las reivindicaciones de Castilla-La Mancha, pues además no tiene coste presupuestario y, por lo tanto, no tiene repercusión en el déficit. No obstante, queda pendiente alcanzar un acuerdo en materia de financiación autonómica, especialmente la financiación de la Ley de Dependencia. “Estamos a la espera de que el Ministerio de Hacienda nos haga una propuesta, porque tanto la financiación de la Sanidad como la Dependencia son de las que más incidencia tienen en el presupuesto”, apuntaba el vicepresidente de Castilla-La Mancha ■

16 de enero

Sanidad acuerda con los sindicatos crear grupos de trabajo para abordar la temporalidad. El Ministerio se comprometía con los sindicatos a crear tres grupos de trabajo que abordarán la política de provisión, los procedimientos para abordar la oferta de plazas y tasa de reposición, y la modificación de normativa, según informaba en una nota el sindicato.

El subdirector general de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), José Luis Dopico, planteaba, durante una reunión, desarrollar por parte de cada comunidad autónoma el procedimiento de revisión de la continuidad o desaparición de las causas que motivaron la designación temporal. Además, la elaboración de una guía para analizar la necesidad de efectivos de las plantillas con respecto a la actividad asistencial; la obligación de convocar, al menos cada dos años, concursos de traslados, así como concurso-oposición en relación con las plazas ofertadas en la OEP anual; y fijar el compromiso de ofertar todas las plazas vacantes ■

18 de enero

Rajoy pide “el mayor esfuerzo” a las CC.AA para llegar a un entendimiento en financiación. El presidente del Gobierno pedía a las comunidades autónomas, en la rueda de prensa al término de la VI Conferencia de Presidentes, el “mayor esfuerzo” para llegar a un entendimiento en materia de financiación autonómica, ya que son las autonomías las que llevan el peso de servicios tan importantes como la Sanidad. Rajoy señalaba el nuevo modelo de financiación autonómica que se empezará a abordar dentro de un mes y, en este sentido, ha dejado claro que en este asunto “no caben imposiciones de unos sobre otros”. Asimismo, el jefe del Ejecutivo reiteraba que el mantenimiento de las pensiones y de la Sanidad “tienen que ser los grandes retos del futuro”. El gasto social en España es superior al 70 por ciento. “Solo en pensiones y Sanidad supera el 42 por ciento”, exclamaba para aclarar que hay 14 millones de españoles que reciben todos los meses una prestación pública. El presidente insistía en que para mantener el modelo del Estado del Bienestar es necesario aumentar los recursos y, para ello, se necesita una política económica que genere crecimiento y empleo, ya que “pensiones y Sanidad van a seguir aumentando de manera imparable” ■

NOTA: Cronología del 1 al 18 de enero de 2017.

Para ampliar informaciones, ver:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

inst



INVESTIGACIÓN

La antánea médica

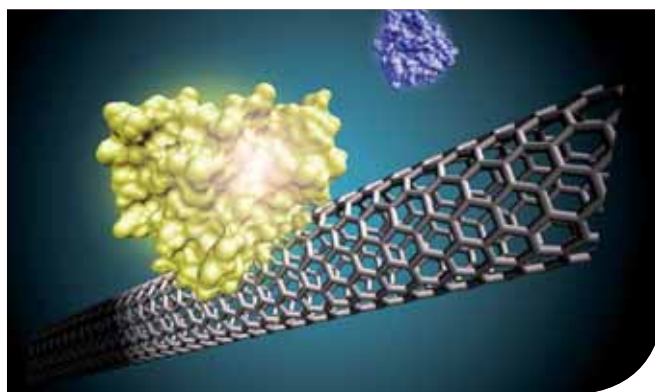


Hallado un compuesto químico en el hígado de tiburones capaz de neutralizar la enfermedad de Parkinson

Un compuesto químico aislado en el hígado de una especie común de tiburón podría ser la base para un nuevo fármaco que neutralice la toxina de la enfermedad de Parkinson. Así lo demuestra el estudio que publica la prestigiosa revista científica PNAS, en el que ha participado Nunilo Cremades, investigador Ramón y Cajal del Instituto de Biocomputación y Física de Sistemas Complejos (BIFI) de la Universidad de Zaragoza. La publicación de este artículo científico recoge el estudio realizado sobre un modelo animal en el que la doctora Nunilo Cremades, junto a investigadores de la Universidad de Cambridge, ha determinado los mecanismos de acción de la escualamina en relación a la enfermedad de Parkinson, ha informado la institución académica aragonesa en una nota de prensa. Este compuesto inhibe los procesos iniciales que llevan a la proteína involucrada en



Parkinson a agregar y, a la vez, reduce la toxicidad de los agregados dañinos una vez formados. Los autores del estudio han demostrado la doble actividad inhibitoria de escualamina en un modelo animal, lo que les ha llevado a proponer su uso como posible fármaco para la enfermedad de Parkinson. Recientemente se ha observado que pacientes con la enfermedad de Parkinson mejoraban clínicamente de forma rápida al ser tratados con un compuesto químico, la escualamina, aislado del hígado de una especie de tiburón bastante común. Estos pacientes padecían otras enfermedades, como virales o cáncer, para las que se les estaba administrando escualamina, observándose al mismo tiempo una mejoría notablemente de los síntomas asociados con la enfermedad de Parkinson, aunque se desconocían la razones ■



Científicos españoles investigan un biosensor para detectar algunos tumores antes de que se desarrollen

Científicos de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) han desarrollado un biosensor capaz de detectar los anticuerpos que genera el sistema inmune para combatir las proteínas que se alteran antes del desarrollo del cáncer de colon y el de ovario, lo que permitiría detectar ambos tumores de una forma más rápida y precisa que con los métodos tradicionales, incluso antes de que aparezcan los síntomas. Esta herramienta permite detectar estos anticuerpos en muestras de suero tanto de pacientes con cáncer como de pacientes con alto riesgo de sufrirlo en un futuro, según detallan los autores en la revista 'Analytical Chemistry'. Cuando las células sanas se transforman en tumorales, se altera la expresión de algunas proteínas y, como defensa, el sistema inmune genera determinados anticuerpos frente a ellas. La expresión de estas proteínas se puede iniciar varios meses o incluso años antes de que se desarrolle la enfermedad y sea detectada por los facultativos. "Nuestro sistema inmune produce los anticuerpos incluso tres años antes de que se manifiesten los primeros síntomas", ha explicado Susana Campuzano, investigadora del departamento de Química Analítica de la UCM que ha desarrollado esta técnica, en colaboración con diferentes instituciones hospitalarias y el Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols (Madrid). Con la ayuda del biosensor, los científicos determinaron el contenido de autoanticuerpos generados por los pacientes frente a la proteína p53, conocida como el "guardián del genoma" ya que repara mutaciones del ADN evitando alteraciones en el ciclo celular y la aparición de tumores, ha añadido José Manuel Pingarrón, catedrático de la UCM y coautor del trabajo. "La presencia de anticuerpos frente a la proteína p53 podría ser indicativa de la existencia de una enfermedad neoplásica ya iniciada o del riesgo de desarrollarla en un futuro próximo", según ha añadido Rodrigo Barderas, investigador del departamento de Bioquímica y Biología Molecular I de la UCM y coautor del trabajo ■

Considerar la donación de manera rutinaria cuando muere un paciente, entre las claves del éxito del sistema español

España lidera el mundo en donaciones de órganos de personas fallecidas. La clave de su éxito radica, en parte, en el hecho de que se tiene en cuenta de manera rutinaria la donación de órganos cuando un paciente muere, como se destaca en un artículo publicado en el 'American Journal of Transplantation' con información que puede ayudar a otros países a aprender del éxito del sistema español para hacer frente al problema mundial de escasez de órganos para trasplante. En Estados Unidos, cerca de 120.000 personas necesitan un trasplante de órgano para salvar su vida y cada diez minutos se suma una persona más a la lista de espera de trasplante nacional. Debido a la escasez de órganos en Estados Unidos y en todo el mundo, muchas personas mueren o experimentan una mala calidad de vida mientras están en listas de espera de trasplante. En 1989, el Ministerio de Sanidad español creó la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), un organismo técnico encargado de coordinar y supervisar las actividades de donación y trasplante en España. Se creó un modelo de coordinación de donaciones de fallecidos que hizo que el país evolucionara de 15 donantes por millón de habitantes a más de 30 por millón de habitantes en menos de una década. El denominado modelo español se basa en la designación de profesionales apropiados (en su mayoría médicos de cuida-



Investigadores de Paraplégicos participan en el proyecto 'Hacia un bypass activo para la reconexión neural'

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, centro dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, forma parte de las cinco instituciones de cuatro países europeos que participan en el proyecto titulado 'Hacia un bypass activo para la reconexión neural' (byAxon). El proyecto, cuya duración será de cuatro años y cuenta con un presupuesto total de 3,7 millones de euros, forma parte del programa de la Comisión Europea denominado FET-OPEN cuyo objetivo consiste en fortalecer investigaciones de alto riesgo basadas en "ideas rompedoras", según ha informado en nota de prensa la Junta. La idea que sustenta el proyecto byAxon, con una asignación directa al Sescam de 450.000 euros, consiste en fabricar el prototipo de un implante activo que pueda funcionar directamente en la médula espinal. La función principal de este dispositivo será restablecer la transmisión de señales eléctricas, actuando como un bypass activo local en la médula espinal lesionada, algo que no es posible con la tecnología disponible actualmente. El dispositivo contendrá dos partes principales, una que consistirá en elementos sensores para la detección de estímulos eléctricos y la otra dedicada a la estimulación eléctrica sobre el sistema nervioso para intentar restablecer la transmisión de señales. La forma simplificada de visualizar lo que se pretende es que el cerebro envía un estímulo que viaja por la médula espinal sana y llega al dispositivo con componentes nanométricos que se fabricará con el byAxon, situado en la zona de lesión. El bypass debe interpretar la señal, traducirla y transferirla al otro lado de la lesión ■



dos intensivos) para que se produzca la donación cuando un paciente muere en condiciones que permitan la donación de órganos. El trabajo de estos profesionales está respaldado por la ONT y oficinas regionales de coordinación ■

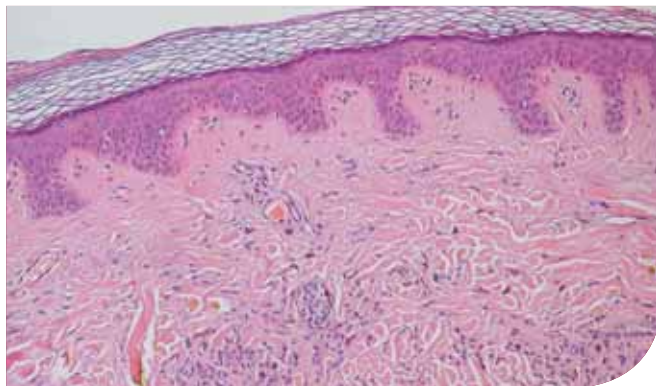


La estabilidad matrimonial está vinculada con la supervivencia del ictus

Las personas que tienen un matrimonio estable y nunca se han divorciado o se han quedado viudas registran mejores perspectivas de supervivencia después de sufrir un accidente cerebrovascular, según se detectó en una nueva investigación que se publica en 'Journal of American Heart Association', la revista de acceso abierto de la Asociación Americana del Corazón/Asociación Americana de Accidentes Cerebrovasculares. Aunque estudios previos han demostrado que el apoyo social, como el matrimonio, puede tener un impacto significativo en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, la influencia del estado civil en la supervivencia del accidente cerebrovascular en adultos no se entiende bien, según los autores de este trabajo. Los investigadores encontraron que los riesgos de morir después de un accidente cerebrovascular fueron un 71 por ciento mayores para los adultos que nunca se casaron en comparación con los adultos que estaban casados. Para los pacientes divorciados o viudos, los riesgos de fallecer tras un accidente cerebrovascular fueron un 23 por ciento y un 25 por ciento mayores, respectivamente, que los adultos casados. En los pacientes divorciados o que se habían quedado viudos más de una vez, los riesgos de morir después de un accidente cerebrovascular fueron un 39 por ciento y 40 por ciento mayores, respectivamente, que en los adultos casados. No hubo evidencia de que los resultados difirieran significativamente entre hombres y mujeres o por raza o etnia. El análisis de los datos sugiere que algunos de estos riesgos están influenciados por diferencias en los factores psicológicos y sociales, como la falta de niños, el apoyo social limitado y los síntomas depresivos, que pueden haber impedido la recuperación después de un accidente cerebrovascular. Múltiples pér-

didias maritales en la vida de una persona fueron especialmente perjudiciales para la recuperación, independientemente del estado civil actual ■

Un tratamiento tópico puede servir para evitar la cirugía frente al carcinoma basocelular



Investigadores de la Universidad de Nottingham (Reino Unido) han observado que el uso de una crema utilizada para tratar lesiones de la piel, el imiquimod, puede convertirse en un prometedor tratamiento contra el carcinoma basocelular, el cáncer de piel más frecuente, que se utilice como alternativa a la cirugía. En concreto, el trabajo que publica la revista 'Journal of Investigative Dermatology' analizó el uso de esta crema para tratar lesiones de bajo riesgo durante cinco años en los que observaron que lograba evitar la recurrencia de estos tumores. El progresivo envejecimiento de la población está propiciando un aumento de las tasas de estos tumores, que crecen a un ritmo alarmante de un 10 por ciento cada año. Actualmente el tratamiento de estos tumores precisa de cirugía para extirparlos, en las que participan un dermatólogo y un cirujano plástico, por lo que este hallazgo permitiría reducir los costes de su tratamiento en los casos menos graves. Un estudio previo había analizado la eficacia del imiquimod durante tres años, logrando una tasa de éxito del 83,6 por ciento en comparación con el 98,4 por ciento que se obtiene con la cirugía tradicional. Y, según han visto ahora, en los dos años siguientes el éxito se mantiene en el 82,5 por ciento de los pacientes tratados con la crema, frente al 97,7 por ciento de los que fueron operados. "Aunque la tasa de respuestas completas es claramente inferior a la cirugía, ha demostrado ser un tratamiento clínicamente útil ya que puede prescribirse en Atención Primaria y muchos pacientes pueden preferirlo antes de operarse", ha reconocido Hywel C. Williams, autor de la investigación ■



El abuso del alcohol aumenta el riesgo de infarto

Investigadores de la Universidad de California en San Francisco (Estados Unidos) han constatado que el consumo abusivo de alcohol eleva el riesgo de infarto de miocardio y otros problemas cardiovasculares, incluso en quienes no tienen antecedentes familiares de una enfermedad cardíaca o presentan otros factores de riesgo conocidos. En concreto, según los resultados publicados en la revista 'Journal of the American College of Cardiology', después de tener en cuenta el tabaquismo, la obesidad o la diabetes vieron que sólo el abuso de alcohol aumentaba un 40 por ciento el riesgo de tener un infarto. Asimismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas también se asoció a un riesgo dos veces mayor de fibrilación auricular mientras que el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva, un trastorno crónico del bombeo de corazón, era 2,3 veces mayor. A pesar de que algunas investigaciones previas han vinculado el consumo ocasional o incluso diario con una mejor salud del corazón, estos hallazgos deberían poner fin a cualquier creencia errónea de que con mayores consumos el beneficio sea mayor, según ha defendido Gregory Marcus, principal autor del estudio. "Hemos demostrado que no

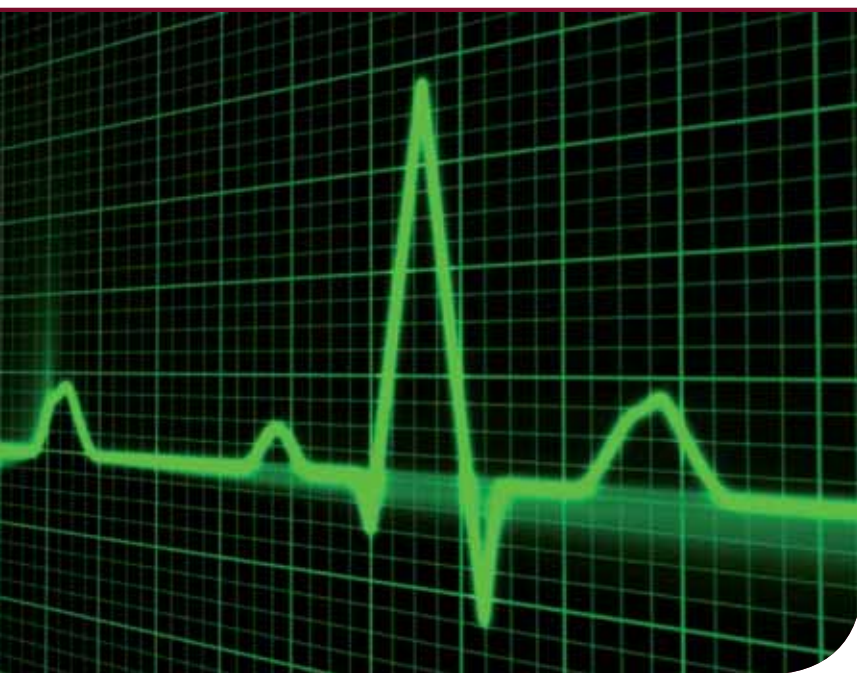
sólo el consumo excesivo de alcohol aumenta sustancialmente el riesgo de fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca, sino también el de sufrir un infarto, el único fenómeno que los datos anteriores han sugerido que podría ser mitigado por el consumo moderado de alcohol", ha añadido ■

Las personas con traumatismo cerebral tienen dos veces más probabilidades de ir a la cárcel

Las personas con traumatismo cerebral tienen 2,5 veces más probabilidades de ser encarcelados, según un estudio



realizado por la doctora Flora Matheson del Centro de Soluciones de Salud Urbana del Hospital St. Michael (Canadá) y un científico adjunto en el Instituto de Ciencias Evaluativas Clínicas, y que ha sido publicado en 'CMAJ Open'. Para alcanzar esta conclusión, los investigadores analizaron a 1,42 millones de adultos de entre 18 y 28 años de edad por su alto riesgo en sufrir una lesión cerebral. De esta forma, comprobaron que de las 77.519 personas con antecedentes de lesión cerebral, 402 fueron encarceladas, lo que fue más del doble de los que no tenían antecedentes de esta enfermedad. Además, los investigadores encontraron que el encarcelamiento fue 2,47 veces mayor en hombres que habían sufrido una lesión cerebral traumática antes de ser encarcelados en un centro penitenciario, en comparación con los hombres que no lo habían hecho. Para las mujeres el riesgo fue de 2,76 mayor en las que habían padecido esta lesión. Los estudios sugieren que la lesión axonal generalizada contribuye a muchos de los problemas de larga duración con el aprendizaje, la memoria y el movimiento comúnmente asociado con lesiones en la cabeza, además de que productos de desecho molecular se acumulan en el cerebro después de una lesión craneal ■



Evidencia científica

Estadísticas

Literatura

Artículos

Vídeo Paciente

Situaciones clínicas

Teatro

Animaciones

Películas

Storytelling

Anclaje del mensaje

Memorabilidad

Cambio de comportamiento

Resultados
de estudios

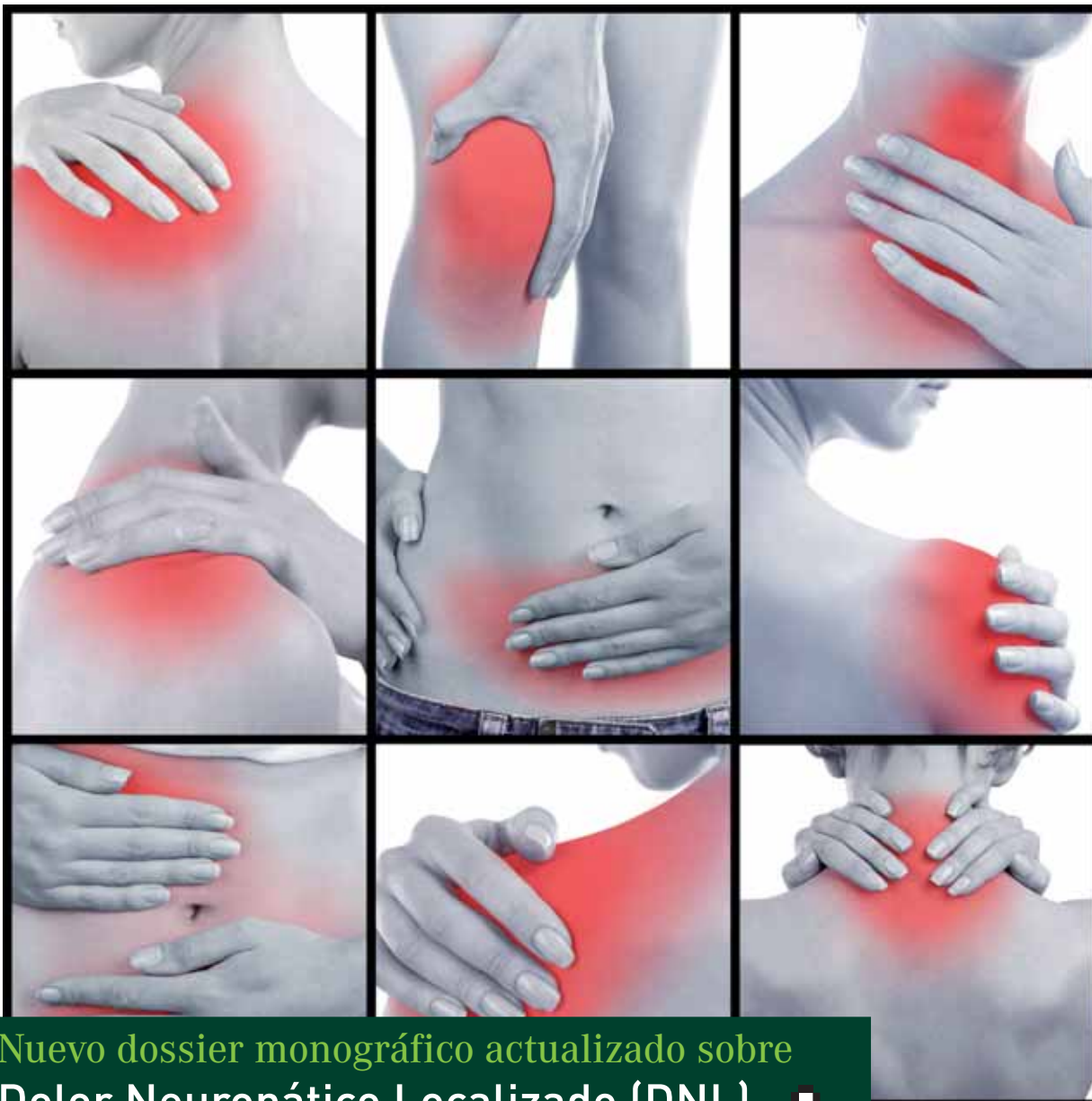
Farmacoeconomía

Mecanismo de acción

Calidad
de vida

Documentales

Teasers



Nuevo dossier monográfico actualizado sobre Dolor Neuropático Localizado (DNL)

Elaborado por:
Alejandro Ortega Romero
Responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Monográfico
Asepeyo de Traumatología y Rehabilitación, en Coslada (Madrid)

Juan Vicente Peralta Molero
Adjunto al Servicio de Traumatología
en el Hospital Universitario Infanta Leonor, en Madrid

Descárguelo de forma gratuita en

<http://actualizaciones.elmedicointeractivo.com/dnl>



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid



STORYTELLING

**tu
aliado
en
todos
tus
proyectos**

**COLABORACIÓN
CON SOCIEDADES**

**DOCUMENTACIÓN E
INFORMACIÓN
CIENTÍFICA**

COMUNICACIÓN

HUMANIDADES

**ACTIVIDADES
PRESENCIALES**

FORMACIÓN

HERRAMIENTAS

INVESTIGACIÓN

saned.
GRUPO

Nuestra meta es la excelencia, conseguir la satisfacción del cliente; porque la calidad es muy importante, pero el éxito solo se logra cuando el proyecto alcanza el objetivo fijado.

Después de más de 30 años desarrollando nuestra labor de formación e información al colectivo sanitario, aportando las últimas novedades y tendencias al complejo mundo del marketing farmacéutico, nos llega una nueva ilusión, un nuevo reto: acercarnos al mercado internacional.

Todavía tenemos mucho que aprender, pero también mucho que aportar.

Tu éxito es nuestro éxito.



FORMACIÓN

La formación continuada constituye una herramienta fundamental para el profesional sanitario y es una preocupación ampliamente asumida por este colectivo. Desde su fundación en 1981 **Grupo SANED** ha desarrollado y tramitado la acreditación de más de 500 cursos de formación dirigidos a gestores sanitarios, profesionales médicos y farmacéuticos.



COMUNICACIÓN

Desde sus inicios, y ante el indudable papel de las revistas científicas y profesionales como transmisoras de conocimientos, **Grupo SANED** ha dedicado gran parte de su actividad a la edición de publicaciones periódicas, dirigidas a diferentes profesionales sanitarios, tanto en papel como en formato electrónico accesible vía web.



DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN CIENTÍFICA

Conscientes de la importante contribución que un buen servicio de información puede ofrecer a la práctica médica, se ha desarrollado un amplio conjunto de productos que proporcionan una satisfactoria ayuda al profesional en su labor asistencial.



HERRAMIENTAS

El compendio de nuevos vocablos, siglas, fechas de realización de congresos y reuniones, y recursos disponibles en internet sobre las distintas especialidades, así como servicios para la defensa de los intereses del profesional de la Medicina, hace que este no tenga que destinar parte de su tiempo a la búsqueda de recursos generales, que aquí se le ofrecen de manera ordenada y en formatos atractivos.



COLABORACIÓN CON SOCIEDADES

De la relación consolidada y fluida que existe entre **Grupo SANED** y numerosas sociedades científicas ha surgido un número importante de colaboraciones, avaladas por dichas sociedades y sometidas a los organismos oficiales de acreditación, que aportan rigor y garantía a nuestros contenidos editoriales (boletines, documentos de consenso, vías clínicas, SEMERGEN DoC...), reuniones y congresos, etc.



INVESTIGACIÓN

La necesidad de la industria farmacéutica de realizar estudios de todo tipo en el área sanitaria nos ha permitido desarrollar, junto a las sociedades científicas con las que colaboramos, numerosos estudios que son publicados con posterioridad en soportes generales y especializados. El éxito está basado en el control global del proyecto, que incluye desde el diseño del mismo en colaboración con los comités, hasta su difusión final.



HUMANIDADES

La profesión médica históricamente se ha encuadrado entre aquellas en las que sus miembros han dedicado una parte importante de su tiempo y de sus esfuerzos a asuntos humanísticos al margen de su profesión. Además, numerosas disciplinas tienen un punto de conexión con la Medicina, como la Historia, el Arte, la Literatura, la Sociología o la Ética, entre otras, que atraen al médico curioso y preocupado por su formación intelectual.



STORYTELLING

Storytelling es el arte interactivo de usar palabras y acciones para revelar los elementos e imágenes de una historia, fomentando al mismo tiempo la imaginación de nuestro interlocutor. No es solo persuadir hablando de las características y virtudes de un concepto, sino que el objetivo es conectar con la parte emocional del receptor, consiguiendo un mayor anclaje del mensaje y cambios de comportamiento. "Debemos diferenciarnos **NO** mediante **QUÉ** decimos sino mediante **CÓMO** lo decimos".



ACTIVIDADES PRESENCIALES

Grupo SANED en colaboración con diferentes entidades nacionales e internacionales desarrolla programas de formación en habilidades inter/intrapersonales y directivas ligadas al ejercicio de la profesión en el ámbito sanitario. El objetivo de esta formación es trabajar las habilidades que ayuden a mejorar las relaciones y la gestión dentro de las organizaciones sanitarias, potenciando las competencias de las personas participantes y el crecimiento de estas organizaciones.



ON-LINE

La Medicina en la red

■ www.institutoaguaysalud.es

El Instituto de Investigación Agua y Salud (IIAS) quiere concienciar y sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de conocer el origen y la calidad del agua que se ingiere, de manera que se pueda garantizar una correcta hidratación en cualquier momento y lugar.

La *web* ofrece consejos y pautas para una hidratación sana y natural en cada etapa de la vida: en la infancia, en el embarazo o para los mayores. También en las diferentes actividades que se desarrollan en el día a día: durante la actividad física, en el estudio o durante la conducción. Todo ello a través de informes científicos, opinión de expertos, infografías y vídeos.



Asimismo, la *web* cuenta con una sección de Campañas Divulgativas realizadas por el IIAS como las campañas: “Somos Agua”, dirigida a centros educativos, a través de materiales educativos para alumnos de 8 a 10 años y profesores; “Golpes de Calor”, con el objetivo de prevenir las consecuencias derivadas de la exposición a altas temperaturas; “Envejecimiento Activo”, que pretende concienciar acerca de la importancia de mantener una hidratación adecuada como uno de los requisitos fundamentales para un envejecimiento activo y saludable ■

■ www.utiproplus.es

Ferrer ha lanzado este nuevo espacio digital donde se puede encontrar información sobre las infecciones de orina, una descripción detallada del producto y una serie de medidas saludables para prevenir esta problemática. Algunos de estos consejos son beber muchos líquidos, evitar el alcohol y la cafeína, orinar cada tres o cuatro horas y tras la actividad sexual, no utilizar jabones fuertes ni productos que contengan perfumes y evitar pantalones apretados.

La infección urinaria es un problema de salud que afecta mayoritariamente a las mujeres, debido a las diferencias anatómicas con



respecto al hombre, principalmente, por tener una uretra más corta. Por tanto, los agentes patógenos acceden con más facilidad a la vejiga de la mujer, donde causan esta infección ■

■ <http://www.fundaq.org/>



La Fundación Ad Qualitatem ha lanzado una nueva página web más sencilla e intuitiva. El nuevo espacio ha reforzado el contenido original potenciando tres de sus servicios principales: la normalización, la certificación y la formación. Respecto a los dos primeros, la Fundación ha ampliado el abanico de sellos de calidad, tanto los propios como los desarrollados en colaboración con otras entidades y, por ende, su labor de certificación. Respecto al apartado formativo, la Fundación cuenta con más de una decena de cursos programados para los últimos meses del año con temáticas como los requisitos de la ISO 9001:2015, el papel del auditor interno de calidad o la gestión del *compliance* y todos ellos con relación al sector sociosanitario ■

■ www.topicsintheair.com

Para analizar los distintos puntos de vista y avanzar en la formación de los profesionales de una forma distinta, ‘Topics in the Air’ se trata de una iniciativa impulsada por Esteve. Con una *app* gratuita para iOS y Android y la *web* asociada

Spiraxin®

(rifaximina-α)



www.topicsintheair.com, dos expertos defienden posturas antagónicas sobre un mismo tema y, luego, los profesionales votan la más afín a su opinión.

En la app, que se puede descargar de forma gratuita desde Apple Store y Google Play para iOS y Android, el médico puede ver los vídeos sobre el *topic* vigente, votar qué postura prefiere y visualizar los resultados en tiempo real ■

www.comcuenca.es

El sitio web del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca tiene un triple objetivo: conseguir renovar la imagen y los contenidos del Colegio en internet, cumplir una función informativa ofreciendo una vía de acceso a las últimas noticias relacionadas con la actividad colegial y sanitaria, y ser más accesible tanto para el colegiado como para los ciudadanos.

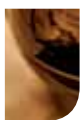


El portal es el canal principal por el que se emiten contenidos desde el Colegio de Médicos de Cuenca. Sirve para alojar la información que después se hace llegar a los colegiados a través de los distintos medios de comunicación de los que dispone el Colegio. En la parte superior derecha, se pueden encontrar los enlaces de acceso a las redes sociales de la institución. Si se sigue descendiendo por la página inicial aparecen los menús del portal que llevan a los apartados de Noticias, Colegio, Documentación, Área de colegiados y Contacto. ■

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión 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 hiperamonemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** **Posología:** 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. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** No hay datos disponibles sobre el uso de Rifaximina en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Rifaximina en niños menores de 12 años de edad. **Forma de administración:** Vía oral. La Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. Spiraxin 200 mg comprimidos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, derivados de la rifamicina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida la Rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de Rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en caso 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 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 norgestimat. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. Sin embargo, los cambios de la flora intestinal durante el tratamiento con antibióticos pueden tener un efecto en la circulación enterohepática de los estrógenos, con una posible disminución de las concentraciones plasmáticas de estrógenos que podría afectar el control de la natalidad. Se recomienda el uso de medidas anticonceptivas adicionales, particularmente si el contenido de estrógenos está por debajo de 50 µg. La Rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de la administración de carbón activo. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de Rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos o indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Spiraxin 200 mg comprimidos durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la Rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** En ensayos clínicos se ha notificado mareo y somnolencia, pero la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **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. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipoestesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo, dolor de oído. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hemoquecia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiriuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, exantema, quemaduras solares. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductivo y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: ardor esofágico, edema en cara, edema en laringe, presíncope, síncope, hipersensibilidad, agitación, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada, dermatitis exfoliativa, infección por bacterias del grupo *Clostridium* (*C. difficile*), trombotocopenia, reacciones anafilácticas (incluido shock anafiláctico), anomalías en la Relación Normalizada Internacional (NRI) y anomalías en las pruebas de función hepática. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200 mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en casos de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Carboximetilcelulósico sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Silice coloidal anhidra, Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC/PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 comprimidos. **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:** Octubre 2016

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de solución contiene 250 microgramos de Fluocinolona Acetónido. Cada ampolla con 0,40 ml de solución contiene 100 microgramos de Fluocinolona Acetónido. Excipientes: Polisorbato 80, glicerol, povidona K90F, ácido láctico, hidróxido sódico 1N, agua purificada. **FORMA FARMACÉUTICA:** Gotas óticas en solución. Solución acuosa transparente. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Ekzem contiene un corticoide de potencia baja media indicado para el tratamiento del eccema ótico en adultos con la membrana timpánica intacta. **Posología y forma de administración:** Vía ótica. Posología: Aplicar el contenido de una ampolla dentro del oído afectado, dos veces al día durante siete días. *Población pediátrica:* No se ha estudiado el uso de Fluocinolona Acetónido en niños y adolescentes. No se recomienda utilizar este medicamento en estos subgrupos de población. **Forma de administración:** El paciente debe inclinar la cabeza hacia un lado de forma que el oído afectado quede hacia arriba, y después se debe aplicar todo el contenido de la ampolla. Tirar del lóbulo de la oreja cuatro veces para facilitar la penetración del medicamento dentro del canal auditivo. Mantener esta posición durante un minuto. Repetir la operación, en caso necesario, en el otro oído. Es recomendable calentar el frasco antes de su utilización manteniéndolo en la palma de la mano durante algunos minutos. Esto evitará la sensación de incomodidad cuando la solución fría entre en contacto con el oído. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo Fluocinolona Acetónido, a otros corticoides o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Ekzem es solo para uso ótico. No se debe utilizar por vía oftálmica ni para inyección o inhalación. El tratamiento con Ekzem debe interrumpirse si aparece una erupción cutánea o cualquier otro signo de hipersensibilidad local o sistémica. En presencia de infecciones óticas concomitantes, se debe usar un agente antimicótico o antibacteriano apropiado. Si no se produce una respuesta favorable rápidamente, se debe suspender el tratamiento con Fluocinolona Acetónido hasta que la infección se controle adecuadamente. Este medicamento debe usarse en la menor dosis posible y solo durante el tiempo estrictamente necesario para conseguir y mantener el efecto terapéutico deseado. Los glucocorticoides no deben utilizarse para el tratamiento del eccema ótico húmedo. General: En algunos pacientes sometidos a tratamiento tópico con corticosteroides se ha notificado supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) con dosis superiores a 2 gramos (aproximadamente 1.000 veces la dosis máxima de Ekzem). Sin embargo, no se ha descrito supresión del eje HHA después de la administración por vía ótica de corticoides. Teniendo en cuenta la baja dosis total de principio activo administrada tras el tratamiento con Ekzem, es improbable que la absorción sistémica de Fluocinolona Acetónido pueda causar cambios significativos en los niveles de cortisol. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: Los corticosteroides han demostrado ser teratogénicos en animales de laboratorio cuando se administran por vía sistémica en dosis relativamente bajas. Los corticosteroides más potentes han demostrado ser teratogénicos tras una aplicación dérmica en animales de laboratorio. No hay estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas sobre los efectos teratogénicos de los corticosteroides aplicados por vía tópica. Por tanto, los corticosteroides tópicos solo deberían utilizarse durante el embarazo si el beneficio derivado del tratamiento justifica el riesgo potencial para el feto. En pacientes embarazadas, no deberían utilizarse en zonas extensas, en altas concentraciones o durante periodos de tiempo prolongados. Lactancia: Los corticosteroides administrados sistémicamente se secretan a través de la leche materna y pueden afectar el crecimiento, interferir con la producción endógena de corticosteroides o causar otros efectos adversos. No se sabe si la administración tópica de

corticosteroides puede dar lugar a una absorción sistémica suficiente para producir cantidades detectables en la leche humana. Debido a que muchos fármacos se secretan en la leche humana, se debe tener precaución cuando se administre Ekzem a una mujer lactante. Fertilidad: No se han llevado a cabo estudios con animales para evaluar el efecto de la Fluocinolona Acetónido tópica sobre la fertilidad. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: La influencia de Ekzem sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se han utilizado las siguientes terminologías (según MedDRA) a fin de clasificar la frecuencia de las reacciones adversas: 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 ($<1/10.000$), desconocida (no puede estimarse a partir de los datos de que se dispone). *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* Frecuentes: sensación de ardor, sequedad en el sitio de aplicación, prurito en la zona de administración. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:* Frecuentes: prurito, irritación de la piel. Poco frecuentes: foliculitis, acné, decoloración de la piel, dermatitis, dermatitis de contacto. Raras: atrofia cutánea, estrías en la piel, eritema por calor. *Trastornos del oído y del laberinto:* Frecuentes: molestia en el oído, trastorno del oído. *Infecciones e infestaciones:* Raras: infección. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada 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:** Los corticoides aplicados por vía tópica pueden absorberse en cantidades suficientes para producir efectos sistémicos (ver sección “Advertencias y precauciones especiales de empleo”). En caso de ingesta accidental del preparado, deberían llevarse a cabo medidas rutinarias como el lavado gástrico. No hay un antídoto específico para casos de sobredosis con Fluocinolona Acetónido. Los pacientes deben ser tratados sintomáticamente. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar por debajo de 25°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Desechar 3 meses después de abrir el sobre protector. Desechar la ampolla después de la administración. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial para su eliminación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios SALVAT, S.A. Gall, 30-36. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona (España). **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2015. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidos, 30 ampollas. C.N. 707333 PVP s/IVA: 7,51€; PVP IVA: 7,81€. Con receta médica. Financiado por el SNS. Aportación normal.



SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Neurología

EM historia. La Esclerosis Múltiple a través de los tiempos

Coordinador: J. J. Ruiz Ezquerro

Un total de 17 autores han participado en la elaboración de la obra, patrocinada por Merck, que comprende aspectos clínicos, epidemiológicos, etiopatogénicos, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, todos ellos tratados y desarrollados desde el punto de vista histórico.



El último de los apartados del libro está dedicado a analizar la evolución histórica de las diversas opciones terapéuticas utilizadas en la enfermedad, desde el abordaje de los brotes y los diferentes tratamientos sintomáticos hasta las opciones de terapias modificadoras del curso de la patología.

Los especialistas estiman que unos 45.000 pacientes padecen esta enfermedad de origen autoinmune en Es-

paña. A pesar de que hoy en día no existe cura para la esclerosis múltiple, cada vez se controla mejor con la ayuda de fármacos modificadores del curso de la enfermedad, que logran reducir el número, la frecuencia y la intensidad de los brotes y la cantidad y el volumen de lesiones que aparecen en el cerebro ■

Anatomía de la mente. Emoción, cognición y cerebro

Autor: Luis Carretié Arangüena

Ayudada en numerosas ilustraciones y enlaces a Internet, esta obra está dirigida a lectores interesados en conocer el funcionamiento del cerebro. En la primera parte, describe cómo acceder a la actividad mental, cómo hacerla visible y cómo estudiarla experimentalmente. En la segunda, se exponen los principales resultados difundidos hasta el momento en torno a la anatomía de la emoción y la cognición (atención, memoria, lenguaje, consciencia, procesos ejecutivos, toma de decisiones y creatividad). La mente humana es tremendamente compleja, pero la aparición de técnicas que permiten observar cómo actúa el cerebro en vivo, así como la aplicación de sofisticados métodos de investigación psicológica, están comenzando a bosquejar la arquitectura de la mente. Luis Carretié es catedrático de Psicobiología en la Universidad Autónoma



de Madrid y coordina el grupo de investigación "Cerebro, Afecto y Cognición", que cuenta con investigadores de distintas universidades y centra su actividad en el estudio de las bases neurales de los procesos cognitivos y emocionales ■

Atención Primaria

Médicos de Familia, médicos de personas

Editores: Antonio Otero, Verónica Casado y Julio Martínez



Este libro recoge la visión de seis médicos de Familia con la que pretenden contribuir a comprender el pasado, presente y la perspectiva de futuro de la Atención Primaria y Medicina de Familia en España.

Aborda las claves que afectan a los médicos de Familia y su entorno de trabajo desde diversas perspectivas: competencias y formación de los médicos de Familia, la Medicina Rural, la evolución desde el médico de cabe-

cera al especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y la relación entre la Atención Primaria y la Especializada.

La obra ha sido editada por los Médicos de Familia, los doctores Antonio Otero y Verónica Casado, junto con Julio Martínez, de la editorial Fuente de la Fama, quien como paciente ha querido poner en valor el trabajo y el compromiso de los médicos de Atención Primaria con los ciudadanos ■

Educación para la salud

Artículos Saludables

Publicado por: Colegio de Médicos de Guadalajara

Esta obra recopila más de cien artículos divulgativos sobre salud publicados en Nueva Alcarria entre los años 2013 y 2015 y escritos por treinta médicos, todos ellos colegiados en Guadalajara, y que han colaborado de manera altruista en la redacción de los artículos.

Entre los médicos que han colaborado, se encuentran médicos de Familia, psiquiatras, otorrinolaringólogos, ginecólogos, traumatólogos, oftalmólogos, cirujanos y pediatras. El libro homenajea al Dr. Ramón Ochoa, impulsor de la iniciativa que falleció antes de que se imprimiera. Su artículo 'El Médico como paciente' aparece el primero ■





EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A.
SEGUNDO MEJOR
VALORADO DEL SECTOR

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016
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



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síganos en



A.M.A. MADRID

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 amacentral@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)

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

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada