



Entrevistas

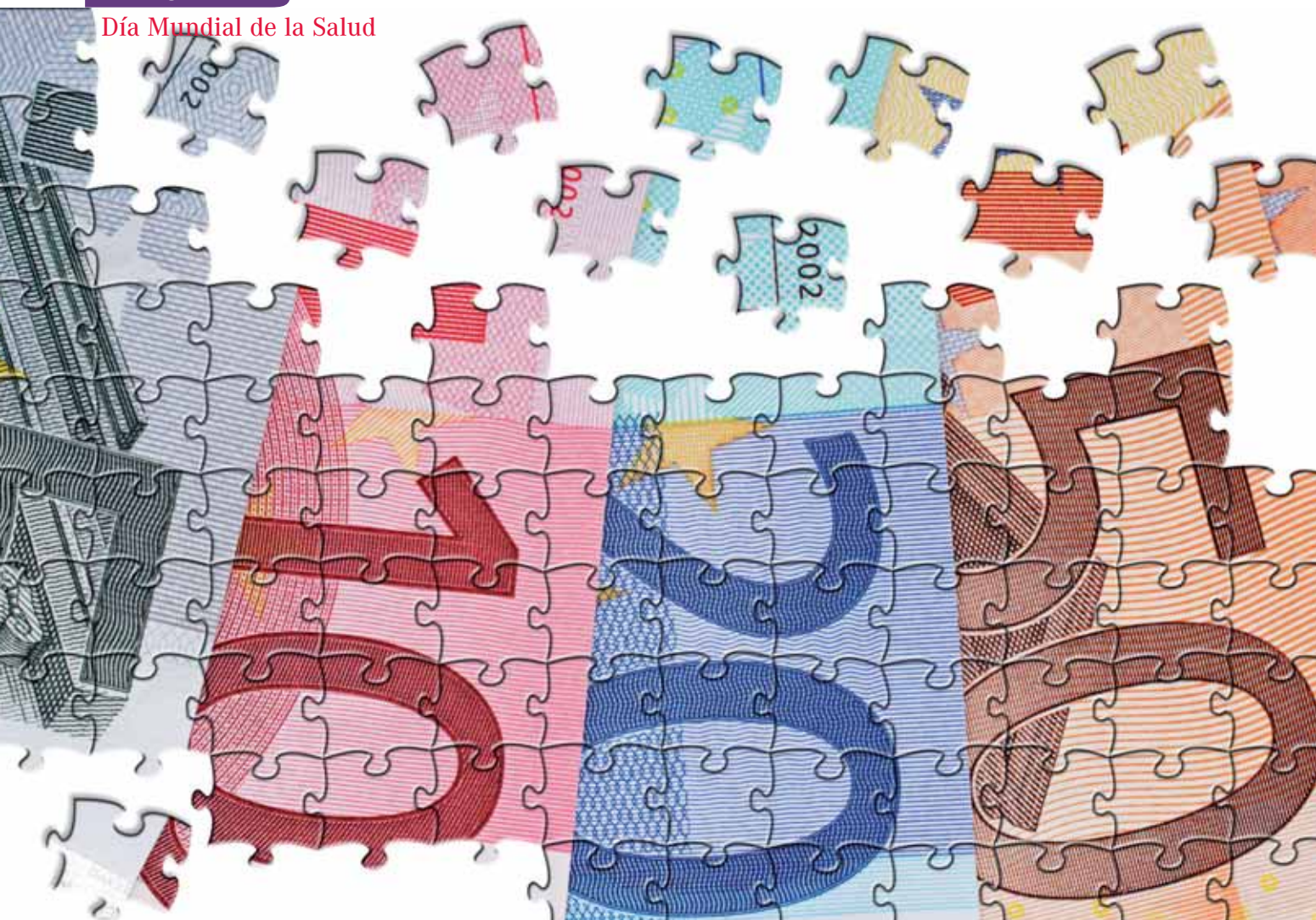
Carmen de Aragón,
presidenta
de la Comisión
de Sanidad del Senado

José Martínez Olmos,
portavoz del PSOE
en la Comisión
de Sanidad del Senado

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

Radiografía a...

Día Mundial de la Salud



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



Responsabilidad
Civil Profesional
más de

20

AÑOS

*Asegurando
su Tranquilidad*

LLEVAMOS
MÁS DE
20 AÑOS
ASEGURANDO
EL EJERCICIO
PROFESIONAL DE
QUIENES EJERCEN
LA SANIDAD

En A.M.A. aseguramos su tranquilidad profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

A.M.A. MADRID (Central)
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

EN PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud



La inestabilidad política, consecuencia de una mayor fragmentación de partidos, está dejándose sentir en estos primeros meses de 2017 en todos los niveles de la Administración Pública, cuyo mayor exponente en el momento de redactar este reportaje es la carencia de presupuestos generales. De modo que sin aún haberse aprobado estos, las Autonomías han tenido que hacer frente a sus propias cuentas con las dudas que genera que el Estado no las tenga aún aceptadas.

6

ENTREVISTAS

Carmen de Aragón

Presidenta de la Comisión de Sanidad del Senado

18



Tomasa Centella Hernández

Presidenta la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular

38



José Martínez Olmos

Portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Senado

24



Javier Urcelay

Director General Shire

44

RADIOGRAFÍA A...

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2017

Quando hablar de la depresión forma parte de su solución

Como cada 7 de abril, para celebrar su fundación, la OMS promueve el "Día Mundial de la Salud", que este año tiene como objetivo concienciar a la sociedad en general, y a las autoridades sanitarias en particular, sobre la trascendencia de la depresión. Además se pretenden impulsar iniciativas para prevenir esta enfermedad y reducir su estigmatización social.

32



SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



Profesionalización, clave para avanzar en la eficacia y eficiencia del sistema
50

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Manuel Tordera, director general de Salud Pública de Castilla-La Mancha y vocal de SEDAP
56

REPORTAJE



Superhéroes llegan a los hospitales para ayudar a los niños a luchar contra el cáncer
62

ENTREVISTA



Marta Pulido
Editora Médica
68

OTROS TEMAS

Instantánea Médica 74
Publicaciones 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.

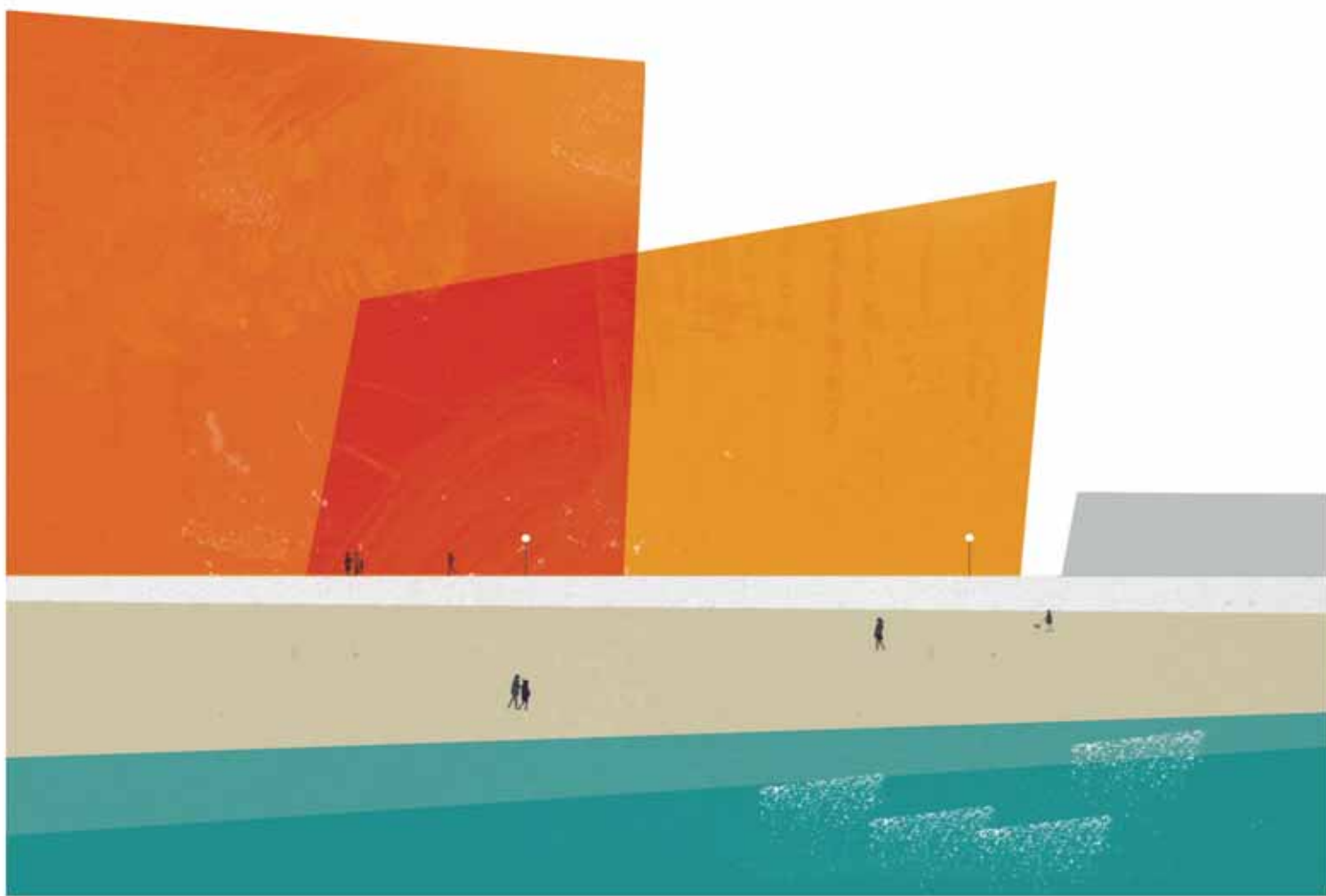
© Copyright 2017. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, 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.



CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo

sanse.semng.net



Secretaría Técnica

Medgen, S.A.
Paseo Imperial, 10-12. 1ª planta
28005 Madrid

Tel.: +34 91 364 41 20
Fax: +34 91 364 41 21
congresos_semng@semng.es



SEMNG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



e1e

PRESUPUESTOS PARA 2017

Las
CC.AA.
van
sus cuentas
en
salud

Texto | Nerea Garay



REPORTAJE DE PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

La inestabilidad política, consecuencia de una mayor fragmentación de partidos, está dejándose sentir en estos primeros meses de 2017 en todos los niveles de la Administración Pública, cuyo mayor exponente en el momento de redactar este reportaje es la carencia de presupuestos generales. De modo que sin aún haberse aprobado estos, las Autonomías han tenido que hacer frente a sus propias cuentas con las dudas que genera que el Estado no las tenga aún aceptadas. En Sanidad 14 CC.AA. ya han aprobado sus propias cuotas de gasto sanitario, otras dos, Madrid y País Vasco, los tienen presentados y en trámite de negociación para su aprobación, mientras Castilla y León negoció una “prórroga blanda” de los anteriores. En esos presupuestos ya hay algunas líneas generales que se pueden destacar; por ejemplo que solo cinco CC.AA. mejoran en 2017 su presupuesto sanitario de 2010.

L ogran casar el aumento del gasto sanitario con un déficit controlado es el anhelo indisimulado de todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Un deseo de todos los eneros que resulta difícilmente cumplible a finales de año. Sin saber aún el techo del gasto presupuestario ni el marco fiscal para elaborar los presupuestos, el Gobierno andaluz fue el primero en dar su visto bueno a un aumento del

5,5 por ciento en las cuentas para salud, llevándolo hasta los 9.304,7 millones de euros, casi 480 millones más que el pasado año.

Navarra y Baleares también han avanzado en un gasto expansivo por encima de los límites de los objetivos de estabilidad presupuestaria. Más moderados, pero igualmente por encima del crecimiento previsto del 2,5 por ciento en 2017, son los aumentos del gasto recogidos por las Comunidades de Valencia y Canarias. Pero el impacto presupuestario de las cuentas dependerá del margen de maniobra fiscal que tengan las CC.AA. en 2017.

Por de pronto, el ministro de Hacienda ya adelantó una reducción del techo de gasto de 5.000 millones de euros, sin olvidar el ajuste adicional de 5.500 millones marcado por Bruselas para cumplir el objetivo de déficit del 3,1 por ciento a lo largo de

este año. Frente a la presiones de los Ejecutivos autonómicos, el Ministerio de Hacienda ya les ha advertido que no dispondrán de los 7.432 millones de euros del fondo de liquidez extra que tuvieron el pasado año y que les permitió subir el gasto en Sanidad y Educación.

Por su parte, los responsables autonómicos coinciden al justificar el aumento del gasto sanitario en la necesidad de reducir las listas de espera, invertir en personal sanitario e infraestructuras para “seguir ofreciendo una Sanidad de calidad”.

Mientras, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) en su informe “Los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas para 2017” refleja que solo cinco comunidades mejoran su partida presupuestaria para Sanidad este año con respecto a 2010. Asimismo, la Federación pone de manifiesto que los presupuestos autonómicos “son un exponente de su preocupación por el sistema sanitario público, ya que el actual modelo de financiación autonómico al hacer transferencias globales a cada comunidad autónoma para atender todas las competencias recibidas, permite a éstas trasladar a los presupuestos su interés por la Sanidad, y a la vez, abre entre ellas un abanico variable de financiación por habitante y año”.

Tal y como indican desde la FADSP, en las 14 Comunidades con presupuestos se produce un incremento, aunque modesto, sobre los de 2016, pero solo cinco de ellas —Asturias, Baleares, Cantabria, Valencia y Navarra— superan los de 2010, que fue el momento del mayor presupuesto per cápita destinado a Sanidad Pública. Además, del informe se desprende que la Comunidad con menor presupuesto per cápita sigue siendo Andalucía y las de mayor la Comunidad floral de Navarra y el País Vasco. “La diferencia entre el máximo y el mínimo sigue siendo muy exagerada, de 527,01 euros por habitante y año”. Por ello, la FADSP recomienda que ahora que se va a negociar la financiación de las comunidades autónomas, “sería el momento idóneo para incrementar la financiación sanitaria y hacerla finalista con el objetivo de paliar estas abultadas desigualdades”.

Las 14 CC.AA. que han presentado los presupuestos, los aprueban con incremento, aunque muy modesto, con respecto a los de 2016

ANDALUCÍA

Renovación de la AP y una OPE de 2.500 plazas

El departamento de Sanidad de la Junta de Andalucía contará en 2017 con un presupuesto de 9.304,7 millones de euros, lo que supone un aumento cercano al 5,5 por ciento con respecto al año anterior (479,3 millones sobre 2016), para garantizar el “compromiso inquebrantable” con una Sanidad pública, universal e innovadora, según el responsable de la conseje-



ría de la Junta, Aquilino Alonso, quien subraya el incremento en las partidas de personal, en prestación de servicios y en inversiones e infraestructuras.

Por partidas, destaca el crecimiento del 2,74 por ciento en personal, que representa, con 4.361 millones, el 46,87 por ciento del total presupuestario del Departamento. También, los gastos corrientes y servicios crecerán un 14,20 por ciento, hasta los 2.367,5 millones de euros.

El mayor porcentaje del presupuesto se destina al Servicio Andaluz de Salud (SAS), que en 2017 dispondrá de 8.578,7 millones de euros, 449,6 más que el presente año. La partida de personal, con 4.252,2 millones, recibe el mayor porcentaje del presupuesto, un 49,57 por ciento, con un incremento de 97 millones respecto a 2016. El capítulo II asciende a 2.328 millones, un 27,1 por ciento del presupuesto, con un aumento del 283 millones.

Dentro de las líneas estratégicas de Salud se fortalecerá la AP, una prioridad de la Consejería, por lo que se incrementará su presupuesto en 123,9 millones, hasta alcanzar los 3.350 millones, y se seguirá avanzando en la implantación de la Estra-

tegia para continuar con la Renovación de la Atención Primaria en Andalucía.

Para avanzar en la mejora de la estabilidad de los profesionales, Salud de Andalucía publicará una nueva Oferta de Empleo Público con más de 2.500 plazas y se seguirán recuperando derechos laborales suspendidos durante la crisis por las políticas restrictivas del Gobierno de España. La recuperación de la jornada laboral de 35 horas semanales, el abono de la tercera cuota de la paga extra suspendida en 2012 y poder disfrutar nuevamente de los días adicionales de vacaciones en función del tiempo de servicios prestados a partir de 15 años, se encuentran entre los referidos derechos que se devolverán a los trabajadores sanitarios.

ARAGÓN

Nuevos Planes de Salud Mental y Altas Tecnologías

El consejero de Sanidad, Sebastián Celaya, ha explicado que en los presupuestos para 2017 se incluye un incremento del 6 por ciento, en torno a cien millones de

euros, que se suman al 12 por ciento de subida del año pasado.

La diputada popular Carmen Susín, critica que el departamento pase del 34,48 por ciento del total al 33,66 por ciento, ante lo que el consejero discrepa replicándole que la cifra es del 37 por ciento del total. Además, el Instituto Aragonés de Salud tendrá una partida de 35 millones para la construcción y mejora de infraestructuras. Celaya insiste en que el incremento ligeramente superior a cien millones de euros permite alcanzar los 1.900 millones, llegando casi a la dotación que se incluía en los presupuestos anteriores a la crisis.

El incremento sanitario en los Presupuestos para 2017 se escenifica, por ejemplo, en un aumento de la partida dedicada a la construcción del nuevo Hospital de Alcañiz. Si bien en el proyecto de 2016 se le adjudicó tres millones, en el nuevo documento presentado se prevén 11 millones, asegurando de alguna manera el inicio de su edificación. Por otra parte, para el Hospital de Teruel se dispondrá de 1,2 millones.

Otra de las apuestas de Sanidad será presentar el nuevo Plan de Salud Mental,



REPORTAJE DE PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

para el que destinará cinco millones de euros, y continuar con el Plan de Alta Tecnología con un presupuesto de 16,9 millones para 2017. Además, han previsto el gasto de 7,2 millones en vacunas y un millón de euros para acometer obras en los centros de salud de Zuera y Santo Grial.

CANARIAS

Fortalecer la plantilla y las sustituciones

Jesús Morera, consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, presenta un presupuesto para 2017 un 2,85 por ciento mayor que en el 2016, “aunque es insuficiente, porque solo cubre de manera parcial el déficit que acumula su área”, reconoce.

Durante el año 2017, el Servicio Canario de la Salud (SCS) dispondrá de 2.712 millones de euros, 75 millones más que en 2016. “Es el 40,56 por ciento del presupuesto global de la Comunidad Autónoma”, subrayan desde la Consejería. El capítulo correspondiente a Gastos de Personal recoge un incremento presupuestario notable con 51,09 millones de euros más hasta alcanzar los 1.349 millones. De modo que este capítulo supone el 49,72 por ciento del conjunto del presupuesto de la Consejería de Sanidad canaria. “Estos fondos tendrán como priori-

A destacar Valencia que en dos años ha elevado su partida sanitaria en casi 600 millones de euros, un 10 por ciento más que las últimas cuentas presentadas en 2015

dad los refuerzos de las plantillas y las sustituciones, así como la reducción de listas de espera a través de programas especiales de las gerencias sanitarias”, destacan. “Igualmente, se han asignado recursos económicos al presupuesto del Hospital de Fuerteventura para contratar refuerzos de los tres especialistas comprometidos durante este año, lo que per-

mitirá incorporar un segundo oncólogo, un anestesista y un radiólogo a lo largo de 2017”, añaden desde el departamento.

Destaca que destinarán 1.722 millones a Atención Especializada, 862,5 millones a Atención Primaria, 47,2 millones a Formación del Personal Sanitario (facultativo y enfermeros residentes) y 25,15 millones de euros a programas incluidos dentro de las acciones de Salud Pública.

CANTABRIA

Lucha contra las desigualdades y atención a la cronicidad

La consejera de Sanidad, María Luisa Real asegura que con el presupuesto de 2017 la Consejería de Sanidad incidirá en las líneas de acción fundamentales planteadas al inicio de la presente legislatura: lucha contra las desigualdades en salud, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad. Dispondrá para ello de 824,9 millones, un 2,38 por ciento más respecto al año pasado. Desglosada esta cuantía por secciones presupuestarias, al Servicio Cantabro de Salud (SCS) le corresponden 805,6 millones (un 2,34 por ciento más que en 2016) y a la Consejería de Sanidad 19,3 millones de euros, que supone un aumento de 3,72 por ciento.

Además, las nuevas cuentas permitirán continuar impulsando la renovación tecnológica en el Hospital Valdecilla, al que se destinarán casi 375 millones, que representan un incremento del 2,74 por ciento y casi la mitad de todo el montante del Servicio Cantabro de Salud (SCS). Real ha contextualizado las cifras de su departamento dentro de la situación económica actual, marcada por restricciones presupuestarias o techo de

gasto, pero valora la tendencia alcista iniciada en 2016 con un repunte del 2,15 por ciento tras el “raquítico” incremento del 0,26 por ciento registrado un año antes, el último del Gobierno del PP.

Dentro del SCS se han previsto distintas cuantías para la gestión centralizada de material sanitario y farmacia hospitalaria, en concreto 11 millones para servicios de terapias respiratorias domiciliarias, 21,5 para el laboratorio corporativo de los hospitales dependientes del SCS, 2,3 millones para el suministro de ropa quirúrgica estéril desechable, o tres millones para material fungible para bombas de perfusión.

La Consejería de Sanidad en sí dispondrá de 19,3 millones, un 3,7 por ciento más, de los que la mitad (9,1 millones) son para la Dirección General de Salud Pública, que experimenta un notable repunte del 7 por ciento. El resto se reparten entre la dirección de Asistencia Sanitaria (4,9 millones, un 0,2 por ciento más) y la Secretaría General (5,2 millones, un 1,5 más).

CATALUÑA

Revierde el recorte de 1.500 euros ejecutado entre 2010 y 2014

El consejero de Salud, Antoni Comín, defiende que los Presupuestos de Salud para 2017 revierten en un 37 por ciento el recorte de 1.500 millones de euros registrado entre 2010 y 2014 en Cataluña. Comín ha detallado que el presupuesto de 8.806 millones de euros supone 408,4 millones más con respecto a los de 2016.

Comín quiere destacar que su consejería “es la que más crece” en estos presupuestos, pero rechaza las críticas realizadas por los grupos de la oposición —por ejemplo, Catalunya Sí que es Pot/Cataluña Sí se Puede ha calificado estos presupuestos “de derechas”— que le reprochan que estos presupuestos “no son válidos para reducir el colapso que sufren las urgen-

cias" y que "son insuficientes para reducir las listas de espera". Les responde que "Los ciudadanos nos piden revertir los recortes y el mensaje que damos hoy es que el departamento de Salud está revirtiendo los recortes", aunque admitiendo que la mejora es insuficiente y que la voluntad es recuperar la pérdida causada por el ajuste y superar las cuentas de 2010.

El presupuesto para reducir listas de espera se ha reducido un 50 por ciento, pero Comín considera que el presupuesto de 45 millones es suficiente para activar el plan de choque, asegurando que la lista no se ha incrementado tanto como en años anteriores.

A pesar del aumento presupuestario de 400 millones el crecimiento en gastos de personal no es significativo porque se ha decidido dar prioridad a otros ámbitos sanitarios. Así, el aumento de la inversión en recetas y nuevos medicamentos será de 128 millones; 35 más serán para recortar las listas de espera y 99 millones más para salud mental. Y se hace una dotación extra de 31 millones para mejorar hospitales públicos.

CASTILLA-LA MANCHA

Incremento de 45,4 millones para personal sanitario

El Gobierno de Castilla-La Mancha incrementará en 308 millones de euros el presupuesto en materia sanitaria respecto al último año de la legislatura de M^a Dolores de Cospedal, alcanzando una cifra total de 2.728,46 millones. Esta inversión permitirá que su política sanitaria se articule en torno a cuatro aspectos principales: más personal, más tecnología, más actividad con menos derivaciones a clínicas privadas y menos listas de espera.

Como ejemplo de la apuesta por la Sanidad Pública, se puede comparar el segundo presupuesto aprobado por el Ejecutivo

anterior, en 2013, con el segundo presupuesto aprobado por el Gobierno de Emiliano García Page, en 2017. El presupuesto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha-SESCAM para 2017 del Gobierno de García-Page se incrementa respecto al 2016 un 3,4 por ciento, unos 87 millones de euros más que en 2016. Y con respecto a 2013 el presupuesto del SESCAM se incrementa en 297,6 millones más.

A destacar que en los presupuestos para 2017 el capítulo destinado a personal se incrementa en 45,4 millones de euros, con un porcentaje de crecimiento del 3,43 por ciento situándose en 1.369 millones de euros, mientras Cospedal destinaba 1.191, es decir una diferencia superior a 178 millones de euros. Como adelanto de las medidas que prevén poner en marcha, Sanidad ha priorizado continuar con las obras de los nuevos hospitales de Cuenca, Toledo, Guadalajara y Albacete, así como iniciar el Plan Funcional del nuevo Hospital de Puertollano. Además, se iniciarán las obras de ocho nuevos centros de salud. Estas actuaciones se contextualizan en una previsión de aumento del 9,4 por ciento (53,2 millones) en las inversiones de Sanidad.

Por otra parte, el proyecto de presupuestos continuará con la ejecución del Plan de Renovación Tecnológica Sanitaria y se procederá a la actualización del calendario vacunal y al refuerzo de los programas de detección y evaluación de cáncer. En relación al análisis de la evolución del periodo medio de pago de las facturas del sector sanitario en Castilla-La Mancha, y en el conjunto de las CC.AA. españolas, el consejero Fernández Sanz resalta que mientras el noviembre de 2014 el tiempo medio de pago a los proveedores era de 36,52 días, en noviembre de 2015 se reducía a 33,51 días y en noviembre de 2016 ya era de 19,83 días.

CASTILLA Y LEÓN

"Prórroga blanda" de los presupuestos de 2016

El Consejo de Gobierno aprobó el 29 de diciembre una "prórroga blanda" de los presupuestos de 2016 que permitirá garantizar la calidad de los servicios públicos, que solo afectará a las inversiones nuevas no iniciadas y que se aplicará transitoria-

mente hasta que se aprueben las cuentas de 2017. La consejera de Economía y Hacienda, Pilar del Olmo, argumentó que esta prórroga es más beneficiosa que haber hecho

unas cuentas nuevas con los datos de déficit y de entregas a cuenta provisionales avanzadas hasta ahora por el Gobierno para esta comunidad. A diferencia de la prórroga de 2012, esta es más "lisa y flexible", no afecta a la disponibilidad de crédito y permite además salvaguardar el cumplimiento del déficit de 2017 y la estabilidad presupuestaria, según la consejera.

Del Olmo explicó que se prorrogan todos los créditos iniciales de 2016 sin modificación presupuestaria, así como lo relativo a gastos de personal, gasto corriente e intereses de deuda, mientras que en transferencias corrientes y de capital la prórroga es de un 80 por ciento. La prórroga se mantendrá hasta que la comunidad apruebe las cuentas definitivas, en la previsión de que en marzo se cuente ya con el techo de gasto que deben aprobar las Cortes generales, para luego aprobar el presupuesto general de Castilla y León y debatirlo en el Parlamento autonómico, en un plazo de tramitación que suele ser de unos dos meses.

Castilla y León tendrá que cumplir en 2017 un objetivo de déficit del 0,6 por ciento del PIB, una décima menos que en



REPORTAJE DE PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

este ejercicio, y el objetivo de deuda es del 19,8 por ciento, con una entrega a cuenta provisional que supone unos 130 millones de euros menos que las previstas. En concreto, el presupuesto de la Consejería de Sanidad del pasado año 2016 ascendió a 3.300 millones, lo que supuso un incremento del 1 por ciento con respecto al ejercicio anterior.

En materia laboral, el documento contempla para 2017 el inicio de la recuperación del 3

por ciento y el abono del 25 por ciento de la paga extra correspondiente a 2012. Asimismo, Sanidad de Castilla y León (Sacyl) prevé convocar nuevas Ofertas de Empleo al igual que contratar más personal sanitario.

La Comunidad con menor presupuesto per cápita continúa siendo Andalucía

Fuera del ámbito asistencial, según el Gobierno regional, serán impulsadas actividades de I+D+i en los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, y se diseñará e implantará un programa informático de visado electrónico para mejorar la gestión y el control de los tratamientos farmacológicos sujetos a visado previo. También se ha incrementado el presu-

puesto para Inversiones en infraestructuras de hospitales y de atención primaria, con 89,99 millones de euros, 19,3 millones más (18,30 por ciento) que en los últimos presupuestos.

Otras partidas en los presupuestos para 2017 son las destinadas al calendario de vacunaciones (52,28 millones), los medicamentos de alto impacto y para hepatitis C (139,62 millones) y 1.088 millones de euros para recetas médicas, una partida que recibe 10,4 millones más (0,97 por ciento) que el año pasado.

Según la Comunidad, el objetivo para 2017 es seguir avanzando en la mejora de la prestación de una asistencia sanitaria innovadora, accesible, efectiva y sostenible bajo las directrices de la eficiencia.

del Partido Popular para el año 2015”, sostiene la Generalitat valenciana, que asegura que destinará en 2017 más de 16,6 millones de euros al día a atender la salud de todos los ciudadanos, frente a los 16,2 de 2016 o los 15 del año 2015.

“Es el presupuesto que consolida el fortalecimiento de la Sanidad pública valenciana, la Sanidad universal y las ayudas frente al copago farmacéutico y ortoprotésico”, destacó la consejera Carmen Montón. “Los presupuestos de la dignificación de las infraestructuras sanitarias, de la apuesta por el empleo estable y de calidad; y de la gestión eficiente”. “Son 1.120 millones de euros más que el presupuesto que el PP presentó hace 5 años, cuando se presupuestaba sin rigor, con falsedad, con recortes indiscriminados y generando deuda en las cuentas sanitarias que, por cierto, se escondían en los cajones”, expresa la consejera Montón.

Según la Generalitat, los presupuestos de 2017 “no solo mantienen la gratuidad en la aportación farmacéutica y ortoprotésica para colectivos especialmente vulnerables, como el de los discapacitados o pensionistas de rentas bajas, mediante la dotación de dos líneas presupuestarias, sino que la suma global destinada a ellos crece en 5 millones de euros hasta los 47 millones”. Además, reseña que respecto al gasto de personal, se sitúa en 2.471 millones de euros, lo que representa el 40,6 por ciento del presupuesto global.

COMUNIDAD DE MADRID

180 millones adicionales que le permitirán reforzar la AP y la especializada

La Comunidad de Madrid ha incrementado en 180 millones de euros, hasta 7.632 millones, el presupuesto de Sanidad-2017, en el que los costes de personal —73.572 trabajadores— supondrán un gasto de 3.375 millones, un 2,52 por ciento más que en 2016. Este aumento reforzará la atención primaria y la especializada, permitirá renovar infraestructuras ligadas a los hospitales y reducir más las listas de espera. Precisamente al plan integral para la reducción de las listas de espera se destinan 51,5 millones de euros, 10,75 por ciento más que el año pasado, mientras que la asignación a Salud Pública asciende a 84,2 millones, 8,66 millones más (11,46 por ciento). La atención primaria, excluyendo el gasto en recetas, tendrá 64,7 millones de euros, 27,5 millones de euros más (4,3 por ciento), y la atención especializada 5.057 millones, 118 millones más (2,39 por ciento).

COMUNIDAD VALENCIANA

1.000 millones para el empleo estable y una gestión eficiente

La consejera de Sanidad y Salud Pública de la Comunidad Valenciana, Carmen Montón subraya que los presupuestos de su departamento para este año ascienden a 6.084 millones de euros, un 3 por ciento más que en el año pasado, 175 millones más. “El aumento de este año, más los 416 millones de euros del incremento del presupuesto del año 2016, representa una subida de 591 millones en dos años, un 10 por ciento más respecto del último presupuesto presentado por el gobierno

EXTREMADURA

26,9 millones para inversiones en infraestructuras sanitarias

La Consejería de Sanidad y Políticas Sociales cuenta con un presupuesto de 2.008,4 millones de euros para 2017, lo que representa un incremento del 0,5 por ciento. En lo que atañe directamente a Sanidad, el incremento es del 0,3 por ciento, es decir, cuatro millones de euros más, por encima

del importante crecimiento que ya tuvo el año pasado, por lo que el total es de 1.539,1 millones, de los que 1521,1 son para el Servicio Extremeño de Salud (SES). Dentro de esta cifra, el director general de Planificación Económica del SES, Federico Delgado, ha destacado los 26,9 millones de euros destinados a inversiones en infraestructura sanitaria.

La consejera de Hacienda y Administración Pública, Pilar Blanco-Morales señala que la gestión de la Sanidad "pública, universal y gratuita" requiere un "gran esfuerzo" que "deberá ser abordado desde el reconocimiento de la necesaria inversión en Sanidad y de la necesaria recuperación de calidad y universalidad de los servicios". Por ello, la consejera "exige que sea uno de los capítulos que se incluyan en el debate sobre la reforma del modelo de financiación autonómica".

De este modo, en cuanto a la mejora de infraestructuras sanitarias, la Junta de Extremadura recoge una inversión de 10,2 millones de euros para la finalización de la primera fase del hospital de Cáceres, 3,6 millones para la renovación del parque tecnológico con cinco aceleradores lineales; 3,1 para nuevos centros de salud en las localidades cacereñas de Torre Don Miguel, Ahigal y Logrosán, y 1,3 para centros de menores. Asimismo, el Ejecutivo regional contempla una partida de 335,3 millones de euros a las prestaciones farmacéuticas.

GALICIA

La estabilidad en el empleo como línea básica

El consejero de Sanidad de Galicia, Jesús Vázquez Almuiña, presentó los presupuestos de su departamento para este año

cifrados en 3.614 millones de euros, un 42 por ciento del total de la Xunta de Galicia, con un ascenso de 101 millones de euros respecto a 2016. El responsable sanitario resalta cuatro ejes de este presupuesto: "una atención integral adaptada a las necesidades de los pacientes, familiares y cuidadores; unos profesionales comprometidos y cuidados por la organiza-

ción; una gestión eficiente que contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario; y, además, adecuar las infraestructuras, los equipamientos sanitarios y los sistemas de información a las necesidades de pacientes y ciudadanía". Además destaca que "estos cuatro ejes basculan en torno al objetivo principal: mejorar la salud de los gallegos. En Sanidad, los presupuestos ascienden por tercer año consecutivo. Si en 2015 subieron 11,6 millones, en 2016 lo hicieron en 103 millones y este año suben en 101 millones", explica el consejero gallego.

En materia de recursos humanos, el titular de Sanidad asegura que la estabilidad en el empleo constituye una de las líneas básicas en este campo, indicando que las medidas adoptadas los últimos años permitieron conseguir una media del 80 por ciento de personal estable en la plantilla del SERGAS. "El presupuesto destina 1.623 millones a recursos humanos; cerca del 45 por ciento del presupuesto está dedicado a los profesionales, creciendo su masa salarial un promedio del 3 por ciento. Hay 43,6 millones de euros para financiar los específicos adicionales de todos los profesionales. Además, se destinan 7,4 millones para reforzar la contratación de personal", apunta el departamento sanitario.

Otras iniciativas en materia de recursos humanos, señaladas por el consejero, son el desarrollo del nuevo pacto de selección de personal estatutario temporal y el de-





REPORTAJE DE PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

creto de creación de la categoría estatutaria de enfermero especialista, así como el trabajo llevado a cabo para proceder a publicar el nuevo Plan de formación continuada para el próximo año.

ISLAS BALEARES

El presupuesto más alto de la historia del Departamento de Salud

La Consejería de Salud de Baleares ha aumentado su presupuesto en un 7,6 por ciento para 2017, lo que supone 104 millones de euros más que el año pasado con una cifra global de 1.496,5 millones, la más alta de la historia de Baleares, destacando además que se vayan a destinar un total de 27 millones a infraestructuras sanitarias.

Patricia Gómez, explica que estas cifras les permitirán "consolidar las políticas de restitución de derechos tanto a los profesionales como a los ciudadanos de Baleares, seguir mejorando los servicios sanitarios y corregir la desinversión en salud hecha durante la pasada legislatura". Gómez destaca que desde el Servicio de Salud se vuelve a invertir en infraestructuras sanitarias, cuyas inversiones serán de 26,49 millones para 2017. "El Plan de Infraestructuras previsto para este año es una de las prioridades de la Conselleria", ha asegurado.

Además, se aumenta a un millón de euros el presupuesto para investigación en salud; los programas de Salud Pública dispondrán de un 8,3 por ciento más de presupuesto (1,3 millones); y la partida para la Dirección General de consumo

crece un 16 por ciento. Por su parte, el Servicio de Salud aumenta un 7,5 por ciento en el presupuesto del 2017, situándose en 1.464,97 millones.

LA RIOJA

Desarrollo del Plan de Salud Mental y Crónicos

El presupuesto destinado a la Sanidad riojana para 2017 asciende a 425,78 millones de euros, un 37,4 por ciento del presupuesto del Gobierno de La Rioja para este año, con lo que el gasto sanitario por habitante en La Rioja se sitúa en los 1.361 euros.

La consejera María Martín anuncia la puesta en marcha del Proyecto 'Salud Responde 24 horas', dotado con 500.000 euros, que entrará en funcionamiento en el segundo semestre de 2017 y que pretende avanzar en la mejora del acceso del ciudadano al sistema. Se implantará un

servicio gratuito de atención telefónica, atendido por profesionales sanitarios durante 24 horas al día, 365 días al año.

Además, destaca el desarrollo de dos planes estratégicos para el bienestar de los ciudadanos: el Plan de

salud Mental, y el Plan de Crónicos. Respecto al primero, contará con una inversión de más de 9 millones, y sus hitos más significativos para el 2017 serán la puesta en marcha del Hospital de Día y la reorganización de la estructura de Salud Mental. En cuanto al Plan de Crónicos contará con cuatro hitos principales: el refuerzo de la participación de Primaria como protagonista principal; la participación activa de los pacientes a

través de los centros de salud y de sus asociaciones; la ampliación de nuevas tecnologías y nuevas técnicas de curación, cuidados y relación profesional-pacientes; y el incentivo de la investigación clínica. Este año el programa para Atención Primaria cuenta con una dotación de 121,48 millones, 3,8 más que el ejercicio anterior.

En el ámbito de Formación a los profesionales sanitarios, la consejera indicó que alcanza una cuantía de 7,4 millones y está principalmente dirigido a ofrecer una formación de calidad a los 157 residentes actualmente en formación en el Sistema Público de Salud de La Rioja. A lo largo de 2017, Martín indicó que el objetivo del departamento de Salud será incrementar en un 50 por ciento el número de plazas MIR en médicos de familia.



NAVARRA

La mejora de la AP y la reducción de las listas de espera entre sus prioridades

El presupuesto del Departamento de Salud de Navarra para 2017 se incrementa un 5,4 por ciento hasta alcanzar la cifra de 1.042 millones de euros, superando por primera vez los 1.000 millones, con un gasto medio por habitante de 1.628 euros. La cifra supone casi un tercio del presupuesto total del Gobierno de Navarra (28,2 por ciento), y continúa con la línea de incremento reflejada en los tres años anteriores (893 millones de euros en 2014, 933 en 2015, y 988 en 2016), tras el descenso experimentado entre 2010 y 2013 (de 986 a 856 millones de euros).

Para el consejero de Salud, Fernando Domínguez, estas cifras reflejan el compromiso del “Gobierno del cambio” por la mejora de la salud de la población navarra. De los 53 millones de incremento presupuestario de Salud con respecto al de 2016, destaca la apuesta por la mejora de la capacidad de Atención Primaria y la consolidación de la implantación de la estrategia a pacientes crónicos, que aumenta en más de 7,2 millones su dotación; así como por el compromiso con la Salud Pública y los programas de prevención, promoción y protección de la salud, ámbito que ve incrementado su presupuesto en 1,9 millones de euros; y la reducción de las listas de espera, con una partida adicional de 3,2 millones de euros con respecto a 2016. Además, como novedad, el próximo año se van a destinar

600.000 euros para subvencionar el copago de medicamentos a determinados colectivos con rentas bajas.

Una de las líneas estratégicas es la mejora de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, con una dotación incrementada en más de 7 millones, hasta 145 millones de euros. Así, se ha previsto destinar 1,7 millones para la consolidación y extensión del plan de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos. A la Atención Hospitalaria se destina la mitad del presupuesto total (568 millones), destacando los 4,18 millones para actuaciones dirigidas a reducir las listas de espera, los 5,8 millones que se destinarán a la reversión parcial al sistema público de la gestión de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra-CHN, y la ampliación del servicio de Hospitalización a domicilio, con 473.000 euros.



PAÍS VASCO

1.825 millones de euros se destinarán al personal de Osakidetza

Continuar garantizando el acceso a un sistema sanitario público vasco de calidad para todas las personas que viven en Euskadi es el objetivo fundamental de los 3.537,47 millones que el Departamento de Salud ha presupuestado para el año 2017. Así lo indica el Consejero de Salud del Gobierno Vasco, Jon Darpón, al tiempo que recalca que es el 32 por ciento del presupuesto total del Gobierno Vasco. De hecho, la dotación presupuestaria del Departamento de Salud refuerza aún más el compromiso con el sistema sanitario público y con las personas, con un gasto per cápita que asciende a los 1.619 euros frente a los 1.572 euros del año anterior. En este sentido, el Consejero de Salud sostiene que “el aumento este año de un 3,4 por ciento del presupuesto permitirá seguir cuidando de la salud y el bienestar de las personas que vivimos en Euskadi”.



REPORTAJE DE PORTADA

Las CC.AA. elevan sus cuentas en salud

En conjunto, la mayor partida del departamento de salud corresponde al Contrato Programa de Osakidetza que presenta un incremento de un 4 por ciento, llegando a los 2.644 millones de euros frente a los 2.545 millones del año pasado.

Respecto a la distribución porcentual del presupuesto global de Sistema Vasco de Salud-Osakidetza, el Consejero ha señalado que habrá un incremento de 55 millones de euros para gastos de personal con el objetivo de estabilizar el empleo en Osakidetza y dotar de más personal al nuevo hospital de Urduliz. Así, se destinarán un total de 1.825 millones de euros, lo que supone el 68,2 por ciento del total del presupuesto de Osakidetza. Asimismo, ha explicado que del resto del presupuesto sanitario, el 10,5 por ciento se destinará a la farmacia hospitalaria, el 10 por ciento al material sanitario y el 11,3 por ciento al resto de gastos de funcionamiento. En lo que se refiere a otro ámbito prioritario de actuación, como es la Salud Pública, la dotación presupuestaria aumentará un 7,7 por ciento para intensificar las acciones de promoción y prevención de la salud, en la línea establecida en el Plan de Salud 2013-2020 con especial atención al Plan de Alimentación Saludable, que incluirá el Plan específico de Obesidad Infantil, la actividad física, el programa Menores y Alcohol, etc.

La farmacia a través de receta aumentará un 2,1 por ciento alcanzado los 494 millones de euros. Además, si se añaden a esta partida los 282 millones de euros correspondientes a gastos de farmacia hospitalaria de Osakidetza, en Euskadi el 22 por ciento del gasto presupuestario de 2017 se destinará al gasto farmacéutico para la compra de fármacos oncológicos, nuevos antibióticos, fármacos para hacer frente a la Hepatitis C, etc.

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Fortalecimiento de la plantilla y mejorar los recursos tecnológicos

La Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, que dirige Francisco del Busto, gestionará este año 1.678 millones que permitirán fortalecer la plantilla de profesionales e incrementar las inversiones para la adquisición de tecnología y la construcción y reforma de infraestructuras. Según lo previsto se destinarán más de siete millones a comprar, modernizar y renovar sus medios técnicos.

Sanidad dispondrá del 40 por ciento de todo el presupuesto. El 98 por ciento de sus fondos se concentran en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), que aumenta sus recursos un 12,4 por ciento respecto al anterior ejercicio, hasta alcanzar los 1.646 millones. El esfuerzo por fortalecer la plantilla de profesionales, dotar de mayor estabilidad laboral las ofertas de empleo público previstas, mejorar sus retribuciones y sus condiciones de trabajo, será otro de los grandes ejes de la política sanitaria en 2017.

El gasto en retribuciones del personal crece un 2,13 por ciento respecto a 2016. Este incremento, que supera en 1,13 puntos el planteado para el conjunto de los trabajadores públicos, se dedicará a financiar el descanso de los profesionales después de las guardias en atención primaria, a mejoras retributivas para el personal de los servicios de urgencias de atención primaria, al aumento de las contrataciones para sustituciones y al pago del nivel 1 de la carrera profesional. También permitirá atender el aumento de las contrataciones y refuerzos específicos de plantillas en servicios en los que la carga de trabajo se había quedado desajustada, como es el caso de los psicólogos en salud mental.

La Sanidad asturiana dará un fuerte impulso a la renovación tecnológica y la mejora de las infraestructuras gracias a los 11,3 millones que se destinarán a inversiones.

REGIÓN DE MURCIA

Priorizará la mejora de las grandes infraestructuras sanitarias

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia destinará 1.759 millones de euros a políticas sanitarias para el año 2017. De esta manera, Sanidad recibirá el 41 por ciento del presupuesto total de Murcia con un aumento de 43 millones respecto al año pasado, un 12,1 por ciento más que los presupuestos de 2016. En términos globales, el Gobierno de la Comunidad incrementará el gasto en 158 millones más.

En cuanto a las partidas específicas de la Consejería de Sanidad, el Ejecutivo murciano dará prioridad a la “mejora de las grandes infraestructuras sanitarias”. Asimismo, las cuentas dedicarán casi 22 millones de euros a gastos de personal. Cifra que incluirá, según Sanidad, las retribuciones correspondientes a los puestos de trabajo de la Consejería de acuerdo a los pactos adoptados en el ámbito de la Mesa Sectorial de Administración y Servicios.

Por otra parte, Murcia dedicará más de 10 millones de euros a actuaciones como el programa de vacunaciones, las actuaciones del Plan Regional de Trasplantes, los programas de cáncer de mama y de colon y recto, el Plan de educación para la salud en la Escuela o el proyecto de pruebas diagnósticas del Plan Regional de Sida. Se trata de unas cifras que según el Gobierno, “se han elaborado con la máxima transparencia”, que persiguen “continuar el período de crecimiento económico”, y que estiman en una mejora del 2,5 por ciento del PIB, lo que “contribuye a reforzar el diálogo” ■

A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin metal rods. The spheres are arranged in a row, with the leftmost one slightly higher than the others. The background is a light, neutral color.

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)**



ENTREVISTA

No
escatimaremos
esfuerzos
para lograr un
Pacto
por la Sanidad

Carmen de Aragón

Presidenta de la Comisión de Sanidad del Senado

Texto | Nerea Garay

Fotos | GPP



ENTREVISTA Carmen de Aragón

“No escatimaremos esfuerzos para lograr un Pacto por la Sanidad”

Por tercera vez consecutiva, la ‘popular’ Carmen de Aragón, senadora por Ávila, preside la Comisión de Sanidad del Senado. Médica de profesión, es senadora desde abril de 2004 y lleva al frente de esta Comisión de la Cámara Alta desde diciembre de 2011. “Una Comisión muy productiva, en la que el consenso siempre ha reinado en aras a mejorar y mantener la calidad sanitaria y los servicios sociales para toda la ciudadanía que reside en territorio español”, apunta, al tiempo que asevera que el Pacto por la Sanidad es fundamental, por lo que “no escatimaremos esfuerzos por conseguirlo”, explica en la entrevista concedida a la revista EL MÉDICO.

¿Cree usted que todos nuestros dirigentes están decididamente a favor de un sistema público de Sanidad: gratuito, universal y de calidad? No le digo tanto en las declaraciones, sino en actuaciones ejecutivas (Hospitales tipo Alzira y otras privatizaciones encubiertas)

En el Partido Popular sí, la Sanidad pública es una prioridad para nosotros y así se ha demostrado con las medidas políticas llevadas a cabo por nuestro Gobierno. La prueba más evidente es que a pesar de la crisis económica se ha asegurado la universalidad y la calidad asistencial. Lo más importante para el Partido Popular es ofrecer la mejor calidad en asistencia sanitaria a los ciudadanos. La Sanidad privada es un complemento importante para el Sistema Nacional de Salud tanto en infraestructuras como tecnología, recursos humanos... y todo aquello que sirva para mejorar los problemas de salud de los españoles es bien recibido y valorado por nuestros responsables políticos.

Algunos lobbies nos venden la idea de la mayor eficiencia de la Sanidad privada, ¿es así?

La Sanidad privada en España muestra niveles de calidad y eficiencia elevados, como también lo hace la Sanidad pública. El pasado mes de octubre, Bloomberg situó a nuestro Sistema Nacional de Salud como el más eficiente de Europa y el tercero del mundo (solo superado por Hong Kong y Singapur) y el primero si hablamos de sistemas públicos. Esta valoración se hace atendiendo a la esperanza de vida, gasto per cápita en salud y al peso relativo del gasto sanitario sobre el PIB.

¿Qué valoración le merece la Sanidad pública pero con gestión privada?

Como decía anteriormente, lo prioritario es que el paciente tenga acceso a la

mejor asistencia posible en el momento y lugar del territorio español donde la requiera; en definitiva, que se atiendan y resuelvan sus problemas de salud. La herramienta principal es nuestro Sistema Nacional de Salud público, universal y gratuito. Dicho esto, si la colaboración público-privada como complemento a la Sanidad pública favorece que esto sea posible, lo valoro positivamente. Además, es importante recalcar que la atención que recibe el paciente sigue siendo pública a todos los efectos.

¿Cree que los ciudadanos, en general, estamos dispuestos a mantener e incluso incrementar nuestra aportación personal de impuestos para que el sistema



sigua vigente? ¿Habría otra vía de financiación que no fuera impuestos directos?

La asistencia sanitaria es una de las principales vías de redistribución de la renta en nuestro país. Cada ciudadano aporta en función de lo que tiene y recibe la asistencia que necesita, sin distinciones. Es fundamental que el Sistema cuente con una financiación suficiente y somos conscientes de que será necesario incrementar la dotación presupuestaria. El Gobierno está trabajando en ello desde el primer momento; recientemente se ha acordado en la Conferencia de Presidentes crear un grupo de trabajo específico, pero no podemos olvidar que también es necesario optimizar los recursos disponibles.

¿El sistema actual sanitario es más eficiente desde que está descentralizado o, como algunos reclaman, mejor volver a mancomunar todas las actuaciones (compras, calendario vacunación...)?

Los resultados en salud en España son cada vez mejores y debemos seguir trabajando para superarlos; el Consejo Interterritorial del SNS es el escenario más adecuado para ello. La descentralización del SNS en las comunidades autónomas finalizó en 2001, pero es perfectamente compatible con la compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios que ya se realiza desde 2012. La central de compras impulsada por el gobierno del Partido Popular desde la X legislatura ha permitido un ahorro de más de 100 millones de euros y ha promovido importantes mejoras en la gestión, planificación y el suministro, así como en la equidad territorial.

¿Hay equidad en las prestaciones sanitarias en todas las comunidades o los desequilibrios son demasiado grandes? De existir, ¿cómo cree que podrían corregirse estas desigualdades?

Se puede y debe mejorar en términos de equidad y la responsabilidad de las comunidades autónomas en este ámbito es muy importante. El gobierno del Partido Popular

ha avanzado en los últimos años considerablemente a pesar de la crisis, y una muestra de ello es el calendario vacunal único impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Un gran acierto sin lugar a dudas.

¿Tal vez la solución iría por encaminarnos hacia un gran Pacto sobre la Sanidad, al margen totalmente del Gobierno concreto de turno? ¿Sería viable?

El Pacto por la Sanidad es fundamental, nosotros llevamos tiempo trabajando para conseguirlo. En la X Legislatura lideramos desde el Partido Popular los trabajos en la subcomisión creada en el Congreso de los Diputados y hace unas semanas presentamos una iniciativa en el Senado que fue aprobada con una amplia mayoría. Es una prioridad para nosotros y no vamos a escatimar en esfuerzo, diálogo y cooperación para conseguirlo. Espero que todos los partidos vayamos de la mano para trabajar juntos en lo que realmente nos importa y es nuestra obligación: ofrecer una asistencia sanitaria de calidad para todos los ciudadanos del territorio español.

Entre todos y aunando esfuerzos los resultados serán muy satisfactorios.

Nuestra demografía a la baja y además cada vez con más personas mayores de 65 y 80 años. Menos ingresos y más gasto. ¿Es viable el sistema como hasta ahora o qué se puede hacer?

Es una buena noticia que la esperanza de vida en España sea una de las mayores del

mundo, la segunda después de Japón, pero a su vez tenemos una baja tasa de natalidad. Por tanto, siendo las necesidades cada vez mayores y los recursos limitados, nos encontramos ante un gran reto. Esta situación requiere mayores inversiones y optimización de los recursos disponibles por

Es fundamental que el Sistema cuente con una financiación suficiente y somos conscientes de que será necesario incrementar la dotación presupuestaria. El Gobierno ya está trabajando en ello

Los "recopagos" farmacéuticos impuestos últimamente son muy impopulares. ¿Son imprescindibles? ¿No podrían organizarse de manera más justa según ingresos y propiedades reales de un jubilado/a?

El famoso copago existe en España desde hace 50 años y se limita a una aportación adicional que algunos ciudadanos han de hacer para acceder a los medicamentos. No es algo que haya implantado el Partido Popular, todo lo contrario, desde

2012 con el Real decreto-Ley 16/2012 del Gobierno de Mariano Rajoy se ha conseguido que sea más justo, equitativo y solidario que nunca. Antes, el criterio de copago farmacéutico se basaba exclusivamente en la edad; ahora no, hoy se basa en la renta. Esta medida ha permitido que más de un millón de parados estén hoy exentos de pago, sea cual sea su edad, y puedan acceder a los medicamentos de forma gratuita mientras antes tenían que aportar un 40



ENTREVISTA Carmen de Aragón

por ciento. Están exentos también los perceptores de pensiones no contributivas, beneficiarios de rentas de integración social, afectados por accidentes laborales, enfermedades profesionales y personas con discapacidad acogidas a prestaciones de la LISMI. En definitiva, se ha protegido a las personas más vulnerables. Por eso, creo sinceramente que ha sido un gran avance social, un reparto mucho más justo que no podemos menospreciar y que tenemos la obligación de ponerlo en valor y protegerlo.

Edad y cronicidad van de la mano. Hablamos mucho de curar, pero mucho menos de cuidarse. ¿Qué más puede hacerse para que las personas aumentáramos nuestro autocuidado (dieta, ejercicio, menos consumo de fármacos, higiene...) en vez de recurrir inmediatamente a cuidados médicos, a farmacopea y a urgencias?

En España se ha avanzado mucho en promoción y prevención de la enfermedad. Es esencial formar desde edades cada vez más tempranas y mantener esta educación a lo largo de toda la vida. Dos ejemplos son la Estrategia de Promoción de la Salud aprobada en 2013 y la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía puesta en marcha en 2012.

Si se gastara más en educación sanitaria (en la escuela y otros medios), ¿no amortizaríamos en menos gasto en farmacia, urgencias, tratamientos? ¿Se prevé hacer?

Como he dicho anteriormente, la formación es clave para impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El ciudadano cada vez debe ser más copartícipe y corresponsable de las decisiones que se toman sobre su salud, autocuidado y el abordaje de sus enfermedades, así como del uso racional de los recursos que tiene a su alcance en el sistema sanitario.

Los fármacos de última generación cada vez son más caros, más específicos..., las nuevas tecnologías son de-



mandadas cada vez más y también son más costosos (terapias para hepatitis C, análisis genéticos, quimioterapias, TAC...), ¿cómo mantener este nivel de asistencia especializada a más personas cada vez más mayores si las aportaciones disminuyen?

Es evidente que las innovaciones terapéuticas y tecnológicas tienen un elevado coste, pero deben ser incorporadas al sistema si los ciudadanos las necesitan y hay evidencia patente de su coste-efectividad. El trabajo desarrollado por el Ministerio de Sanidad ha hecho posible la incorporación de 210 innovaciones terapéuticas a la cartera pública de servicios desde el año 2012. Cabe destacar la incorporación de 42 innovaciones para pacientes con cáncer, o la puesta en marcha del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C: más de 66.000 pacientes tratados satisfactoriamente entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Debemos seguir trabajando en esta misma dirección para que los resultados sean cada vez mejores.

¿Estamos abocados a renunciar a prestaciones de alta tecnología si queremos que la Medicina básica siga llegando a todos?

No, nunca podemos renunciar a estas prestaciones. Debemos ser responsables en nuestras políticas y conseguir que lleguen a todos los ciudadanos en condiciones de equidad, calidad y seguridad.

Muchos presentan la Sanidad privada-pública como dos arietes enfrentados. ¿No es posible articular medios de cooperación que den mayor eficiencia al sistema sanitario global? (recordando que el 90 por ciento lo presta la pública y el 10 por ciento la privada) ¿Complementar/concertar no es mejor que competir?

En Sanidad no hay que buscar enfrentamientos, hay que trabajar por un objetivo común que es dar la mejor asistencia sanitaria a todos los ciudadanos que la precisen sin distinciones ni desigualdades. El protagonista es el paciente por encima de todo y todos los esfuerzos se deben dirigir en la misma dirección. La Sanidad pública y la iniciativa privada son compatibles y complementarias y su actividad coordinada está regulada por ley desde 1997. La colaboración público-privada se aplica en Cataluña, Andalucía, Madrid, Comunidad Valenciana... con distintas versiones y grados diferentes de éxito. Se trata, en mi opinión,

de un medio para agilizar el acceso a la asistencia de los pacientes siempre dentro del sistema público de salud, pero hay que recalcar que el paciente sigue recibiendo asistencia sanitaria pública, es importante recordarlo.

Algunos dirigen sus diatribas contra emigrantes o colectivos que requieren prestaciones sin aportar contribuciones. ¿Está a favor de que la Sanidad sea absolutamente gratuita y universal para todos?

El acceso a la asistencia sanitaria es más universal ahora que nunca, desde la entrada en vigor del RD 16/2012. En el año 2011 la deuda acumulada era de 16.000 millones de euros, muy preocupante, estaba en riesgo la sostenibilidad del sistema, existían graves inequidades y gracias a las medidas adoptadas por el Gobierno se han ido solventando. No hay que centrar el debate en emigrantes o colectivos que no realizan aportaciones, es malo estigmatizar a nadie en el ámbito social y sanitario. Había también profesionales españoles en activo que estaban excluidos del sistema público. En la actualidad, hay 800.000 tarjetas sanitarias más que en 2011 y creo que vamos por el buen camino, aunque quedan muchas cosas por hacer.

¿Gratuita también para “enfermedades raras”: muchas y cada día más, pero con pocos individuos afectados?

Para “enfermedades raras” también, por supuesto.

Muchos de los gastos sanitarios derivan del pago de *royalties*. ¿Por qué se deja escapar a tantos buenos profesionales investigadores? ¿No puede hacerse un mayor esfuerzo en el área de investigación y de I+D+i farmacológico, por ejemplo?

España es un referente mundial en I+D+i biomédica. Lo es por científicos españoles de prestigio como Joan Rodés (DEP), Valentín Fuster, Juan Carlos Izpisúa, José María Ordovás... y muchos otros. Contamos con el

Instituto de Salud Carlos III. Es verdad que la crisis nos ha impedido progresar como hubiéramos deseado en dotación presupuestaria y debemos trabajar para impulsar el registro de patentes, atraer inversiones y retener talento nacional e internacional.

Ligado con lo anterior. En París, Londres, Berlín... y hasta en Adelaida me he encontrado con profesionales españoles de la Medicina. Con lo costosa que es su formación, ¿qué se hace mal para que se vayan tantos?

Nuestros científicos y profesionales, así como nuestro Sistema Nacional de Salud, son un activo cardinal de la “Marca España” y debemos esforzarnos para que su formación sea cada vez más completa y sus condiciones laborales cada vez mejores.

Evidentemente con más dinero se hacen más cosas, pero no siempre, porque EE.UU. destina 10.000 euros por ciudadano con 40 millones sin servicio sanitario y Cuba con tan solo 1.000 atiende básicamente a todos. ¿Además de más dinero, qué tres medidas propondría usted para que nuestro sistema fuera más eficiente?

Primero, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En segundo lugar, integración socio-sanitaria y por último, financiación sostenible y optimización de los recursos existentes. Una buena muestra de ello es la compra centralizada, porque supone un ahorro importante y garantiza la equidad entre territorios.

Dicen las malas lenguas que la crisis desde 2007 es algo generado por un

capitalismo neo.com que pretende cercenar los avances sociales: Sanidad, educación y prestaciones sociales, sobre todo. ¿Si esto fuera así, la Sanidad pública tendría sus días contados?

No comparto para nada esta afirmación y no se me pasa por la cabeza que la Sanidad sea un mero negocio. La Sanidad es un pilar fundamental del bienestar que hay que mantener y mejorar y creo que

ese es empeño de todos los grupos políticos como es el del Partido Popular.

Si las máquinas van a desplazarlos prácticamente de todas las ocupaciones, y los ejércitos van a estar formados por *ciborgs*, ¿seguirán los poderes económicos interesados en mantener Sanidad, educación y prestaciones sociales para todos sus ciudadanos?

No sé qué pasará en el futuro, ni que papel tendrán los robots en nuestra sociedad. Yo creo en las personas y trabajo desde mi responsabilidad para ellas, lo

que nos preocupa son nuestros mayores, nuestros niños, ofrecerles la mejor Sanidad pública posible. La política la hacen las personas y va dirigida a personas y desde el gobierno del Partido

Popular se trabaja para dejar como legado el mejor Sistema Nacional de Salud posible, por lo menos tan bueno y resolutivo como el de ahora. Personalmente, para ejercer mi profesión, es necesaria la cercanía y el contacto con las personas, y los “ciborgs”, en ese aspecto, nunca podrán sustituirlas ■

El copago no es algo que haya implantado el PP, pero con el Gobierno de Rajoy se ha conseguido que sea más justo, equitativo y solidario que nunca

Espero que todos los partidos vayamos de la mano para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad a todos los ciudadanos del territorio español





La
medida
más importante
para la
**sostenibilidad
del sistema**
es actualizar el modelo
de financiación autonómica

José Martínez Olmos

Portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Senado

Texto | Nerea Garay

Fotos | Luis Domingo



“La medida más importante para la sostenibilidad del sistema es actualizar el modelo de financiación autonómica”

José Martínez Olmos, portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Senado, se muestra escéptico a la hora de fraguar con el PP un Pacto de Estado por la Sanidad. A pesar de todo, a caballo entre la incredulidad y la expectativa, Martínez Olmos añade, en una entrevista concedida a EL MÉDICO, que darán la oportunidad que el diálogo necesita “en aras a la sostenibilidad del sistema sanitario, que en nuestra opinión ha de seguir siendo público, gratuito, universal y de calidad”. Por esto mismo aboga por incrementar en esta legislatura la financiación al menos en un punto del PIB “para paliar los cerca de 10.000 millones de déficit que tiene la Sanidad por las políticas restrictivas del PP”.



Teniendo el PP mayoría en el Senado sorprende que se hayan iniciado los trámites de un Pacto por la Sanidad. ¿Por qué este movimiento?

El Partido Popular es consciente de que la Sanidad española tiene problemas de sostenibilidad y de equidad que están vinculados a los recortes que hizo en la legislatura de 2012 con el Real Decreto-ley 16/2012 y otra serie de medidas en detrimento de la Sanidad pública y universal. Saben que tienen que hacer algo para remediar la actual situación. ¿Y qué es lo que pretenden? Hacer un acuerdo en el que puedan ratificar y no

No creo que la Sanidad gratuita, pública y universal sea inviable en un futuro próximo

rectificar sus puntos de vista e ideas. Pero yo creo que si en realidad eso es lo que pretenden se están equivocando por completo. Los socialistas vamos a ver qué es lo que plantea. Nosotros nos llamamos con la mente abierta para dialogar, al tiempo que pedimos rectificaciones en una serie de medidas que el PP adoptó en su día; tenemos una buena disposición al diálogo total. Pero, en este momento estamos en una actitud de espera para ver qué es lo que plantea ese Pacto de Sostenibilidad. El escepticismo impera en nuestro grupo porque el PP hasta ahora no nos ha demostrado que considere necesario rectificar en una serie de

cuestiones claves para alcanzar un Pacto.

¿Entre quiénes pactarían?

La idea de hacer un Pacto requiere en primer término la voluntad del Gobierno de rectificar en determinadas cosas. En opinión del PSOE ese Pacto tendría que producirse en primer lugar con las Comunidades Autónomas (CC.AA.), que son las que gestionan la Sanidad en la mayoría de los casos, además de con todos los grupos parlamentarios e incluir también a los agentes y asociaciones profesionales de la Sanidad y, por supuesto, a los sindicatos.

Todas las legislaturas han contemplado intentos de alcanzar un Pacto por la Sa-



nidad. ¿Puede esperarse que se consiga en este momento? ¿Por qué?

Es verdad que ha habido varios intentos y no se ha conseguido. Pero en este caso, con la intención manifestada por parte del Gobierno del PP de procurar un pacto, yo quiero darle una oportunidad. No me parece que tengamos que estar mirando al pasado para pronosticar el futuro. Es verdad que no es fácil llegar a un pacto con un partido que ha tomado decisiones que perjudican la Sanidad pública, pero teniendo en cuenta que el Partido Socialista es decisivo en la legislatura para poder aprobar cualquier norma en las Cortes Generales, puede que este sea el momento adecuado, porque quizá se den las condiciones idóneas para alcanzarlo. Sin embargo, todavía no puedo decir que

las haya, porque más allá de la aprobación de la iniciativa en el Senado no nos hemos encontrado por ahora con una propuesta concreta de trabajo por parte del Partido Popular; por lo tanto estamos aún a la espera de concretar esa hipotética voluntad. Por eso insisto en señalar que somos escépticos sobre lo que pueda pasar en el futuro.

Si la expectativa toma cuerpo, ¿qué se acordaría: presupuestos, definición del sistema público, beneficiarios, prestaciones...?

Nosotros pensamos que si es un Pacto por la Sanidad se tienen que rectificar políticas que se incorporaron en el Real Decreto-ley 16/2012. Se debe de caminar hacia un modelo de universalidad real, donde el derecho a la atención sanitaria tiene que ser un derecho de ciudadanía como estaba antes del Decreto. Se tiene que revisar el copago de los pensionistas, incrementar la financiación a la Sanidad y recuperar las políticas de cohesión que se finiquitaron con el Real Decreto. A partir de ahí podríamos negociar medidas concretas de gestión. Estos elementos que acabo de citar son principios generales que ha de tener un sistema sanitario que quiera responder a las expectativas de la población.

Más de uno se preguntará, ¿por qué hace falta un Pacto para la Sanidad?

No sé si hace falta un pacto o no, pero siempre es necesario un acuerdo. Lo que se precisa es dar garantía a la ciudadanía y a los profesionales de la Sanidad de que sabemos que sistema sanitario queremos y qué queremos hacer con él, para lo cual debemos procurar el acuerdo mayoritario de todos los agentes que están implicados en la Sanidad, incluida la población general. Si se diera ese pacto estaríamos en condiciones de decir

a la ciudadanía que tenemos un planteamiento común para el Sistema Nacional de Salud. No como ahora con el Partido Popular desmarcado de manera unilateral de una visión compartida del SNS tras aprobar el real Decreto de 2012. De modo que si el PP rectifica decisiones equivocadas, bienvenido sea el pacto; pero hasta que no veamos qué plantea el PP en concreto no es fácil adivinar si es viable, qué se pretende, cuáles son las iniciativas a trabajar, etc.

Analizando la curva demográfica y el envejecimiento poblacional, ¿no tiene miedo de que la Sanidad gratuita, pública y universal sea inviable en un futuro próximo?

No. No tengo ese temor. Realmente pienso que la demografía, el envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades lo que requieren son la adaptación del sistema para dar respuesta asistencialmente en términos de garantía para la salud a las nuevas demandas que tiene la población. Por eso las decisiones de financiación tienen que ir adecuadas a esas necesidades. Nuestro planteamiento es que es viable porque la historia nos ha demostrado que lo es; también hace 25 años se decía que el sistema no era viable y se equivocaron.

¿Se refiere al informe Abril Martorell?

Sí. En aquel informe se nos decía que si no se adoptaban las medidas que proponía, el sistema sanitario no sería viable. Y vemos que 27 años después el sistema sanitario es viable. No ha sido necesario adaptar más del 6 por ciento del Producto Interior

La financiación actual de la Sanidad con el Gobierno del Partido Popular es del todo insuficiente

Bruto a pesar de la enorme innovación tecnológica que ha habido en los últimos años en la Sanidad. El problema no es de viabilidad económica sino de sostenibilidad social, de que el sistema se adecúe y responda a lo que necesita la sociedad. En



ENTREVISTA Martínez Olmos

ese sentido es muy importante el adaptarse. ¿Y también habrá problemas de financiación? Puede que sí, pero lo que está claro es que la financiación de la Sanidad con el Gobierno del PP es del todo insuficiente. Ha acumulado 28.000 millones de euros de déficit durante estos últimos años, pero no es un problema de presupuestos, sino de que se financia mal.

Si el quid no son los presupuestos sino la mala financiación que realiza el PP, ¿qué propuestas de financiación alternativas plantea su grupo?

Sería necesario incrementar en esta legislatura la financiación al menos en un punto del PIB para paliar los alrededor de 10.000 millones de euros de déficit que tiene la Sanidad por las políticas restrictivas del PP. Nuestra economía se lo puede permitir y obtendríamos una notable mejora en Sanidad.

¿Si se consiguiera un acuerdo decoroso cree que podría ser transportado a otras áreas como educación, asuntos sociales...?

Creo que en sí mismo ya sería una buena noticia que hubiera acuerdo, no tanto porque fuera exportable a otras áreas. Sinceramente pienso que hay elementos –pensiones, Sanidad, dependencia, educación...– en los que sí merece la pena consensuar con el PP y el resto de formaciones políticas y agentes sociales. Hay que explorar acuerdos que permitan responder a los desafíos que tienen cada uno de los sectores. En el caso de la Sanidad: los demográficos, tecnológicos y financieros. Pero va a depender del PP, porque en estos últimos cinco años no ha dado muestras de pretender un acuerdo sino de imponer sus puntos de vista. Si rectifica sus posicionamientos

bienvenido sea, porque seguramente para afrontar el futuro de la Sanidad y de otros sectores como el de las pensiones, sería mejor si hubiera visión compartida. Todo dependerá de la capacidad y flexibilidad que encontremos en el Gobierno.

El Senado es una Cámara de segunda lectura, pero el Congreso es quien aprueba definitivamente las normas. ¿Qué eficacia tendrá entonces este hipotético Pacto?

El acuerdo que se plantea en el ámbito del Senado es el de iniciar la reflexión, el debate y las decisiones en un espacio concreto como es la Comisión General de las Comunidades Autónomas, el órgano en el Senado donde están presentes las CC.AA. Es importante porque son las que gestionan la Sanidad de una manera muy sustancial. Porque si ahí se produjera un acuerdo conllevaría una serie de medidas; unas legislativas, que se resolverían en las Cortes Generales, tanto en el Congreso como en el Senado, y otras organizativas que se sentenciarían en la sede del Gobierno. Por lo tanto ¿tiene sentido que se plantee en el Senado? Pues sí, porque implica fundamentalmente a las CC.AA. en la Comisión General de las CC.AA.

Sería necesario incrementar en esta legislatura la financiación al menos en un punto del PIB para paliar los alrededor de 10.000 millones de euros de déficit

El organigrama actual de la Sanidad española distribuida en CC.AA. ¿Es más eficiente? ¿Mejor volver a centralizar? ¿O avanzar por este camino?

Es el modelo de Estado de las Autonomías diseñado por la Constitución y no hay forma más correcta de organizarse en el contexto de descentralización. Organización que, además, ha permitido la equidad dentro del Sistema Sanitario por la cercanía de la gestión en todos territorios. En este punto, el PP plantea una política hacia atrás con la que no estamos de acuerdo porque nosotros

somos partidarios de mantener este esquema constitucional. Dar marcha atrás sería una equivocación.

Aunque todavía no hayan llegado a un acuerdo, ¿piensa que serán capaces de consensuar unos servicios mínimos en todas las CC.AA?

No lo sé. Se ha acordado en la Comisión de Sanidad organizar una mesa de trabajo en la Comisión General de Comunidades Autónomas con la intención de conseguir un Pacto de Estado por la Sanidad; pero insisto, todavía nos hace falta que el Gobierno y el PP nos traslade cuál es su propuesta y sus métodos de trabajo. Y queremos que se incorporen otros grupos que cuando se aprobó esta propuesta votaron que no porque recelaban de la buena voluntad por parte del Gobierno; desde el PSOE vamos a intentar sumar a otros grupos parlamentarios a la iniciativa, pero hasta que el Ejecutivo no plantee el método de trabajo y veamos si es mejorable o aceptable, no podemos opinar, porque de esto depende que luego pueda haber un consenso de financiación y generalidad. Son elementos fundamentales que el PP ha de poner sobre la mesa para un acuerdo con el partido socialista.

¿El Consejo Interterritorial actual es buen modelo para mancomunar la acción sanitaria? ¿O habría que plantearlo de otra manera?

Lo que hace falta es que las decisiones esenciales sean coordinadas; otras no, porque son competencias exclusivas de las Comunidades y deben adaptarse a las necesidades de cada territorio. El Consejo Interterritorial es un buen órgano para la coordinación de las políticas sanitarias. Otra cosa sería facilitar una mayor participación de organizaciones sociales, de pacientes y de profesionales en el diseño de políticas comunes.

¿Cuáles son esos elementos fundamentales para que el PSOE apoye el Pacto?

Uno de ellos la universalidad de la Sanidad para toda la ciudadanía, otro el copago farmacéutico en pensionistas y el tema de la financiación. También el que haya una cartera común es fundamental, pero insisto en que estamos todavía en el periodo embrionario de un hipotético acuerdo. No se han dado más pasos que el aceptar por parte del Partido Socialista la propuesta del PP de trabajar en la Comisión General de CC.AA.

¿Los retos serían la sostenibilidad, cohesión, universalidad, equidad, despolitización y uso no partidista de la Sanidad, entre otros?

La despolitización y el uso no partidista no son la clave, porque lo importante es acordar cosas para que no estén siempre en un debate que no tenga sentido. Pero siempre va a ser necesaria la acción de los grupos políticos, de los sindicatos, de las organizaciones sociales y profesionales para que critiquen en términos positivos y constructivos la agenda del Gobierno de turno. Lo que no puede pretender el PP es que haya un Pacto para silenciar las críticas. Nosotros no vamos a entrar en eso. ¿Podemos tener acuerdos? Sí. Pero eso no quita que tenga que haber una oposición en el ámbito parlamentario, así como por parte de los profesionales y de las centrales cuando consideren que hay razones de mejoras. Insisto, acuerdos sí, pero no para silenciar las voces críticas. El Pacto, si se produce, tiene que ser para darle sostenibilidad a los principios generales que creemos asume la mayoría de los ciudadanos: que el sistema tiene que ser universal, público y equitativo.

Infiero que Vd. cree que sobre el sistema de Sanidad pública se ciernen serias amenazas

Sí, porque hoy por hoy la Sanidad ha dejado de ser un sistema universal y equitativo. Hay amenazas sobre lo público con decisiones que han adoptado algunas CC.AA. Por lo tanto, en esos ámbitos hay que tra-



bajar para ver si conseguimos algunos acuerdos para que eso ya no sea motivo de discusión en el futuro. Pero el cómo se gestiona la Sanidad no se puede pretender que no se discuta por parte de los agentes políticos, sociales y económicos que tiene un país, porque entonces estaríamos cercenando la posibilidad de mejorar la acción de un Gobierno, sea en el periodo que sea y del partido que sea el Ejecutivo.

El gasto en fármacos se dispara. ¿Qué propuestas tienen para que los fármacos no se lleven tamaña tajada del presupuesto?

Primero asegurar la financiación. Algunas medidas para una mejor gestión las han de tomar las CC.AA. y otras el Gobierno central, como el control de medicamentos genéricos y una buena política de fijación de precios a los de innovación. No como han hecho con las terapias contra la hepatitis C, donde han generado un problema de financiación dando el visto bueno

a precios muy superiores a lo aceptable. Impulsar los genéricos y una política de fijación de precios de medicamentos innovadores resulta imprescindible como medidas para caminar por la sostenibilidad de las cuentas públicas.

Como usuario veo una distancia sideral entre asistencia ambulatoria y hospitalaria. ¿Qué propuestas tienen para imbricar una con otra?

La relación y coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria es imprescindible para que lograr continuidad en la asistencia a los pacientes. Ya hay experiencias muy interesantes con la creación de áreas sanitarias que gestionan ambas desde una misma dirección; es una medida que hay que extender. Lo importante es trabajar en base a procesos asistenciales para definir mejor cuándo hay que estar en uno u otro sistema sanitario, lo que facilitaría y mejoraría la coordinación y eficiencia de ambos sistemas.



¿Qué medidas considera más importantes tomar para la sostenibilidad del sistema?

La primera es dotar de los presupuestos necesarios a las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Por eso, en la Conferencia de Presidentes autonómicos se reclamó la revisión del modelo de financiación de las autonomías, una nueva ley de Financiación Autonómica para conseguir la sostenibilidad del Sistema Sanitario, que tras los recortes del Gobierno del PP, se ha descuadrado. Por tanto la medida más importante es actualizar el modelo de financiación autonómica.

¿Cuáles son los planteamientos socialistas en política de Recursos Humanos?

La crisis ha condicionado respuestas cortoplacistas y provocado una preocupante precariedad en los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Lo primero sería definir el cupo de recursos humanos con una planificación estratégica. En segundo lugar, estabilizar las plantillas y ejecutar políticas públicas de empleo asegurando los puestos de trabajo con criterios de igualdad, mérito y capacidad con oposiciones regulares de acceso a la función pública. Destacar la necesidad de revisar los perfiles profesionales, especialmente los de enfermería para adaptarlos a las necesidades de la Sanidad pública.

Es llamativo la cantidad de médicos-sanitarios españoles en Alemania, Inglaterra, Portugal... ¿Gastar tanto en preparar buenos profesionales para que otros recojan los réditos? ¿Por

qué no se quedan? ¿Qué hacemos mal?

Las claves están en las políticas de formación. El SNS tiene que saber cuántos profesionales necesita y lo lógico es que adecúe la oferta formativa a las necesidades del sistema. Apostamos por una planificación estratégica que defina con anticipación cuántos médicos, cuántas enfermeras son necesarios en la Sanidad pública a medio y a largo plazo, para que la Universidad adecue su oferta a la demanda.

Fármacos, tecnologías y procedimientos nuevos se pueden adquirir, pero pagando. ¿No sería más eficiente incentivar el conocimiento e investigación aquí en Sanidad?

Siempre hemos criticado los recortes que ha hecho el gobierno desde el año 2012 porque podemos realizar mayor esfuerzo para descongelar nuestra I+D+i, pero la investigación en España no puede pretender caminar por libre, sino que debe enmarcarse en una política común europea que nos permita, aunando esfuerzos de inversión de todos, generar mayor conocimiento y más patentes en Europa que nos permita ahorrar en royalties.

El Brexit viene. ¿Se plantearán cómo serán tratados los miles de británicos que viven habitualmente en Levante, Baleares y Canarias, sobre todo?

Eso no tiene que ver con el Pacto de la Sanidad, sino con la decisión que adopte nuestro país en su relación bilateral con el Reino Unido. Considero que eso es un planteamiento que tiene que tenerse en cuenta, porque hay muchos británicos que vienen a veranear o a residir durante una temporada en nuestro país y eso genera un movimiento en la economía muy interesante para las regiones donde están estos ciudadanos. Soy partidario de que se tenga una relación bilateral que reconozca derechos a los ciudadanos de los países donde nos movemos, porque tendrán resueltos los problemas de salud los británicos en España y los españoles cuando vayan al Reino Unido, aparte de ofrecer estabilidad económica para determinadas regiones. Pero no es la cuestión que estará en el Pacto de Sanidad porque no tiene que ver con la sostenibilidad del sistema sanitario.

¿Pero sí estará el tratamiento a emigrantes no comunitarios, su libre circulación?

La libre circulación, no. Lo que nosotros planteamos es que las personas tienen que tener derecho a la atención sanitaria por ser personas. Pero eso no tiene que ver con la libre circulación de los ciudadanos no comunitarios por la UE. A nosotros lo que nos preocupa es que tengan derecho a la atención sanitaria, que lo tenían antes y se les quitó; que la recuperen y en eso trabajamos.

Remarca usted que el acuerdo por la Sanidad debe incorporar la participación activa de las CC.AA.

Claro, porque tienen un catálogo de competencias que son tan importantes

como para tener que contar con ellas. A nosotros nos parece que un Pacto de Estado tiene que contar con el máximo número posible de grupos parlamentarios. Evidentemente cada uno tiene su autonomía para entender si se dan las circunstancias para firmar o no un acuerdo. Lo ideal sería la participación y consenso de todos los grupos políticos. Nosotros hemos visto que el Partido Popular no ha sido capaz de incorporar en su propuesta al resto de los grupos, pero hay que seguir trabajando. En la parte que a nosotros nos incumbe, seguiremos planteando elementos que permitan que se incorporen otros grupos. Pero ya veremos la decisión que toma cada formación.

El PP dice que ese Pacto puede ser un lugar perfecto para definir no solo derechos, sino también obligaciones de los pacientes. ¿Ustedes también quieren que sea así?

Esto está establecido en la normativa, pero no creo que aquí sea un problema de obligación de pacientes; lo que se plantea es una necesidad que tiene la Sanidad española, más allá de que sea siempre conveniente continuar incrementando acciones de educación sanitaria o de uso adecuado de más recursos; pero no veo que este sea el problema ni el tema que motiva la posibilidad de llegar a un acuerdo de esta naturaleza.

¿Qué resaltaría de la posición del PSOE en este posible acuerdo de Estado por la Sanidad?

Me gustaría que se entendiera bien que los socialistas somos un partido de diálogo, que defiende el sistema público y que si somos capaces de generar un acuerdo amplio en defensa del sistema público estaremos de acuerdo en trabajar con el PP u otros partidos en esa dirección, aunque seamos muy escépticos porque hasta el día de hoy no ha habido movimientos en este sentido. De hecho, cuando el Partido Popular habla de la si-

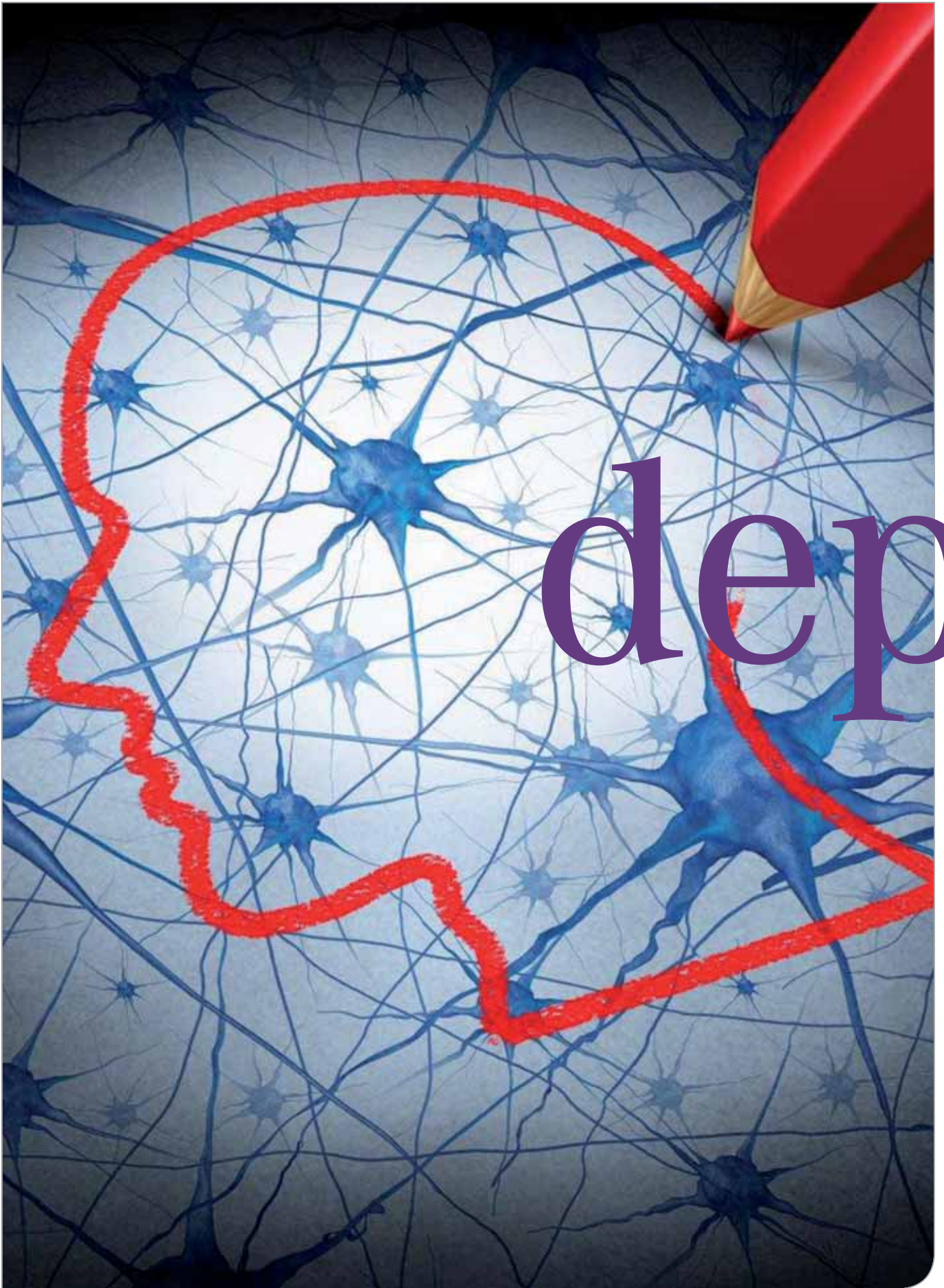


tuación del sistema sanitario público español, tanto en público como en privado, no asume autocritica ni crítica exterior, con lo cual partiríamos de diagnósticos de situación diferente.

Siendo así, ¿no cree misión imposible llegar a consensos partiendo de diagnósticos de situaciones diferentes?

Es difícil, por lo que tendremos que trabajar para ver cómo acercamos el diagnóstico de situación que sería el punto previo para hacer un acuerdo posterior. Porque si compartimos el diagnóstico de situación, el siguiente, que sería buscar cuál es la solución a los problemas de-

tectados, resultaría más fácil. Mi opinión es que tenemos que trabajar, que estamos con la disposición abierta a dialogar y consensuar, pero también repito que somos escépticos, porque la experiencia me dice que lo que hace y dice el Partido Popular no va en la línea de ceder cosas que ya estaban conseguidas, como la universalidad y el derecho propio por ser ciudadano, parámetros que modificó con el Real Decreto de 2012 y que deben ser rectificadas. Hasta ahora, frente a esta demanda el discurso del PP ha sido que no tiene que rectificar nada y así será difícil llegar a acuerdos. Pero desde el escepticismo constructivo vamos a dar una oportunidad al diálogo ■



depression



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2017

Cuando hablar
de la
resión
forma parte de su
solución

Texto | Francisco Romero



RADIOGRAFÍA A...

Cuando hablar de la depresión forma parte de su solución

Más de 2 millones de españoles sufre depresión, una enfermedad que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 será la segunda causa de incapacidad. La depresión afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales. Aunque se puede prevenir y tratar eficazmente, en España sólo la mitad de los afectados están diagnosticados y bien tratados (en los países con menos recursos la cifra apenas llega a uno de cada diez). Como cada 7 de abril, para celebrar su fundación, la OMS promueve el “Día Mundial de la Salud”, que este año tiene como objetivo concienciar a la sociedad en general, y a las autoridades sanitarias en particular, sobre la trascendencia de la depresión. Además se pretenden impulsar iniciativas para prevenir esta enfermedad y reducir su estigmatización social.

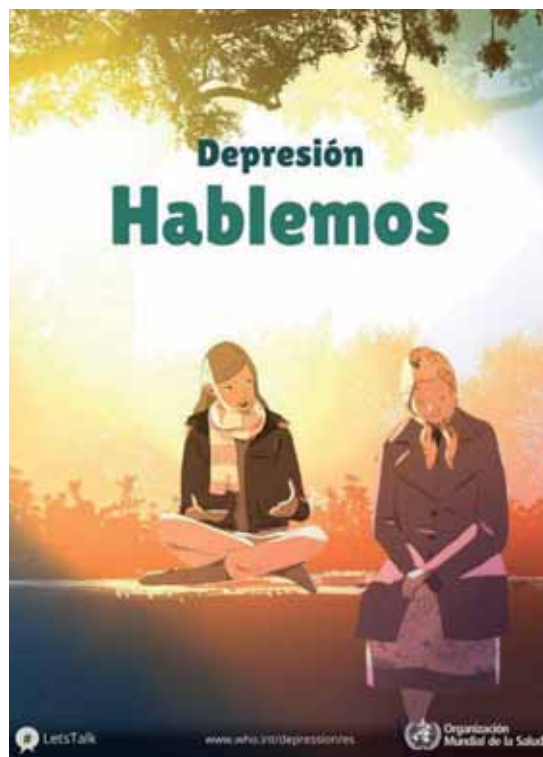
Hablemos de la depresión” es el lema elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Día Mundial de la Salud. Esta enfermedad provoca angustia mental y afecta a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos. Según la OMS, en 2020 constituirá la segunda causa de incapacidad en el mundo. Actualmente, se ha convertido en una preocupación social y se estima que más de 350 millones de personas la padecen en todo el mundo.

Tal y como recuerda la OMS, esta enfermedad se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Las personas con depresión suelen presentar varios síntomas, como pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio.

La depresión constituye un reto para la salud pública. Las tasas de prevalencia de depresión en España están en torno al 5 por ciento, pero se encuentran tasas superiores cuando los criterios de inclusión incorporan los casos subclínicos (ESEMED-España 2000). Sin embargo, la prevalencia

a lo largo de la vida se estima en torno al 17 por ciento de la población general. Según el presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), el Dr. Julio Bobes: “El estilo de vida actual no ha incrementado el número de casos de depresión, aunque sí han aparecido más cuadros depresi-

vo de una alta tasa de infradiagnósticos y, por lo tanto, también de infratratamientos de esta enfermedad crónica”. Por ello, este experto señala la necesidad de “reducir la estigmatización social asociada a la enfermedad, que en algunas poblaciones persiste y sigue muy arraigada”.



Y para tratar de superar este problema, en opinión del presidente de la SEP, “las nuevas tecnologías pueden ser de gran ayuda” y, de hecho, “parte de nuestro abordaje futuro de la depresión tendrá que apoyarse en las nuevas tecnologías como las aplicaciones móviles (App)”, pudiendo ser “especialmente útiles para mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes”, otro de los talones de Aquiles que se advierten actualmente en el manejo terapéutico de la depresión (la escasa adherencia a los tratamientos prescritos).

Sin embargo, esta nueva sociedad interconectada y copada por sistemas tecnológicos que facilitan la comunicación puede tener, en ocasiones, resultados contrarios a los esperados. Según el catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), director del Centro Colaborador de la UAM para la OMS y subdirector del CIBER de Salud Mental (CIBERAS), José Luis Ayuso, “las nuevas tecnologías influyen en la aparición de la depresión, una enfermedad causada por factores sociales, psicológicos y biológicos”. Para este psiquiatra, “las redes sociales y las nuevas tecnologías de la información han cambiado los hábitos de ocio y han incrementado

vos-ansiosos leves o moderados, especialmente en los peores años de la reciente crisis socioeconómica”.

El presidente de la SEP apunta que en la actualidad el tratamiento ha mejorado sustancialmente, aunque todavía es necesario optimizar los sistemas de monitorización. Y es que, según el Dr. Bobes, “sigue existien-



los contactos, pero los efectos no siempre son positivos para la Salud Mental”.

El éxito de la prevención

La OMS considera que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumas psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. También se han descrito estrechas relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Para evitar su aparición, el Dr. Vicente Garsull, coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental/Depresión de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) considera que “es necesario prevenir situaciones de estrés y educar a los pacientes para que afronten los problemas cotidianos y dispongan siempre de apoyo social.”

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las es-

trategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares, para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Por su parte, las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Además, los pro-

gramas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Con todo, si las medidas preventivas no son suficientes y termina desarrollándose la enfermedad, “resulta fundamental extremar las medidas diagnósticas y la coordinación asistencial, todo ello para conseguir

LA AMENAZA DEL SUICIDIO

Cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, la depresión puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, y situaciones muy límites, puede llevar al suicidio. Para el catedrático Luis Ayuso, “la vinculación entre depresión y suicidio es especialmente relevante y evidente entre los varones mayores de 65 años y, aunque en menor medida, entre los jóvenes”. Asegura que la relación entre depresión y suicidio consumado es “muy estrecha”, y que “la mejor forma de reducir los casos de suicidio es mejorar los tratamientos de la depresión”.

Cada año se suicidan más de 800.000 personas, siendo la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. España presenta una de las tasas más bajas de suicidio en Europa, pero los datos en nuestro país siguen siendo preocupante: actualmente se estima que, en España, hay una media de 10 suicidios diarios.



RADIOGRAFÍA A...

Cuando hablar de la depresión forma parte de su solución

una detección lo más precoz posible de esta enfermedad”, apunta el presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Algunos estudios indican que el número de pacientes con depresión diagnosticados por el médico de Atención Primaria se sitúa entre el 42 por ciento y el 72 por ciento del total de pacientes deprimidos. Para el Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental/Depresión de SEMERGEN, “el médico de Familia se encuentra en una posición privilegiada para realizar un diagnósti-

co y tratamiento de la depresión, al detectar pequeños cambios en el comportamiento, el carácter y los hábitos del paciente”. Con todo, el éxito de esta estrategia pasa, necesariamente, por “mejorar y agilizar la comunicación entre todos los niveles asistenciales”, subraya el Dr. Gasull.

Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos (como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal) o medicamentos antidepressivos. Los trata-

mientos psicosociales suelen ser eficaces en los casos de depresión leve; por su parte, los antidepressivos pueden ser útiles en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

En cualquier caso, para el Dr. Vicente Gasull, “la familia debe participar del plan de tratamiento y responsabilizarse, debe ser positiva, apoyar al paciente, crear un clima de confianza y seguridad en su recuperación, así como estimular a que realice pequeñas actividades y acompañarle en ellas”. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90 por ciento en muchos países) no los recibe. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Según el presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, Julio Bobes, “la falta de tiempo” en los médicos de Atención Primaria es una de las principales causas para no llevar a cabo el diagnóstico adecuado.

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO: LA REALIDAD OCULTA

En la campaña de la OMS se presta una especial atención a la depresión en el anciano. Y es que, según reconoce este organismo, es una enfermedad especialmente frecuente entre las personas de edad avanzada; sin embargo, generalmente se pasa por alto, y las personas afectadas no suelen recibir tratamiento.

La depresión entre las personas de edad avanzada va asociada normalmente a afecciones físicas, como cardiopatías, hipertensión, diabetes o dolor crónico; a acontecimientos vitales difíciles, como la pérdida de la pareja; y a una disminución de la capacidad para hacer cosas que antes se podían hacer. Las personas de edad avanzada corren un mayor riesgo de suicidio.

Según destaca la OMS, la depresión se puede tratar con terapia de conversación, con medicación antidepressiva o con una combinación de ambos métodos. Y, además, señala siete consejos muy básicos para aquellas personas de edad avanzada que necesitan saber qué hacer si están desanimadas o creen que pueden estar deprimidas:

- Hable de sus sentimientos con alguien de su confianza.
- Si cree que está deprimido, pida ayuda profesional. Hablar con un profesional sanitario local o con su médico de cabecera es un buen punto de partida.
- Siga haciendo las actividades que siempre le han gustado, o busque alternativas si ya no le es posible realizarlas.
- No se aíle. Mantenga el contacto con familiares y amigos.
- Coma a intervalos regulares y duerma suficientes horas.
- Si puede, haga ejercicio regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo.
- Evite o limite la ingesta de alcohol y tome solo los medicamentos que le prescriba su médico.

Recursos del sistema de salud

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga que supone la depresión y, en general, los trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76 por ciento y un 85 por ciento de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35 por ciento y un 50 por ciento. Para el catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), José Luis Ayuso, “la depresión afecta tanto a personas que viven en países desarrollados como en

países con bajos ingresos”, y “es un problema de salud pública” que no recibe la atención sanitaria adecuada.

El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social. “A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social”, exige José Luis Ayuso.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la Salud Mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Este Plan tiene el objetivo de reforzar un liderazgo y gobernanza eficaces en el ámbito de la Salud Mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de Salud Mental completo, integrado y con capacidad de respuesta, y poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la Salud Mental. El Plan también pretende fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la Salud Mental.

Objetivo de la campaña: pedir y obtener ayuda

El Día Mundial de la Salud tiene como objetivo concienciar, identificar y prevenir a las personas acerca de algún

trastorno. Cada 7 de abril se conmemora la fundación de la OMS, en 1948, y se elige una temática sobre salud para tratar. Este año se centra en la depresión.

El objetivo de la campaña de este año es

“Hablemos de la depresión” es el lema elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Día Mundial de la Salud 2017

LA DEPRESIÓN, EN CIFRAS EN ESPAÑA

En España, según datos aportados por la Asociación Española de Psiquiatría (SEP), el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5 por ciento) que en hombres (8,9 por ciento) (GPC, 2014), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4 por ciento (Gabilondo, 2010). Diferentes trabajos publicados cifran en un 50 por ciento los trastornos depresivos que no reciben tratamiento o no el adecuado (psicofármacos o psicoterapia o combinación). En estudios españoles como el estudio SCREEN los trastornos depresivos se encontrarían en cerca del 20 por ciento de los pacientes atendidos en Atención Primaria. Hasta el 43 por ciento de los pacientes abandona el tratamiento y otro porcentaje importante no lo cumple como le ha sido prescrito. Los datos señalan que cada episodio depresivo incrementa la probabilidad de una recaída posterior. Aproximadamente, un 60 por ciento de los pacientes que ha sufrido un episodio depresivo presenta al menos una recurrencia a lo largo de su vida (Yiend, 2009). La estimación de la prevalencia para España es del 4,33 por ciento (Ferrari, 2013).

Se estima que la depresión representa el 3,8 por ciento del total de años de vida ajustados por discapacidad para la población europea. El aumento de esta incidencia en nuestro país, y en Europa en general, se debe fundamentalmente a varios factores: el incremento de la edad media en la población, el nivel de estrés que invade a nuestras sociedades y al aumento de consumo de sustancias tóxicas y fármacos.

que la sociedad en general esté mejor informada sobre la depresión, sus causas y sus posibles consecuencias, incluido el suicidio, y sobre la ayuda de la que se dispone para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, se pretende que las personas con depresión

sin tratar pidan y obtengan ayuda, y que los familiares, los amigos y los colegas de las personas con depresión puedan apoyarlas.

El eje de la campaña es la importancia de hablar de la depresión como componente vital de la curación. La estigmatización de las enfermedades mentales, incluida la depresión, sigue siendo un obstáculo para que las personas

de todo el mundo pidan ayuda, reconozca este organismo. Por ello, insisten en que hablar de la depresión, bien con un familiar, amigo o profesional médico, bien en contextos más amplios (como la escuela, el lugar de trabajo y los entornos sociales) o en el ámbito público (medios de comunicación, blogs o redes sociales), ayuda a eliminar esta estigmatización, lo que, en definitiva, conllevará un aumento de las personas que piden ayuda.

Esta campaña va dirigida a todas las personas, independientemente de su edad, sexo o condición social, aunque la Organización Mundial de la Salud quiere prestar más atención a tres grupos afectados de manera desproporcionada: los jóvenes de 15 a 24 años, las mujeres en edad de procrear (especialmente tras el nacimiento de un hijo) y las personas de edad avanzada (más de 60) ■





Los
registros
de
actividad
son
clave
para alcanzar los estándares
de calidad

Tomasa Centella Hernández

Presidenta la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



“Los registros de actividad son clave para alcanzar los estándares de calidad”

Tomasa Centella Hernández preside la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular y la Comisión Nacional de Cirugía Cardiovascular, donde quiere mantener la calidad científica y el desarrollo de la especialidad. Para ello, trabajan en varios frentes, donde la formación y la reacreditación son pilares básicos.

¿Cuáles son los objetivos principales de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTVC)?

Nuestra Sociedad tiene como objetivos fundamentales velar por la calidad científica y el desarrollo de la Cirugía Torácica-Cardiovascular en España. Para ello, facilitamos el intercambio de avances y conocimientos entre los profesionales relacionados con nuestra

especialidad médica mediante el patrocinio y organización de cursos, reuniones científicas y congresos. Esta difusión, también se vehicula a través de la Revista Cirugía Cardiovascular y nuestra página web. Además, definimos los estándares de calidad en las diferentes áreas que constitu-

yen el campo de acción de la Cirugía Torácica-Cardiovascular, mediante documentos de consenso, guías clínicas y recomendaciones. También prestamos especial atención a la formación continuada de nuestros especialistas mediante programas monográficos dirigidos a la actualización de conocimientos y a la mejora continua.

Durante los últimos años la Comisión Nacional ha venido trabajando en un nuevo programa de formación que se adaptase a los establecidos en los países de nuestro entorno y que recogiese los progresos de estos últimos 20 años

¿Y en la práctica clínica?

Velamos por la calidad de nuestra práctica diaria para que redunde en el beneficio de nuestros pacientes. Para ello, coordinamos el registro de actividad que desde el año 1984 envían los centros de nuestro país, lo que permite comparar cada uno de ellos con la media nacional así como con los países de primer nivel de nuestro entorno y además, tenemos un intercambio del conocimiento entre diferentes asociaciones nacionales e internacionales que posibiliten ampliar nuestra formación en el campo asistencial e investigador.

¿En qué consiste el proyecto Quip-España?

Siguiendo con uno de los objetivos fundamentales y comunes a toda sociedad científica, la SECTCV, publica anualmente un

registro sobre actividad y resultados aportados de forma voluntaria por la práctica totalidad de los centros de nuestro país. Este registro resume las intervenciones realizadas anualmente, la mortalidad de estos procedimientos y, en los últimos años, se compara con la mortalidad esperada teniendo en cuenta las escalas de riesgo (EUROSCORE I Y II) internacionalmente aceptadas. Sin embargo, este registro, que nos permite comparar la evolución de nuestra especialidad a lo largo de los últimos años y realizar estudios entre comunidades, además de situarnos frente a otros países de nuestro entorno, resulta claramente insuficiente para al-

canzar los estándares de calidad que el ejercicio de nuestra profesión exige. En la línea de la Asociación Europea de Cirugía Cardiorrástica (EACTS) nuestra sociedad se adhirió al programa europeo de mejora de calidad Quality Improvement Programme (QUIP) consistente en la creación de una base de datos internacional que posibilita evaluaciones comparativas. Nuestra Sociedad comenzó a incorporarse al proyecto durante el año 2016.

¿Qué objetivo persigue tener un registro de pacientes en España?



La SECTCV ha decidido incorporar la base de datos QUIP-Europa como un registro nacional de pacientes sometidos a intervenciones de Cirugía Cardiovascular, como registro de calidad español. Esta base de datos nacional "QUIP-España" permite obtener la información que prestigia una actividad profesional que se dirija a conseguir el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Sólo los registros basados en pacientes proporcionan datos fiables y auditables que permiten a los profesionales la mejora continua.

¿Cómo se beneficia la investigación?

En el año 2015 comenzamos la puesta en marcha de este registro y ya son alrede-

edor de 16 servicios los que han comenzado a mandar datos correspondientes al año 2016. Durante el pasado mes de febrero, la SECTCV organizó la tercera reunión de servicios para exponer las dificultades logísticas y administrativas encontradas durante este primer año. A esta reunión asistieron representantes (la mayor parte de ellos jefes de Servicio) de 45 centros nacionales, lo que demuestra el interés que nuestros especialistas tienen en el proceso de mejora continua y la transparencia de nuestra actividad, lo que en definitiva redundará en el beneficio de nuestros pacientes.

¿Cómo se articulan los programas de formación dentro de la SECTCV?

Uno de los principales objetivos de nuestra sociedad es la formación de nuestros especialistas. Para ello, tenemos diferentes programas. De forma anual, organizamos un curso para residentes que cada año se dedica a una de las grandes áreas de conocimiento de nuestra especialidad. Este curso presenta una doble finalidad: por un lado, complementar la formación mediante sesiones teóricas sobre los conocimientos básicos del área específica en cuestión, la realización en sesiones experimentales o simuladores de prácticas relacionadas con el programa y, por otra parte, que los especialistas en formación tengan la posibilidad de conocerse e intercambiar experiencias durante el periodo de residencia. Cada año convocamos el curso para el próximo ejercicio y se otorga a un comité local la responsabilidad de llevar adelante el programa. El próximo curso se celebrará en Barcelona, en el Hospital de Bellvitge, durante los días 5 y 6 de mayo y se tratarán temas alrededor de la insuficiencia cardiaca, las diferentes formas de asistencia ventricular y el trasplante. Por otra parte, la SECTCV patrocina cursos monográficos de formación dedicados a patologías concretas que tienen la finalidad de profundizar en los nuevos avances de nuestra especialidad. Además, durante este año nuestra sociedad tendrá apunto una plataforma de educación continuada on-line que pretende cubrir una necesidad clara para nuestros profesionales, pero también dirigida a estudiantes y a la población general que facilite la adquisición de competencias tanto básicas como avanzadas y que, en algunos casos, combinará la formación teórica con cursos presenciales.

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

Lógicamente debe haber diferencias en los niveles de educación impartidos en los cursos de formación dirigidos a diferentes colectivos. Los especialistas en formación tienen que adquirir un número de competencias básicas que les permi-





tan enfrentarse progresivamente al amplio espectro de patologías que trata nuestra especialidad. Los ya formados, que cuentan con esas competencias básicas, deben reafirmar periódicamente sus conocimientos y adquirir competencias más profundas adaptándose a las nuevas aportaciones científicas en un proceso de mejora continua.

Los planes de formación ¿están en consonancia con los establecidos en los países europeos de nuestro entorno?

Desafortunadamente no lo están. El último programa de formación en Cirugía Cardiovascular data del año 1996. Durante los últimos años la Comisión Nacional de Cirugía Cardiovascular ha venido

trabajando en la confección de un nuevo programa de formación que se adaptase a los establecidos en los países europeos de nuestro entorno de primer nivel y que recogiese los progresos que en nuestra especialidad han venido realizándose durante estos últimos 20 años. Evidentemente este programa se ha realizado siguiendo la ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que se desarrolló en el Real Decreto 639/2014 de 25 de Julio. Nuestra especialidad se adelantó al resto de las especialidades en la confección de un programa basado en competencias acorde a la legislación vigente, por la imperiosa necesidad de adaptar nuestro programa de formación precisamente a nuestros países vecinos, lo que entre otros motivos, podía conseguir la homologación de nuestro título de especialista. Este programa de formación siguió las etapas correspondientes siendo ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades. Sin embargo, la suspensión del Real Decreto 639 por el Tribunal Supremo ha paralizado la aprobación final del mismo. No obstante,

desde nuestra Comisión Nacional -con el apoyo de la SECTCV- hemos solicitado la continuidad en el proceso de publicación desde el convencimiento de la necesidad absoluta y urgente de adaptar nuestro programa a la realidad actual.

¿Hay un CV común europeo?

No existe un CV común europeo. Las titulaciones en el seno de la Comisión Europea tienen en cuenta los programas de formación de cada miembro y se recogen

en una directiva común que evalúa dichos programas y homologa las titulaciones de cada país. Hasta el pasado año, nuestra titulación no estaba contemplada en esta directiva. Finalmente, conseguimos ser homo-

logados aunque es deseable que en los nuevos epígrafes relacionados con nuestra especialidad podamos aportar el nuevo programa que posibilite una inclusión más lógica.

¿Cómo se está articulando la reacreditación?

El proceso de reacreditación de especialistas, bajo nuestro punto de vista, debe ser un procedimiento ágil y que contemple las diferentes facetas de nuestra actividad diaria. En nuestra sociedad, comenzamos hace unos años con la acreditación de los cursos de formación que consideramos imprescindibles para la formación continuada de nuestros especialistas. Durante el presente ejercicio, hemos comenzado la puesta en marcha de un grupo de trabajo que establezca los criterios para la reacreditación periódica de nuestros profesionales. Por supuesto, consideramos que es un proceso que debe ser liderado por las sociedades científicas que conocen la actividad profesional y que velan por el desarrollo de la especialidad.

¿Cómo se introduce la innovación en la práctica clínica diaria?

Como en otros campos de la Medicina, nuestra actividad no puede mejorar sin la ayuda de las Empresas de Tecnología Sanitaria. Nuestro trabajo diario depende en un grado muy importante de la investigación que estas compañías continuamente están desarrollando. En los últimos años nuestra especialidad es puntera en el desarrollo de nuevas tecnologías con una investigación seria y siguiendo una metodología que permita introducir los cambios de intervenciones en nuestros pacientes.

¿Los hospitales disponen de la tecnología más puntera para sus intervenciones?

Rotundamente sí. Entre otros motivos porque la comunicación entre los especialistas españoles en Cirugía Cardiovascular es continua y fluida, y todos nosotros luchamos por mantenernos actualizados. Los cambios desarrollados en los últimos años, que se han implantado en todas nuestras áreas de trabajo: la cirugía mini-invasiva, los procedimientos percutáneos y el avance de la cirugía de las cardiopatías congénitas en todas las edades motivan a nuestros profesionales para que lideren el proceso de innovación en nuestros hospitales. Por lo que, a pesar de la crisis, hemos conseguido mantener unos estándares de calidad comparables a los países de primer nivel.

¿Hay suficientes cirujanos torácicos y cardiovasculares en España?

Si nos limitamos a considerar el número de especialistas, desgraciadamente exceden al número que sería lógico en función de las necesidades de nuestros centros. Tanto nuestra Sociedad como nuestra Comisión Nacional llevan años intentando disminuir el número de plazas que anualmente se convocan en el proceso de formación de médicos internos residentes para nuestra especialidad. Todas nuestras acciones han sido infructuosas y cada



años siguen convocándose más de 20 plazas en nuestra especialidad. Esto ha contribuido a un exceso de especialistas, que desgraciadamente se ven obligados a marcharse a otros países, o a volver a comenzar una especialidad diferente, con el correspondiente gasto innecesario que esta situación conlleva.

¿Con qué especialidades tienen más relación? ¿Con cuáles tienen que trabajar de forma coordinada?

Son muchas las especialidades con las que tenemos que trabajar en estrecho contacto, sobre todo por el gran número de áreas de conocimiento que desarrollamos. Fundamentalmente necesitamos trabajar conjuntamente con los cardiólogos de cardiopatías adquiridas y de congénitas, pero también con especialidades centradas en la imagen, como el radiodiag-

nóstico, con los especialistas en angiología y cirugía vascular, o con los que se ocupan de las enfermedades infecciosas. Resultaría imposible enumerar todas las especialidades, sin embargo, nuestros especialistas son los más interesados en conseguir que el trabajo se realice partiendo de un punto de vista nuclear centrado en el paciente para que los profesionales trabajen en un ambiente multidisciplinario, que englobe a todas las especialidades que tratan al paciente y que entre todas se consiga el beneficio esperado, que no puede ser otro que el mejor que conjuntamente podamos ofrecer.

¿Qué papel tiene FACME en esa relación?

FACME representa al colectivo de las sociedades científicas y constituye la vía fundamental para canalizar y exigir el papel que éstas deben tener en nuestro

Sistema de Salud, realizando un trabajo incuestionable en la defensa general de las sociedades científicas. En mi opinión, las relaciones particulares entre las sociedades científicas deberían realizarse en un ámbito más particular. Concretamente en nuestro caso, en los últimos años hemos firmado acuerdos de colaboración entre sociedades españolas, tales como la Sociedad Española de Cardiología, el CNIC, la Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares o la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. También con sociedades internacionales como es el caso de la Sociedad Sudamericana de Cardiología y la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Estos acuerdos posibilitan la elaboración de documentos conjuntos y acercan más a los profesionales, potenciando el buen hacer y compartiendo proyectos de formación e investigación en los que indudablemente convergemos.

¿Qué participación tienen sus socios en los foros internacionales?

Durante los últimos años la presencia de cirujanos cardiovasculares en los congresos y reuniones internacionales se ha hecho progresivamente más patente, lo que traduce el gran compromiso de nuestros profesionales con el progreso continuo de nuestra especialidad. Esta participación se ve reflejada también en el número de publicaciones internacionales en revistas de reconocido prestigio, así como en la participación en Sociedades Europeas, con cargos de responsabilidad, o en la Unión europea de médicos especialistas (UEMS) ■

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





La
industria
farmacéutica
goza globalmente de
buena salud,
dadas las inmensas posibilidades
a la innovación que ofrece
el progreso científico actual

Javier Urcelay

Director General Shire

Texto | M. D. H./L. R.

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA
Javier Urcelay

“La industria farmacéutica goza globalmente de buena salud, dadas las inmensas posibilidades a la innovación que ofrece el progreso científico actual”

Dónde estamos

¿Cómo valora la Sanidad en España? ¿Cuáles son en su opinión sus fortalezas y debilidades? ¿Dónde están las principales áreas de mejora?

Comparto la opinión de la mayoría de nuestros conciudadanos sobre la calidad del sistema sanitario español, su amplia cartera de servicios y la universalidad de su cobertura. Precisamente por eso hay que cuidar su sostenibilidad, asegurando suficiente financiación, inversiones tecnológicas, motivación de sus profesionales etc. como en cualquier gran empresa. Pero, sobre todo, cuidando que nuestro Sistema Nacional de Salud siga siendo un sistema integrado y cohesionado, y no devenga en un racimo ineficiente de 17 sistemas distintos con políticas divergentes.

Le hago la misma pregunta con respecto al sector farmacéutico en concreto...

La industria farmacéutica goza globalmente de buena salud, dadas las inmensas posibilidades a la innovación que ofrece el progreso científico actual, tanto en biomedicina como en tecnologías instrumentales. En países o entornos concretos la situación puede ser diferente, pero la fortaleza de la industria farmacéutica es precisamente ser una industria global y desarrollar un tipo de producto para el que la demanda seguirá creciendo. Su vulnerabilidad es que necesita estabilidad y predictibilidad para desarrollar unas inver-

siones que son siempre a largo plazo. Como “área de mejora” propondría la necesidad de un trabajo más estrecho con los sistemas sanitarios precisamente para hacer accesible y financiable toda esa innovación que está por venir.

Si tuviera que definir la situación actual de la industria farmacéutica en España, qué término utilizaría y por qué: ¿‘Prometedora’, ‘estancada’...?

El sector farmacéutico ha sufrido las consecuencias del déficit público y los recortes presupuestarios derivados de la crisis que han hecho, también a este sector de nuestra economía, perder una década. Ahora parece que vuelven a apreciarse “brotes verdes” pero aún percibidos con cierta desconfianza.

En relación con lo anterior, ¿se evoluciona al ritmo que se debería? ¿Cuál es nuestra situación con respecto a Europa?

Las consecuencias de nuestra profunda crisis económica han sido la pérdida de posiciones de España entre los principales mercados farmacéuticos del mundo y que países como Canadá, Brasil o incluso Escandinavia se nos pongan en algunos casos por delante. Seguimos siendo el quinto mercado de Europa, pero un poquito más lejos de los de delante que antes.

¿Cree que ha perdido fuelle? Es decir, que con la adversa coyuntura económica se ha perdido dinamismo o quizás ha

El marco regulatorio no tiene nada que envidiar al de otros países de nuestro entorno. Otra cosa es la política de precios y los retrasos en su aprobación...

Sin la industria farmacéutica no se desarrollarían hoy nuevos medicamentos



sido más determinante el marco regulatorio...

El marco regulatorio no tiene nada que envidiar al de otros países de nuestro entorno. En algunos casos, como en la regulación de los Ensayos Clínicos, puede incluso aventajarlos. Otra cosa es la política de precios y los retrasos en su aprobación...

¿Qué pide el sector a la política farmacéutica del gobierno?

Lo de siempre: reglas claras y horizontes predecibles. Y que evite, en lo posible, que cada comunidad autónoma pretenda emular a la EMA o a la FDA.

En este sentido, ¿están haciendo mella las reiteradas modificaciones regulatorias, que pretenden reducir el gasto y el déficit público, en los márgenes de las empresas del sector?

¡Qué duda cabe! Los recortes de Sanidad los está soportando la industria en una ma-



nera no proporcional a su contribución al gasto.

Aun así, ¿diría que se han producido avances significativos en la investigación en el sector farma? ¿Qué logros destacaría?

Puedo hablar de lo que mejor conozco: las enfermedades raras o de escasa prevalencia. Más de 7.000 entidades patológicas distintas y de las que apenas poco más de la centena tienen tratamiento específico. Desde que se pusieron en marcha medidas de estímulo a la investigación, cerca de 1.500 medicamentos han sido designados como “Medicamentos Huérfanos” –medicamentos específicamente para tratar estas enfermedades de escasa prevalencia- cuando apenas existían un par de docenas antes de desarrollarse las citadas medidas. Recientemente hemos celebrado el Día Mundial de las Enfermedades Raras, y en España se ha hecho bajo el lema “La investigación es nuestra esperanza”. Esos cerca de 1.500 nuevos medicamentos huérfanos en desarro-

llo son, precisamente, la mejor expresión de esa esperanza.

¿Qué aporta la industria farmacéutica a la I+D?

Todo, por lo menos en la parte de la “D”. Sin la industria farmacéutica no se desarrollarían hoy nuevos medicamentos. Las inversiones necesarias serían, simplemente, prohibitivas para cualquier organismo público, del tipo que fuera. Conviene recordarlo hoy que algunos creen que la industria farmacéutica debería desaparecer.

¿Y al sector industrial?

Se suele hablar de cambiar nuestro modelo productivo, de competir en una economía globalizada y de productores baratos con sectores de alto valor añadido, de apostar por la innovación como fuente de competitividad global... Todo eso es precisamente la industria farmacéutica, y sus cifras de empleo, inversión en I+D, exportaciones etc hablan por sí mismas. Convendría, en este sentido, que los Ministerios de Sani-

dad, Economía e Industria tuvieran una visión más holística sobre la industria y su capacidad de contribución a la economía nacional. Si sólo se nos ve como proveedores del Sistema Nacional de Salud en partidas presupuestarias que hay que abaratar, nos estamos perdiendo algo.

Así somos

Shire es la principal empresa mundial de biotecnología dedicada a las personas afectadas por enfermedades poco frecuentes y otras patologías de alta especialización. ¿Cómo se llega a este punto? Y ¿por qué se opta por esta especialización?

Como he mencionado anteriormente, existen más de 7.000 enfermedades raras, y sólo una pequeñísima proporción tienen tratamiento específico. Son generalmente enfermedades gravemente debilitantes, en muchos casos mortales, que en un porcentaje grande afectan a la infancia, que suponen siempre una carga familiar y asistencial tremenda. Existe por tanto una gran necesidad médica no resuelta, a la que podría aplicarse aquello de “detrás de cada problema existe una oportunidad”. En este caso esto es lo que ha llevado a Shire a centrar su investigación y sus recursos en este grupo de enfermedades, así como algunas otras altamente especializadas, con la esperanza de poder cambiar algún día la vida de todos esos pacientes, de todas esas familias.

Las últimas adquisiciones y fusiones han convertido a Shire en una compañía que se mueve en otras áreas terapéuticas... ¿Cuáles son y qué destacaría de este hecho?

Además de las enfermedades raras –ya sea la hemofilia o enfermedades metabólicas, inmunológicas u oncológicas-, que es nuestro campo de atención prioritaria y en el que somos empresa líder, también enfocamos nuestros esfuerzos en otras patologías altamente especializadas como la enfermedad inflamatoria intestinal, el TDAH o las enfermedades oftalmológicas.



ENTREVISTA Javier Urcelay

Volviendo a las enfermedades poco frecuentes, recientemente la ministra de Sanidad se comprometía a estudiar que la investigación en ER sea una actividad prioritaria de mecenazgo dentro de la Ley de PGE. ¿Confía en este tipo de promesas?

Europa ha establecido “aguas arriba” incentivos a la investigación y desarrollo de medicamentos huérfanos. Sin embargo, luego, “aguas abajo”, cuando el medicamento llega a su fase de comercialización, nos encontramos ante la necesidad de superar no pocas barreras de aprobación, de precio y reembolso, de prescripción... No sería una mala cosa empezar por arreglar esta contradicción al tiempo que se buscan fórmulas adicionales del tipo de las que propone la ministra.

Asimismo, el Ministerio ha anunciado que se va a retomar el Plan Piloto para acelerar el diagnóstico en ER (anunciado en 2015) y definir rutas asistenciales en cada CCAA que aseguren a todas las familias con sospecha de enfermedades raras el acceso efectivo y ágil a un diagnóstico genético. ¿Es el diagnóstico el talón de Aquiles de las ER? ¿Se rebajarán esos 5 años de media?

Efectivamente, el diagnóstico es uno de los mayores problemas de los pacientes que sufren una enfermedad rara. Y este retraso en el diagnóstico es causa de sufrimiento para el paciente y su familia y muchas veces de agravamiento de su enfermedad. Pero es también fuente de grandes ineficiencias para el sistema sanitario. Es necesario un esfuerzo mancomunado y mucho mejor para asegurar el pronto diagnóstico de este tipo de enfermedades raras, que puede empezar tan pronto como con el screening genético, pero que debe exten-

derse al testaje de subgrupos de pacientes de riesgo usando herramientas big data, a la introducción de ciertas pruebas de rutina ante determinados grupos de síntomas etc. A veces pareciera que el sistema sanitario considerara un problema que esos cientos de miles de pacientes se diagnosticaran, cuando el problema, incluso económico, es justamente el contrario.

Si tuvieran ‘carta blanca’ para pedir, ¿qué otras medidas o soluciones consideran que serían más adecuadas para incentivar la investigación y promover el desarrollo de fármacos?

Hay peticiones que podrían calificarse como lo que los ingleses llaman “wishful thinking” y nosotros llamaríamos “carta a los Reyes Magos”. A mi esas cosas me parecen bien, pero no sería las que pediría porque o no son viables, o necesitarían reformas legales, dineros o condiciones que no están al alcance de la mano. Por eso preferiría concentrarme en iniciativas que tuvieran la doble condición de factibles y de altamente deseables en función de su previsible impacto. Cosas como la creación de fondos nacionales o autonómicos que eliminaran las inequidades por motivos presupuestarios, la dotación económica y verdadero desarrollo de CSUR o centros de referencia, la creación de redes de laboratorios especializados en el diagnóstico y cribaje, la dotación de unidades de genética clínica, la incentivar fiscal a las inversiones privadas en investigación etc. Todo ello es perfectamente factible y realizable si se tiene eso que suele llamarse voluntad política, porque todo lo demás que se necesita está ahí.

Desde Shire hay un compromiso de lanzar 30 nuevos fármacos contra las en-

fermedades raras, ¿cómo se consigue algo así?

La riqueza actual de nuestra cartera de productos en desarrollo, con más de 35 moléculas en investigación, es resultado tanto de la investigación interna, como de los acuerdos de colaboración extramuros con centros de investigación, como de las adquisiciones llevadas a cabo en los últimos años. Resultado de todo ello es un pipeline envidiable que promete no sólo un gran futuro para Shire sino, y lo que es más importante, una gran esperanza para miles de pacientes en todo el mundo.

Según un estudio de la Universidad de Liverpool (Reino Unido) publicado en la revista PLOS One, las compañías que comercializan medicamentos huérfanos son cinco veces más rentables y tienen un valor de mercado un 15 por ciento superior al de los competidores que no cuentan con estos fármacos, ¿qué opinión le merece este trabajo? ¿Lo suscribiría? ¿Según sus cifras, es realmente así?

Conozco el estudio, aunque no soy un experto como para poder valorarlo desde el punto de vista metodológico. Es evidente que los incentivos de diverso tipo puestos en marcha en Estados Unidos, Japón y también la Unión Europea, han hecho mucho más atractivo invertir en este campo. Pero no debemos tampoco olvidar que se trata de una inversión de muy alto riesgo, en la que la mayor parte de los proyectos acaban en fracaso o en un callejón sin salida. Es por eso que quien decide arriesgar su dinero necesita un horizonte de atractiva rentabilidad si tiene éxito.

Y con respecto a la sociedad en general, ¿cree que el paciente es realmente consciente del verdadero precio de un fármaco?

Es posible que el paciente no sea plenamente conocedor del precio del fármaco, como probablemente tampoco lo sea del coste del resto de la atención sanitaria que recibe. A ello contribuye poco el que suela

oírse hablar a ciertos demagogos de “asistencia médica gratuita”. En cualquier caso una cosa es el “precio” y otra el “valor”, y estoy seguro que este último es el paciente el que mejor lo percibe y que muchos pensarán que no hay dinero en el mundo que pudiera pagar el valor que le aporta un medicamento que le ha cambiado la vida.

Antes le preguntábamos lo que aporta la industria farmacéutica a la I+D del país. ¿Qué aporta Shire en concreto?

Lo hemos hablado antes: Shire aporta la mayor cartera de productos en investigación y comercializados para el tratamiento de las enfermedades raras existente hoy en la industria. Y junto a ello un compromiso con las enfermedades raras que va desde la formación médica continuada y la formación de los especialistas a los programas de apoyo a pacientes, la facilitación del diagnóstico y las campañas públicas de concienciación sobre estas enfermedades.

Hacia dónde vamos

Más allá del tema económico y financiero, ¿cree que todavía tienen poca visibilidad las ER? ¿Siguen estando estigmatizadas? ¿Echa en falta el respaldo de la población y las políticas sociales?

Las asociaciones de pacientes, y en particular FEDER, están ayudando mucho a que la problemática de los pacientes con enfermedades raras sea mucho mejor conocida por la población. El patrocinio de S.M la Reina es también una ayuda inestimable en este sentido, como lo es el compromiso de la industria de medicamentos huérfanos a través de AELMHU. Se ha hecho y se hace mucho, pero queda muchísimo por hacer, porque hablamos de un colectivo afectado que puede rondar los 3 millones de personas en España entre enfermos y sus familiares más cercanos, de más de 7.000 patologías, de un conocimiento médico aún muy precario...

A día de hoy, ¿podría explicarnos con qué apoyos, ayudas o subvenciones



cuentan las empresas farmacéuticas que investigan este tipo de productos si es que se cuenta con alguno?

La Unión Europea estableció en 2002 en la llamada *Regulation on Orphan Medicinal Products* una serie de incentivos que siguen vigentes: disminución de tasas, otorgamiento de periodos de exclusividad en el mercado, asesoramiento científico en el desarrollo de los protocolos y aprobación por procedimiento centralizado.

Hasta la fecha, ¿cuáles han sido los principales logros de Shire y cuáles sus objetivos y áreas prioritarias de cara al futuro?

Shire es la empresa líder en medicamentos para el tratamiento de la hemofilia en sus distintas variantes, no sólo en cuanto a comercializar algunos de los medicamentos más valorados por los especialistas sino

también por la amplitud de su portfolio de productos, dirigidos tanto a la Hemofilia A y B, con y sin inhibidores, congénita o adquirida etc. Es también líder en medicamentos para enfermedades metabólicas de depósito lisosomal, como la enfermedad de Fabry, Gaucher o Hunter. Y somos también líderes en otras patologías genéticas, como el angioedema hereditario o las inmunodeficiencias primarias. Junto a todo ello estamos desarrollando o estamos a punto de comercializar otros importantes avances médicos en campos como el síndrome de intestino corto, el hipoparatiroidismo severo, la leucemia linfoblástica aguda o el cáncer de páncreas, por citar sólo algunos.

¿Y los principales escollos a salvar, las preocupaciones actuales de su compañía?

En nuestro caso nuestra preocupación es nuestra ocupación: cómo podemos cada día hacer mejor nuestro trabajo para investigar, desarrollar y poner a disposición de los pacientes medicamentos innovadores que ayuden a mejorar sus vidas, que les alivien en su sufrimiento y les ayuden a integrarse plenamente en la sociedad y tener una vida lo más plena posible. Cuando se tiene cada día este objetivo en mente, las “preocupaciones” tienen menos importancia y las “ocupaciones” toman su lugar.

¿Qué aliados, tanto nacionales como internacionales, tiene Shire? ¿Colabora con otras entidades y fundaciones? ¿Es miembro o participa en foros de expertos como por ejemplo la Organización Europea de Enfermedades Raras (EU-RORDIS)?

Nuestros aliados son todos los que comparten ese empeño por ayudar a los pacientes con enfermedades raras, que afortunadamente son muchos, los que usted menciona y toda la comunidad humana, profesional y científica agrupada en torno a las enfermedades minoritarias, con la que Shire colabora activamente y a la que espera cada día aportar su granito o su grano de arena ■



Profesionalización, clave

para avanzar en la eficacia
y eficiencia del sistema

Texto | Clara Simón Vázquez



La profesionalización de los directivos de la salud y de la gestión sanitaria es el eje vertebral para que el sistema funcione y lo haga con garantía de resultados en salud y de eficiencia, asegura Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA, en el epílogo de la Actualización del Informe SEDISA sobre profesionalización de los directivos de la salud, que se ha presentado en el XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, que se estaba celebrando en Sevilla al cierre de esta edición.

Para el responsable del Comité de Profesionalización de SEDISA, Mariano Guerrero Fernández, las funciones y labor que ejercen los directivos de la salud son fundamentales para la calidad y la sostenibilidad del sistema, por lo que la dirección y gestión sanitaria constituyen una profesión basada en el compromiso inherente del servicio a la salud, de ser un buen profesional con conocimiento en el marco de una actitud pedagógica y la solidaridad con la salud de la población.

Por eso, tanto la calidad como la excelencia son imprescindibles. “No se trata de concesiones gratificables o complacientes, sino valores que todos los gestores deben tener asumidos. De igual forma, tanto los centros y hospitales como los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad social: los centros deben ser gobernados con transparencia absoluta y potenciar la seguridad del paciente y las buenas prácticas, por parte de todos”, asegura Mariano Guerrero Fernández en el citado documento.

Accreditación

Para lograr estos objetivos, se necesitan directivos de la salud profesionalizados, que accedan a sus cargos a través de evaluación de su formación acreditada y de su experiencia contrastada. Además, deberían ser contratados en vez de nombrados y evaluados teniendo en cuenta los

objetivos establecidos. No hay que olvidar el desarrollo de su carrera profesional, prestando especial atención a la formación continuada.

En este sentido, es necesario que exista un baremo que reconozca la experiencia, donde se incluya el tiempo trabajado, el nivel de responsabilidad y el tipo de hospital donde se ha trabajado. Así, SEDISA propone generar un procedimiento sencillo, con un modelo a

valorar como guía, de forma que los comités evaluadores lo tengan en cuenta como una línea a seguir.

El informe se ha dividido fundamentalmente en dos grandes bloques. El primero se centra en la evolución de los últimos tres años, el balance de la situación actual y una aproximación al “atlas” de la profesionalización desde el punto de vista de las comunidades autónomas, mientras que en el segundo se definen las medidas prioritarias para la profesionalización y se describe el perfil del directivo de la salud, desde el punto de vista de la experiencia profesional, sus competencias y la formación. El punto de partida es el anterior informe de SEDISA, donde se recogía que los directivos sani-

tarios han de poseer unas competencias entendidas como el conjunto de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer) y actitudes (querer hacer) que, aplicados en el desempeño de una determinada responsabilidad o aportación profesional (¿por qué lo hacemos?), permiten a una persona ser “competente” en la función que realiza.

Legislación

Desde la publicación del informe en 2013, ha habido disposiciones legislativas y se ha incluido la profesionalización de la gestión sanitaria en los programas políticos en las elecciones generales de noviembre de 2015. Además ha habido iniciativas en algunas comunidades autónomas y proyectos realizados por los directivos de Enfermería, donde destacan el Real Decreto de Troncalidad de 2014, que describe las Áreas de Capacitación Específicas, y el Real Decreto de 2015, que regula los Diplomas de Acreditación Avanzada. Así, el Partido Popular proponía profesionalizar la ges-

ción sanitaria mediante el desarrollo de un área de capacitación específica, el Partido Socialista Obrero Español recogía la promoción de una Estrategia de Buen Gobierno y Gestión de las Organi-

zaciones del Sistema Nacional de Salud que contribuya a mejorar la calidad y eficiencia de los centros, la rendición de cuentas y la transparencia, la participación democrática, la autonomía y la profesionalización de la gestión; Ciudadanos

“Los centros deben ser gobernados con transparencia absoluta y potenciar la seguridad del paciente y las buenas prácticas, por parte de todos”, asegura Mariano Guerrero Fernández

Los directivos de la salud profesionalizados deberían ser contratados en vez de nombrados y evaluados teniendo en cuenta los objetivos establecidos

hacía hincapié en la selección de directivos profesionales elegidos por su formación y capacitación técnica y no por afinidades políticas.

Iniciativas autonómicas

Durante este tiempo, algunas comunidades autónomas han tomado medidas. Tal es el caso de Madrid, donde todos los grupos parlamentarios en la Asamblea de Madrid acordaron cambiar el actual sistema de nombramientos para la gestión de los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y que incide en algunos puntos básicos como la profesionalización de la función directiva gestora, el refuerzo de las estructuras de asesoramiento, la participación profesional, la dotación de instrumentos para el buen gobierno y la buena gestión, entre otros. SEDISA ha participado en el debate técnico con el objetivo de avanzar en la profesionalización de la función directiva a través del desarrollo normativo específico dentro de un proyecto de cambio global en la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público de Madrid.

En Andalucía también se han desarrollado iniciativas en este sentido, como es la Estrategia de Mejora de la Función Directiva, que pretende aprobar iniciativas reglamentarias relacionadas con todos los aspectos de la función directiva, desde la formación, mapas de competencias, procesos de selección y evaluación, códigos de buenas prácticas y relaciones contractuales, entre otros aspectos.

Despolitización

No hay que olvidar que la despolitización de la gestión y la transparencia deben ser un hecho, de forma que el perfil de directivo sanitario se establezca como el de un profesional de la gestión sanitaria, un cargo sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva. Así, la estandarización de un sis-



tema de evaluación transparente es un camino a seguir, en el que se consideren objetivos y desarrollo de KPI (key performance indicators) definidos previamente y de forma explícita en los contratos laborales. También es necesario que los profesionales de la gestión sanitaria tengan acreditada la Capacitación Específica Oficial o el Área de Conocimiento Específica para optar al acceso a los puestos directivos sanitarios, y conseguir una mayor separación entre los órganos gestores periféricos sanitarios y los órganos políticos centrales, de manera que haya una mayor independencia gestora y en la selección de directivos por las áreas y órganos periféricos. La formación continuada es otra de las necesidades que se plantean, junto con la incompatibilidad para ejercer a la vez puestos políticos y de gestión. En este contexto, SEDISA se puede posicionar como un órgano asesor o de participación independiente para tribunales en nombramientos de directivos.

Opinión de los expertos

Los expertos recuerdan que en líneas generales hay más profesionalización, en cuanto a experiencia en gestión, entre los profesionales de hospitales con respecto a

Atención Primaria, pero sigue habiendo más hombres que mujeres, al menos entre los puestos de mayor responsabilidad, tal y como explica en el citado documento Dolores Acón Royo, directora Gerente del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca, y delegada Territorial de SEDISA en Islas Baleares.

Por su parte José Antonio Ávila Olivares, presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), comenta que la preocupación actual por la profesionalización de los directivos de la salud ha propiciado un consenso mayoritario que se ha trasladado al debate público. “El reto es conseguir un pacto de Estado para aquello que todos asienten de palabra”.

Las opiniones vienen de todos los agentes implicados en la salud. Así, Begoña Barragán García, presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), recuerda que la profesionalización de los directivos de la salud solo puede afectar de forma positiva. Contar con gestores sanitarios profesionales que se preocupen de la gestión de forma independiente y aportar con su experiencia y conocimientos todo lo



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Profesionalización, clave para avanzar en la eficacia y eficiencia del sistema



necesario para que la sanidad de nuestro país deje de estar mecida por los intereses de los políticos.

Carrera profesional

Jon Guajardo Remacha, vicepresidente segundo de la Junta Directiva de SEDISA, incide en la idea de la carrera profesional de directivos de la salud, de la que faltan muchos aspectos por conseguir, ya que los sueldos suelen ser bastante pobres para la responsabilidad que se asume y supone un riesgo para su trayectoria profesional, dado que puedes verte cesado por un cambio de gobierno, sin evaluación alguna. También comenta aspectos sobre las áreas de capacitación y dice que son clave, “teniendo en cuenta que todos necesitamos un mayor nivel de formación y actualizar nuestros conocimientos de forma continuada. Quizá las dos áreas en las que esto es más potente son la parte de planificación a medio y largo plazo, y la gestión de personas y liderazgo”.

Y es que el reto de la profesionalización, en opinión de Carmen Pantoja Zarza, directora gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital Virgen de la Torre, de Madrid, es poner en práctica lo que se escribe tanto en la formación como en la selección y evaluación del directivo. “Conseguir trasladar el compromiso y normalizar la profesionalización en todas las comunidades autónomas por igual. En este reto de reconocimiento al directivo hay que ser valiente” ■

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



Evidencia científica

Estadísticas

Literatura

Artículos

Vídeo Paciente

Situaciones clínicas

Teatro

Animaciones

Películas

Storytelling

Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento

Resultados de estudios

Calidad de vida

Farmacoeconomía

Documentales

Teasers

Mecanismo de acción



La
Atención Primaria
debe de ser la
gran
gestora
de las
enfermedades

Manuel Tordera Ramos

Director general de Salud Pública y Consumo
de Castilla-La Mancha y vocal de SEDAP

Texto | A.M.

Fotos | SEDAP

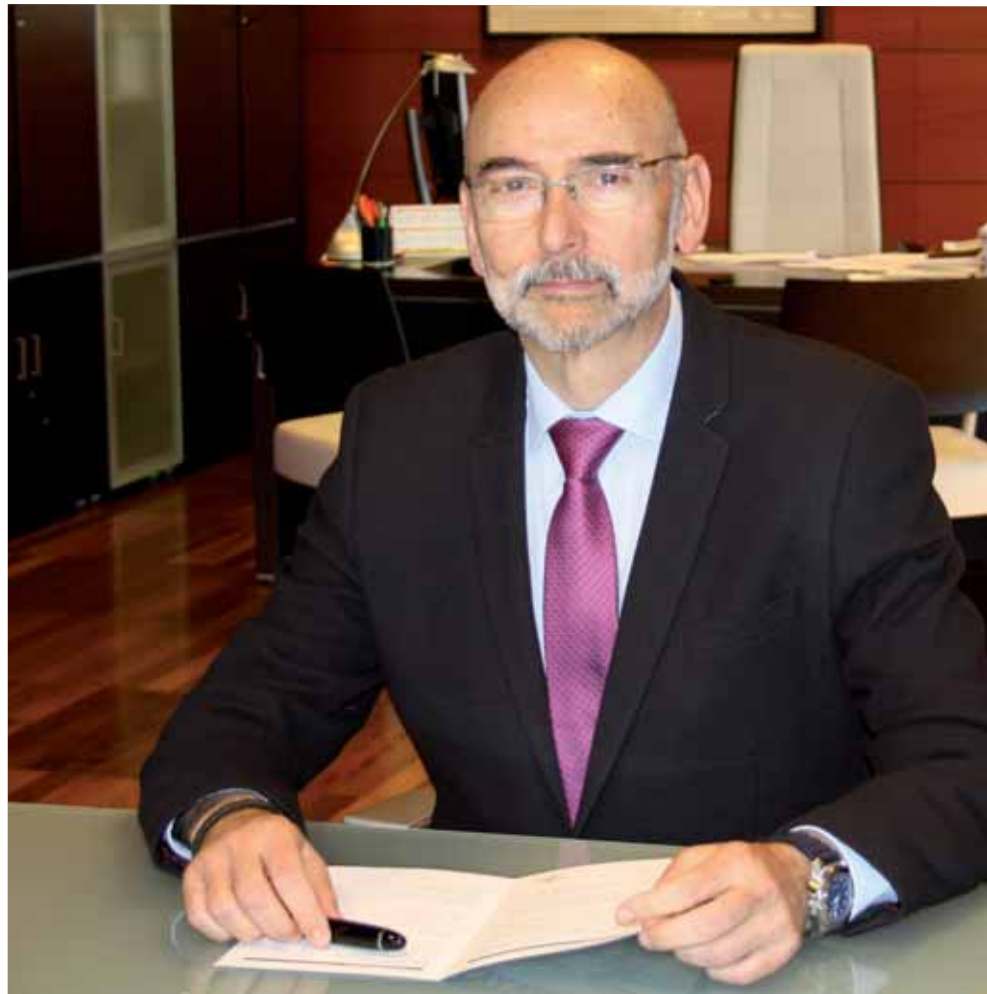


GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuel Tordera Ramos

“La Atención Primaria debe de ser la gran gestora de las enfermedades”

Con un juego de palabras (‘APP: Atención Primaria Primero’), la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) ha puesto nombre al que va a ser su XIX Congreso, que se celebra en Toledo del 26 al 28 de abril. Un evento que lleva como subtítulo un lema también muy directo (‘La Atención Primaria que queremos’) para subrayar la importancia de este nivel asistencial y hablar de su futuro, tal y como explica Manuel Tordera Ramos, director general de Salud Pública y Consumo de Castilla-La Mancha y, como vocal de la junta directiva de SEDAP, miembro del comité organizador de estas jornadas.



¿De verdad la Atención Primaria está lo primero, tal y como dice el lema de este XIX Congreso?

Desde que se pusieron las bases hace ya 39 años, en la conferencia de Alma Ata de 1978, todo ha cambiado mucho, incluida la sociedad, por lo que queremos hacer un parón en el sentido de analizar lo que hemos estado haciendo y decidir si, a partir de ahora, seguimos haciendo lo mismo o cambiamos. Hoy ya no son las mismas patologías las preponderantes, ya no es una población con una esperanza de vida corta, ahora las enfermedades están cronicándose y demandan gran necesidad de atención. La población, en general, requiere más cuidados. Antes había un cuidador informal que era la familia, ahora es de otra

forma, estos cuidadores no se pueden dedicar como lo hacían antes y hay cuidadores que se alquilan, todo ha cambiado. Antes incluso hubo una época en la que las personas mayores fallecían ingresadas en hospitales y ahora quieren hacerlo en su propia casa. Todo eso lo queremos debatir en el congreso, como también si sigue siendo la puerta de entrada sin más al sistema o si es lo que creemos que debe de ser la Atención Primaria, la gran gestora de las enfermedades. El enfermo debe de estar en la Atención Primaria y basarnos en la Atención Especializada para resolver problemas que en Atención Primaria no se puede: cirugía, tratamientos oncológicos... El resto de las cosas, como enfermedades crónicas, se pueden y se deben hacer desde la Atención Primaria.

Entonces, ¿todavía hoy es necesario reivindicar la Atención Primaria?

La Atención Primaria hay que reivindicarla continuamente, tiene que estar siempre en el primer pensamiento, y por desgracia no siempre es así. Vivimos una época en la que lo más vistoso son los grandes hospitales, la tecnología, los helicópteros. Todo eso tiene mucha venta y es muy llamativo, mientras que la Atención Primaria se hace poco a poco, de manera silenciosa, de la mano de médicos y personal de Enfermería, cuyo papel es muy importante para advertir y cuidar a las personas. Hoy, cuando los hospitales están saturados de una alta tecnología que aporta lo justo, hay que volver a lo más sencillo, que es la atención humana, a las personas, y eso es lo



ciertas necesidades. El sistema tiene que abrir siete días a la semana las 24 horas, pero luego está la conciliación personal de los profesionales, que al año trabajan unos 210 días mientras que los centros de salud están abiertos unos 250. Esto provoca distorsiones de la atención que se presta, y es algo que se ve más en Atención Primaria porque es

más cercana, en un hospital se nota menos. Hay un decalaje difícil de encajar: si sustituyes al profesional son caras nuevas, y si no lo haces se produce una acumulación que lleva a un sobreesfuerzo, y el médico tiene que descansar. La Atención Primaria tiene un segundo factor a tener en cuenta y que es muy desigual, tiene dos o tres velocidades: hay centros de salud urbanos con mucha población en pocos kilómetros cuadrados y zonas rurales con población muy diseminada, pocos pacientes pero muy dispersos, lo que consume recursos importantes en cuanto a desplazamientos y medios.

¿El principal problema de la Atención Primaria es de medios?

Primero es una cuestión de voluntad, porque en el ejemplo este de las zonas rurales uno tiene que plantearse si quiere cerrar o no los pueblos, de los que ya se han llevado a la Guardia Civil y a los servicios religiosos, no tienen escuelas ni nada, es eso o intentar que el mundo rural también viva. Hay que echarle imaginación para llevar todos los servicios a los medios rurales, para que sigan abiertos, eso es una realidad que está ahí, pero para eso hay que ver a qué estamos dispuestos, primero como cuestión ideológica y luego como consumo de recursos.

Otra de las cuestiones clave en el congreso es la de los recursos humanos. En esta cuestión, ¿lo que más preocupa ahora es el relevo generacional de los médicos?

Hay coordinación entre Primaria y Especializada, lo que hace falta es el contacto humano

personal de Atención Primaria, y aquí no hablamos sólo de médicos, sino que hay muchos trabajadores que dan y aportan al sistema de una forma más o menos importante. En esta mesa estará una enfermera, el responsable de una gerencia integrada o una jefa de Desarrollo Profesional, porque esos trabajadores necesitan formación continua y continuada. En cuanto al relevo generacional, es algo que preocupa, sí, aunque últimamente parece que tenemos más estudiantes de Medicina y haciendo el MIR, formándose y muy bien, porque están actuando en la puerta de los hospitales. Hay un posible aumento de jubilaciones, porque somos hijos del 'baby boom', y eso es algo que siempre preocupa, pero se están tomando medidas para paliarlo, como el incremento de plazas MIR, el aumento de la edad de jubilación en algunas comunidades hasta los 70 años y con más convocatorias de oposiciones para dar más estabilidad.

La Atención Primaria necesita un chute de autoestima, tiene un complejo de inferioridad con el hospital

Coordinación entre Atención Primaria y Especializada siempre ha habido: hay mecanismos articulados para la interconsulta, pruebas que se piden en Atención Primaria y se realizan en Especializada, me-

Tenemos una mesa que hemos titulado 'Mejorando la gestión de las personas', en la que queremos ver cómo se puede gestionar el

que se hace en Atención Primaria. Por eso en el congreso tenemos una mesa sobre 'Humanización y calidad' en la que va a participar un paciente crónico, un usuario anónimo que queremos que nos hable directamente, y es que es muy importante escuchar a los pacientes y a los profesionales que están en primera línea, en la trinchera, para que nos digan cómo nos ven y cómo creen que debería ser el sistema.

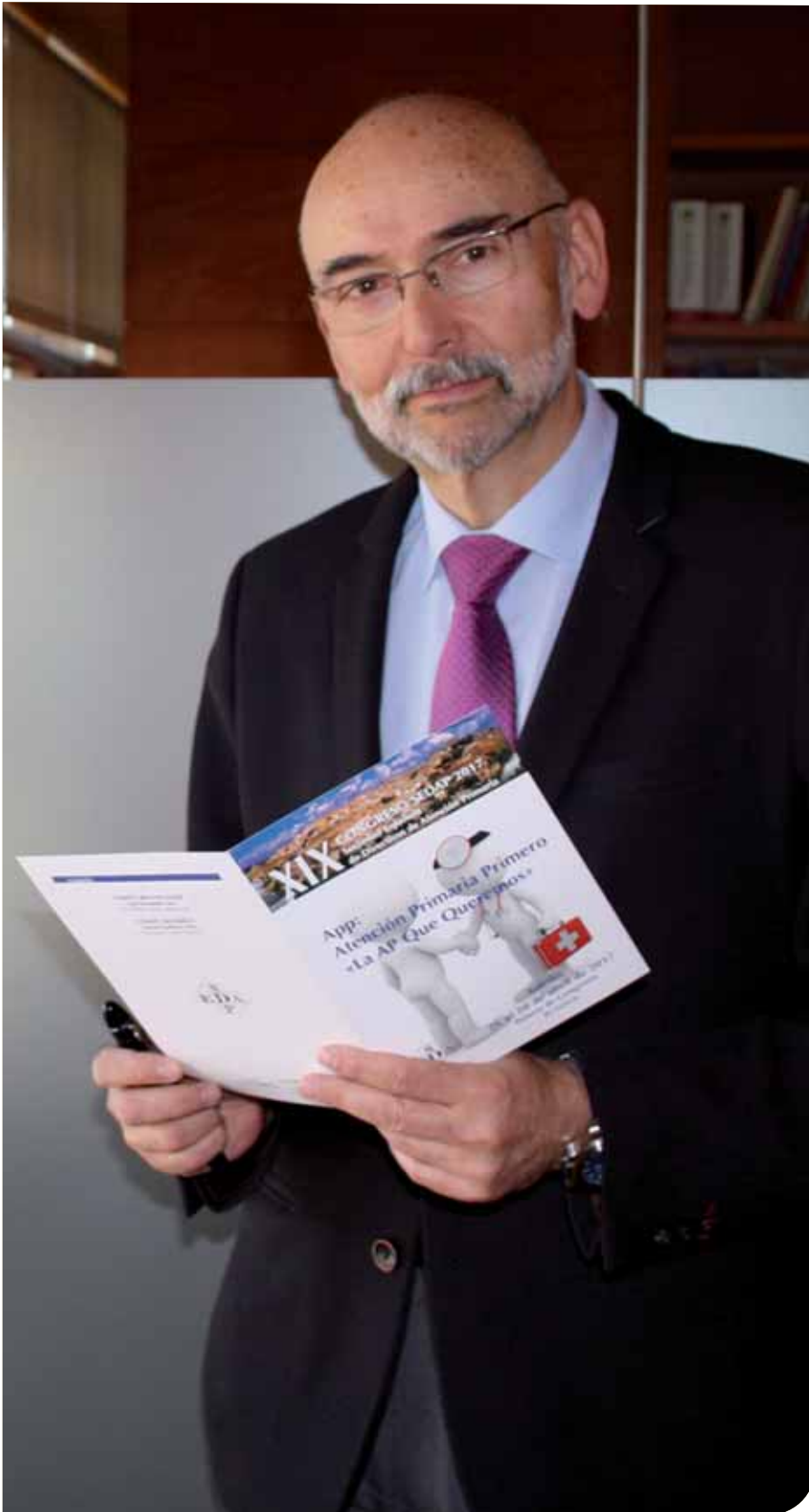
¿Cree que como ven los usuarios el sistema está muy alejado de como debería ser?

La población en general ve que es un sistema bastante ajustado a las necesidades, pero es verdad que hay problemas de coordinación, protagonismo y de cubrir

También se va a abordar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, que es una de las grandes asignaturas pendientes del sistema, ¿no?



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA Manuel Tordera Ramos



canismos para la vuelta del paciente a Atención Primaria... Lo que ocurre es que se establecen relaciones entre personas que pueden ser mejores o peores, pero los mecanismos están articulados. Hay que desdramatizar este tema porque hay mecanismos, lo que hay es que potenciar las relaciones entre Atención Primaria y Especializada. Cuando se conocen, los profesionales de ambos niveles se sientan y hablan, si no se conocen puede haber falta de entendimiento. Hay coordinación entre Atención Primaria y Especializada, lo que hace falta es el contacto humano, con lo que volvemos a la necesidad de personalización del sistema.

¿El principal reto al que se enfrenta la Atención Primaria es el de la cronicidad?

Estamos ante un boom de la cronicidad, un factor que siempre ha existido en Atención Primaria, pero antes había números muy pequeños. Ahora, al tener una población envejecida, el número de pacientes crónicos ha aumentado, como también lo ha hecho la esperanza de vida, y el número de atenciones es importante. Al enfermo crónico hay que atenderlo pero también enseñarle, que sepa cuidarse. Por eso es tan importante la prevención, que ya se hace con las vacunas que ponemos, los programas de salud cardiovasculares, con las charlas que se dan en colegios a escolares, padres y profesores sobre salud y alimentación, para combatir así a un mundo publicitario que nos está tentado continuamente para salirnos del buen camino, para dejar la dieta mediterránea.

¿La Atención Primaria es un nivel asistencial eficiente?

Lo primero que tenemos que decidir es qué hacer y qué no dentro de la Atención Primaria y así ver la evaluación de la eficiencia, valorar qué es desde el punto de vista de un investigador económico o de un gerente asistencial para decidir si lo que hacemos es eficiente y eficaz o no vale para nada. Yo creo que el sistema es

eficiente, que es eficacia al mínimo costo, para los recursos que está empleando y los profesionales que trabajan en él, y así lo demuestran los niveles de satisfacción altos.

¿La Atención Primaria tiene alguna revolución pendiente?

La revolución sería volver a poner la Atención Primaria en su justa medida en un sistema que debe usar la tecnología necesaria y en el momento oportuno. La Atención Primaria tiene la cualificación suficiente para atender a la población de manera eficaz y eficiente, aunque es necesaria la vuelta a los valores de siempre. ¿Que cuáles son esos valores? Una buena alimentación, un buen ejercicio y medidas de prevención y promoción de la salud, una educación para la salud para evitar los malos hábitos. La alimentación y el ejercicio son los pilares básicos, el mejor tratamiento por ejemplo contra la diabetes. El mundo moderno nos lleva a estar sentados delante de pantallas, todo lo hacemos muy mecanizado y sin la actividad física de nuestros mayores. Lo hemos ido dejando todo de lado y hemos confiado en que algo químico, un medicamento, nos va a solucionar todos los problemas, pero lo cierto es que la salud hay que trabajarla.

¿Qué papel entonces debe jugar la Atención Primaria?

Es el lugar principal donde debe gestionarse la salud, que no sea una mera puerta de entrada, y que sean los profesionales de Atención Primaria los que gestionen la asistencia a los hospitales o lo que haga falta, que se gestione desde la Atención Primaria y que sea de verdad el principal pilar del sistema. Creo que los pacientes tienen mucha confianza en este nivel y nos dan valores más altos que a la especializada, al final la Aten-

Las sociedades científicas tenemos que ser menos victimistas y más valientes al aportar soluciones

ción Primaria tiene un problema de imagen: es más llamativo un gran hospital que un sencillo consultorio o un sencillo paseo por el campo. A nadie se nos escapa que la reinserción de un brazo tras una amputación o un trasplante hepático son procesos muy vendibles, la labor del médico de cabecera es más sencilla y callada, de día a día.

¿La Atención Primaria necesita entonces un buen publicista?

La Atención Primaria necesita un poco más de venta, desde luego, pero también que las sociedades científicas sean menos victimistas y más valientes al aportar soluciones, que dejemos de lamentarnos y nos pongamos delante del carro para reivindi-

car otra forma de hacer las cosas. Tenemos que dar un paso adelante y no pensar tanto en qué mal nos tratan, ser un poco más valientes y aportar soluciones, y para eso hay que escuchar a los profesionales y a la población. La Atención Primaria necesita un chute de autoestima, tiene un complejo de inferioridad con el hospital, y esto no tiene razón de ser porque cada nivel tiene sus cosas que hacer ■

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







Superhéroes

llegan a los hospitales
para ayudar a los niños

a luchar

contra

el

cáncer

Texto | E. Crespo



REPORTAJE

Superhéroes llegan a los hospitales para ayudar a los niños a luchar contra el cáncer

'Poción de Héroes', proyecto social impulsado por la Fundación Atresmedia, ideado por IDS y en el que colabora Grupo SANED, ya ha pasado por 24 hospitales. Se trata de una iniciativa en la que seis superhéroes visitan a los niños con cáncer para ayudarles a luchar contra la enfermedad.

Muchacho Invisible, Chica Fuego, Guapo Kinético, Señorita Muralla, Niño Elástico y Linda Rayo hacen su aparición en cada una de las habitaciones de los hospitales donde se encuentran niños con cáncer. Acuden a los hospitales que ya se han adherido al proyecto social 'Poción de Héroes', ideado por IDS, puesto en marcha en 2014 por la Fundación Atresmedia, y en el que colabora Grupo SANED.

"Desde Grupo SANED estamos muy comprometidos con la iniciativa Poción de Héroes. Desde su origen, nuestra empresa ha apostado por acciones sociales con las que todo nuestro equipo se sienta involucrado y que reviertan de manera positiva en colectivos como el infantil, con el que estamos muy sensibilizados", afirma Ignacio Enguix, director general de la empresa.

En la misma línea, Francisco Bascuas, consejero delegado de Grupo SANED, ha apuntado: "como empresa vinculada enormemente con el colectivo sanitario, sentimos como propio el proyecto de Poción de Héroes, ya que refleja valores en consonancia con nuestra identidad como empresa. Para nosotros es esencial favorecer y fomentar iniciati-

La iniciativa, dirigida a niños y niñas de entre cuatro y doce años, busca cambiar la imagen tradicional del tratamiento contra el cáncer, intentando hacer más fácil el proceso de lucha contra la enfermedad

vas que contribuyan a minimizar o paliar dificultades que preocupan al conjunto de la sociedad". A lo que ha añadido: "Con Poción de Héroes intentamos poner nuestro granito de arena para minimizar el impacto que implica la hospitalización de los más pequeños".

La iniciativa, dirigida a niños y niñas de entre cuatro y doce años, busca cambiar la imagen tradicional del tratamiento contra el cáncer, intentando hacer más fácil el proceso de lucha contra la enfermedad. El objetivo es que el juego cambie la percepción y el miedo de los niños al duro proceso de la quimioterapia. "Proyectos como este no solo son un divertimento, sino que también aumentan los índices de curación", incide José Luis Vivanco, jefe del Servicio de Oncohematología Pediátrica del Hospital 12 de Octubre, en Madrid, que ha sido el último hospital a donde la iniciativa ha llegado.

En total, ya son 24 los hospitales que han contado con los superhéroes. En cada uno de ellos, los profesionales del hospital imparten una sesión informativa a los padres y a otros profesionales y, después, los superhéroes entregan a los niños el maletín de 'poderes'. Los asistentes a estas sesiones son oncólogos pediátricos, personal de Enfermería, psicólogos, voluntarios y padres de niños hospitalizados, entre otros.

En la presentación del proyecto en el Hospital 12 de Octubre, la coordinadora General de la Asociación Infantil Oncológica de Madrid (ASION), Manuela Domínguez, incidió en que el diagnóstico de la enfermedad supone la fase más dura, la que más desmotiva a los padres. Por ello, "a través de esta iniciativa buscamos minimizar el momento de ese impacto. Es lo que nos motivó a entrar en el proyecto.



Les cambia la cara, les enseña a hablar sobre su quimioterapia... Nos importaba quitar ese dramatismo que los adultos sentimos con un diagnóstico así", afirma.

"Todas las ayudas a las familias y los pacientes de enfermedades oncológicas son muy importantes y todas ellas suman en su proceso de curación. En concreto, la 'Poción de Héroes' es una gran idea que ayuda a los niños más pequeños que entienden la enfermedad siempre como una agresión externa contra la que hay que luchar con todos los "armamentos" que son capaces de imaginar. Las "pociones" de sus "superhéroes" les hacen partícipes



de su propio tratamiento disminuyendo así el miedo y la angustia hacia lo desconocido, convirtiendo su propia enfermedad en un juego similar a lo que ya están tan acostumbrados de las series de televisión y juegos de videoconsolas", afirma Vivanco.

Desde la subdirección general de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de Madrid, Cristina González del Yerro pone de manifiesto el impulso de la humanización que desde la Consejería se intenta impulsar. "No solo hay que atender las necesidades físicas, sino también las emocionales y espirituales, tanto del niño como de todo su entorno".

La supervivencia ha aumentado

Según los datos del Registro Nacional de Tumores infantiles (RETI-SEHOP), la supervivencia a cinco años del cáncer en niños en España es del 77 por ciento. Dato que se refiere a la supervivencia de los niños tratados entre los años 2005-2009, que ya tienen un seguimiento mínimo de cinco años. "Estos resultados son debidos a los tratamientos efectuados en





REPORTAJE

Superhéroes llegan a los hospitales para ayudar a los niños a luchar contra el cáncer



MALETÍN DE PODERES CONTRA 'VILLANUS'

El oncólogo pediátrico se encarga de curar el proceso orgánico, pero necesita otras herramientas para luchar contra el miedo, la frustración o la angustia de los niños. El primer paso para luchar contra la enfermedad es creer en la cura, algo en lo que los superhéroes juegan un papel esencial, ayudándoles a los niños a convenirse de que se puede vencer a Villanus (el cáncer).

Al comenzar el tratamiento, el niño/a elige su superhéroe favorito, pudiendo escoger entre tres chicos y tres chicas: Muchacho Invisible, Chica Fuego, Guapo Kinético, Señorita Muralla, Niño Elástico y Linda Rayo, que son los encargados de entregar el maletín.

Este maletín de 'poderes' contiene un cómic, en el que se cuenta la historia del héroe, el póster del superhéroe que haya escogido el niño para colgarlo en su habitación del hospital, una chapa de héroe para llevar puesta en su pijama o camiseta, un pasaporte que será sellado en cada sesión de quimioterapia y unas pegatinas para adherir a la bolsa de suero con el tratamiento, y caramelos. La quimioterapia pasa a ser una poción de héroes contra 'Villanus', el cáncer.

'Poción de Héroes' se enmarca dentro del proyecto de Humanización de Hospitales Infantiles de la Fundación Atresmedia, que actualmente colabora con cerca de 170 centros de toda España. Ha contado con la colaboración de Fundación SEUR y Grupo SANED, y el patrocinio de AXA de Todo Corazón, Moltex, TEVA, El Corte Inglés, Nestlé Health Science, Obra Social "la Caixa", Becton Dickinson y QuintilesIMS.



las Unidades de Oncología infantil distribuidas por todo el país", hace hincapié Vivanco.

Para el especialista del 12 de Octubre, lo más importante es que los niños sean diagnosticados y tratados en Unidades de Oncología infantil con experiencia en el manejo de estas patologías.

Vivanco se muestra optimista en que espera que siga aumentando las cifras de supervivencia, que ya son altas, y sobre todo en una mejoría de la calidad de vida. Y es que el Registro Nacional de Tumores infantiles muestra que la supervivencia ha ido aumentando año tras año. Los niños tratados entre los años 80-84 tenían una supervivencia a cinco años del 54 por ciento, aumentando progresivamente hasta el 77 por ciento actual.



Reducción de ingresos y empleo

Según un estudio reciente, tener un hijo con cáncer lleva a reducciones de ingresos para los padres y la interrupción del trabajo entre las madres. El estudio muestra que el cáncer infantil afecta a los ingresos y el empleo de los padres durante años después del diagnóstico del niño y no están distribuidos equitativamente entre las madres y los padres.

Para investigar los efectos a corto y largo plazo del cáncer infantil sobre el ingreso y la situación laboral de las madres y los padres, un equipo dirigido por Emma Hovén, del Instituto Karolinska en Suecia, estudió a 3.626 padres de 1.899 niños diagnosticados de cáncer entre 2004 y 2009 en Suecia. Los investigadores encontraron que los ingresos de los padres por el empleo disminuyeron significativamente después del diagnóstico de cáncer de un niño, con una reducción general de 21 por ciento en las ganancias de las madres y una reducción del 10 por ciento en los ingresos de los padres en el año de diagnóstico en comparación con los padres control.

La reducción relativa de los ingresos de las madres fue evidente hasta seis años después del diagnóstico, mientras que los ingresos de los padres se redujeron

No obstante, "es cierto que cuando se alcanzan cifras tan favorables como las actuales, ya es más difícil que mejoren mucho y los esfuerzos se centran en mejorar la calidad de vida y disminuir los efectos secundarios y la morbilidad de los tratamientos", señala Vivanco.

1.100 nuevos casos al año

En España, según datos también del RETI-SEHOP, se diagnostica un nuevo caso de cáncer por cada 6.500 niños menores de 15 años, lo que supone unos 1.100 casos nuevos al año y otros 450 casos en adolescentes de 15 a 19 años. "Desde los años 90, no existe un aumento significativo del número de casos en España. Se mantiene estable".

El cáncer en Pediatría es más frecuente entre el año y los cuatro años. "Los más

frecuentes son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central, los linfomas y el neuroblastoma", explica el experto.

Vivanco ha recordado que los niños viven de una forma diferente el concepto de enfermedad. "De los dos a los tres años, sufren la separación de los padres. Es por ello que los padres ingresan con ellos. A partir de los tres años, consideran la enfermedad como una agresión externa. Por este motivo, el

proyecto es de gran importancia, porque les ayuda a defenderse", apostilla.

El cáncer en Pediatría es más frecuente entre el año y los cuatro años. Los tumores más frecuentes en niños son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central, los linfomas y el neuroblastoma

durante dos años tras el diagnóstico. Además, las madres presentaban menos probabilidades de permanecer empleadas después del cáncer de un hijo en comparación con las madres control, algo que fue evidente en el año del diagnóstico y hasta cinco

años después. Tener un hijo con cáncer no afectó a la situación laboral del padre ■



**CÓMO PUBLICAR ARTÍCULOS
EN REVISTAS BIOMÉDICAS DE IMPACTO**

ESTE MANUAL Y SU VERSIÓN EN INGLÉS SON UNO DE LOS RESULTADOS
DEPORTE DE LA INVESTIGACIÓN DE BIOMÉDICAS



Dr. María Pérez

**HOW TO PUBLISH ARTICLES
IN IMPACT BIOMEDICAL JOURNALS**

THIS MANUAL AND ITS ENGLISH VERSION ARE ONE OF THE RESULTS
OF BIOMEDICAL RESEARCH



El inglés científico

sigue siendo una asignatura pendiente
a la hora de **publicar**
artículos
en las revistas internacionales

Marta Pulido

Editora Médica

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cosialls



“El inglés científico sigue siendo una asignatura pendiente a la hora de publicar artículos en las revistas internacionales ”

Marta Pulido es Editora Médica, revisa, corrige y traduce textos médicos para su publicación en revistas científicas. En el campo de los “medical writers”, destaca por su sólida formación, adquirida en la Sección de Publicaciones Científicas de la Clínica Mayo, en Rochester, amplios conocimientos y dedicación continuada. Ahora presenta el primer *e-book*, escrito en español y en inglés, titulado “Cómo publicar artículos en revistas biomédicas de impacto. Una guía fácil y práctica para evitar los rechazos”. En esta obra se describen los puntos clave del proceso de redacción y metodología de las publicaciones biomédicas. Todos los detalles y las estrategias que el profesional de la salud debe conocer a la hora de publicar trabajos en revistas nacionales e internacionales de impacto. Su gran experiencia y dilatada trayectoria profesional avalan el interés y la utilidad práctica de esta obra.

porque el inglés es la lengua universal de comunicación científica.

**¿Cuál fue el primero que escribió?
¿Por qué?**

Primero escribí un libro que sirvió de base a los demás, con todos los capítulos en español y en inglés. Y, a partir de este libro-base, los diferentes libros de las especialidades cuentan con un capítulo titulado “Indicadores bibliométricos de las revistas”, en el que se recogen los listados de las revistas de las correspondientes especialidades, ordenadas alfabéticamente con sus respectivos factores de impacto, bases de datos en los que la revista está indexada, revistas de acceso abierto y otros elementos. De este modo, este capítulo de indicadores bibliométricos está adecuado a especialidades como Oncología, aparato respiratorio, Gastroenterología, Medicina intensiva, etc.

Las revistas open access circulan libres en Internet y tienen la ventaja de que están accesibles para siempre

¿Qué tal está siendo la recepción?

Muy buena. Y espero que sea mejor, porque está escrito en español y en inglés para que su difusión pueda llegar a una audiencia mundial.

¿Cómo pueden conseguirse, a qué profesionales está indicado?

De momento, hay que contactar con la editorial SANED, que tiene los derechos de reproducción y distribuye los libros.

Todavía no está disponible en Internet para la compra individual.

Pasando al contenido de los libros, ¿por qué

está de moda publicar?

Está de moda desde hace años. Publicar es indispensable, es la única manera de dar a conocer los resultados de los estudios clínicos y de investigación. Y porque los investigadores necesitan ayudas económicas para llevar a cabo los estudios.

Y, una vez dichos estudios han finalizado, la prueba de que se han realizado -y se han realizado de manera adecuada- es publicarlos en revistas de prestigio.

¿Cómo surge la idea de este libro?

Escribí un primer libro para luego adaptar un capítulo del mismo a las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. La idea surge de la necesidad de información, es decir, para que los médicos tengan a su alcance un libro sencillo que les explique los requisitos y las cuestiones que tener en cuenta cuando quieran publicar trabajos de investigación en las revistas internacionales o en las revistas nacionales de prestigio e impacto.

¿Qué características destacaría de los libros?

Son libros electrónicos y están escritos en doble versión, en español y en inglés,

¿Qué ha sido lo más complicado a la hora de escribirlos?

Hacer algo sintético, fácil y comprensible. Cuando pensé en el proyecto -y antes de empezar a escribir-, pensé que sería sencillo en base a mi propia experiencia. Pero fue más complicado de lo que creía, porque los capítulos tenían que ser muy cortos y estar dedicados a una cuestión determinada. Y con viñetas para que el lector, prácticamente en un minuto, por ejemplo, pudiera saber cuáles son las características de un buen título, cómo redactar un buen resumen o cómo diseñar las tablas y figuras.

Hay que tener criterio a la hora de escoger la revista a la que mandar el manuscrito

El inglés suele ser una asignatura pendiente, ¿se ha mejorado en este aspecto?

Sigue siendo una asignatura pendiente a la hora de escribir, sobre todo si hablamos de inglés científico. Pero cada vez hay más médicos que se han formado en el extranjero y un flujo de médicos internacionales que vienen a trabajar aquí. Está mejorando.



¿Qué errores habituales no hay que cometer para evitar rechazos?

Hay que tener criterio a la hora de escoger la revista a la que mandar el manuscrito.

¿Por qué?

Muchas veces sucede que hay un alto porcentaje de rechazos en estas grandes revistas. El motivo es porque los investigadores mandan los trabajos a revistas donde, potencialmente, les gustaría mucho que fueran publicados allí. Pero

las posibilidades reales son escasas. Y, a veces, casi inexistentes.

En general, ¿se tiene clara la diferencia entre los distintos tipos de artículos y las características de cada uno de ellos? (original, original breve, carta al editor, caso clínico, revisión descriptiva o sistemática, etc.)

Es interesante que los médicos -o que los profesionales de la salud- sepan que hay otros formatos posibles, además del artículo original. Por ejemplo, en algunas revistas internacionales, en las que hay

mucha competencia para publicar, optar por el tipo del original breve puede suponer una gran ventaja frente a escoger la sección del artículo original. Para estos otros tipos de artículos el número de manuscritos que optan para estas secciones de la revista suele ser notablemente inferior que los que optan para la sección de artículos originales.

¿Hasta qué punto es complicado ser original a la hora de publicar?

En todas las investigaciones, en la fase de diseño, los investigadores se aseguran que lo que van a estudiar tenga un punto de pertinencia, de novedad y que responda a cuestiones con evidencia incierta.

¿Se producen errores en la elección del título o en la elaboración del *abstract*?

Es muy común, estos son algunos de los principales problemas. Porque los documentos, para que puedan ser publicados en revistas de prestigio (internacionales y nacionales), no solo necesitan un fondo, un estudio bien efectuado y adecuado. También necesitan una estructura del manuscrito, a veces muy compleja, y extraordinariamente rígida. Y tiene que haberse resuelto de manera perfecta la cuestión formal de la redacción y presentación del manuscrito.

¿Tiende a olvidarse la importancia de las tablas y figuras?

Son un recurso que se utiliza, mayoritariamente, para presentar datos que atañen a unos resultados. Y, muchas veces, no es sencillo diseñar figuras y tablas visiblemente adecuadas y que ilustren la información que deben transmitir.

¿Cuáles son los errores más comunes en este campo?

Que se duplique la información contenida en la tabla y en el texto y que las tablas suelen ser demasiado densas.



¿Hay algún error específico de determinadas especialidades?

No, las dificultades son comunes.

¿Qué ventajas presenta la publicación en una revista de acceso libre?

Las revistas *open access* son un movimiento que ha surgido en la literatura biomédica en los últimos quince años, quizás menos. Estas revistas circulan libres en Internet y tienen la ventaja de que están accesibles para siempre. Asimismo, los derechos de la propiedad de la información permanecen en los autores, de manera que no se transfieren al grupo editorial o al propietario de la revista.

¿Tienen alguna desventaja?

Tienen un canon de publicación, de manera que cuando se aceptan los documentos para su publicación, los autores ya saben de antemano que tienen que pagar una cantidad a la revista para que su artículo sea publicado.

¿Qué papel tiene la red Equator en este ámbito?

Es una red que también surge hace unos años, básicamente promocionada por especialistas en salud pública, Epidemiología y Metodología... Su objetivo es lograr que los médicos, cuando escriban trabajos para publicar en las revistas -y que estos trabajos correspondan a ciertos diseños epidemiológicos-, lo hagan siguiendo unas indicaciones precisas para lograr la mayor transparencia posible. Es decir, que el autor tiene que tener en cuenta que hay requerimientos específicos que tienen que estar en el título, en el resumen del trabajo y en el cuerpo del documento. A veces, las normas también señalan la necesidad de incluir una figura acompañante que indica al lector cómo ha sido el flujo de los pacientes incluidos en el ensayo clínico y cuáles han sido los que se han analizado al finalizar el estudio.

Volviendo al tema de los errores, ¿se descuida la redacción y el estilo? ¿Y la carta de presentación y apelación a la revista?

Sucede, por ejemplo, porque muchos investigadores desconocen que la carta de presentación del documento -la *cover letter*- es un requerimiento esencial. Y desconocen tanto el contenido como las características de esta carta. Y también hay requerimientos concretos para la carta de apelación, es decir, la solicitud de una nueva reevaluación si los autores creen que el trabajo ha sido injustamente rechazado.

¿Por qué cree que deben publicarse tanto los resultados positivos como los negativos?

La literatura científica está sesgada por estudios con resultados positivos. La tendencia insta a los investigadores a publicar los resultados de su investigación, especialmente si está financiada tanto por fondos públicos como privados, tanto si los resultados son los esperables -positivos-, como si no lo son. Los resultados negativos, a veces, tienen una gran importancia, porque previenen que algunos investigadores hagan estudios similares.

¿Tiene idea de escribir más títulos, además de los cinco ya editados?

Tenemos idea de adaptar los libros al mayor número de especialidades posibles. Está terminada la adaptación para oftalmólogos y retinólogos y en proyecto inminente para Dermatología, Alergología, Neurología, Psiquiatría...

¿Hay algún otro aspecto que quiera destacar?

Estoy convencida que estos libros cubren un hueco, porque no hay nada similar en formato electrónico ni en español ni en inglés, que sea corto, fácil, que los capítulos sean tan sintéticos y que ayude a los investigadores -básicamente los residentes y los investigadores noveles- a progresar en la disciplina de la metodología de la publicación.

¿Si un lector de una especialidad determinada quisiera conseguir "su" libro, qué puede hacer?

Contactar con la industria farmacéutica que tenga interés en dicha especialidad, para que a través del contacto con SANED, sea dicha industria quien distribuya los libros entre el colectivo de la especialidad ■

La literatura científica está sesgada por estudios con resultados positivos



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

Lyceum

www.lyceum.es



saned
GRUPO

www.gruposaned.com



inst



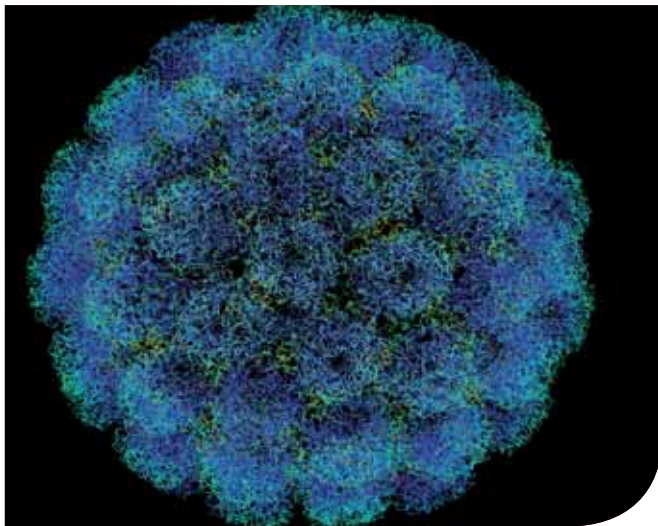
INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



La incidencia del cáncer de cérvix cae un 70 por ciento en España gracias a las campañas de prevención y diagnóstico precoz

Cada año se detectan en España 2.500 casos de cáncer de cérvix o cuello de útero pero, gracias a las campañas de prevención y diagnóstico precoz, su incidencia se ha reducido hasta en un 70 por ciento. Se trata del tercer tumor ginecológico más frecuente en mujeres de entre 35-50 años de edad, una etapa en la que la mayoría de ellas está en plena actividad familiar y laboral. Por ello, el jefe del Servicio de Ginecología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Lucas Minig, ha reconocido que las mujeres de estas edades deben someterse a citologías del cuello uterino de forma periódica. "De esta forma, se podrán diagnosticar lesiones pre-malignas en el cérvix antes de que éstas progresen a cáncer, previniendo así el desarrollo de la enfermedad y, por tanto, contribuyendo a la



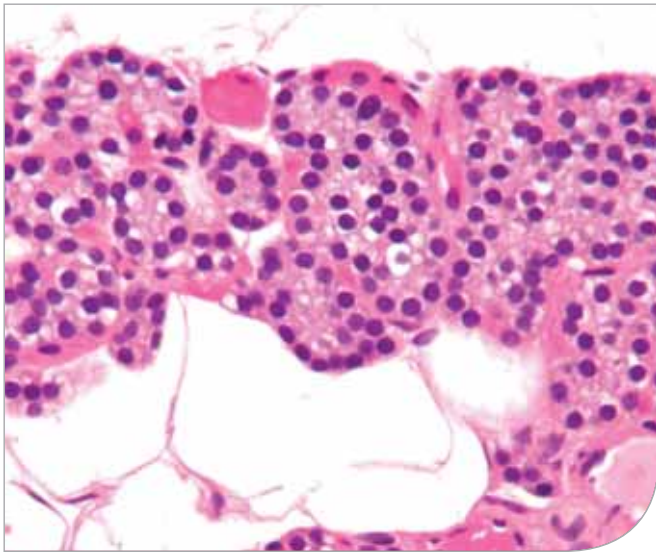
disminución de su incidencia", ha destacado. Asimismo, ha recomendado evitar el consumo de tabaco y las situaciones de estrés crónico que conducen a un estado de inmunosupresión del sistema inmune. Desde el año 2008, además, se ha incluido en el calendario la vacuna frente al VPH para niñas entre los 12 y 14 años, lo que también permite prevenir su aparición evitando las lesiones pre-malignas, que son las que pueden progresar a cáncer a lo largo de los años. "Las mujeres deben saber que la principal causa es la infección persistente del VPH", según ha añadido María Jesús Rubio, del Servicio de Oncología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, que recuerda que sólo los subtipos VPH16 y VPH18 los responsables de aproximadamente el 70 por ciento de los casos. En cuanto a su abordaje terapéutico, la

doctora Rubio ha señalado que el estadio del tumor es clave en la evolución de la enfermedad así como para determinar el tratamiento. Detener la enfermedad en estadios iniciales es vital para mejorar el pronóstico de las pacientes e incluso poder curar la enfermedad ■

La dermatoscopia digital permite la detección precoz de melanomas



La dermatoscopia digital, una técnica no invasiva, permite la detección precoz de melanomas, enfermedad que representa el 2,5 por ciento de todos los tumores, un 1 o 2 por ciento de las muertes causadas por cáncer y que en los últimos 25 años ha experimentado un incremento del entre el 3 y el 6 por ciento anual. En concreto, este tratamiento, disponible en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Ruber, dirigido por la doctora María Calvo, permite mediante un instrumento óptico con luz polarizada, ver las lesiones amplificadas, por debajo de la superficie cutánea, eliminando los fenómenos de refracción y reflexión de la luz sobre la piel. La distribución del pigmento en las capas profundas es lo que diferencia las lesiones benignas de las malignas. Además, lleva asociada una cámara y un 'software' que permite el almacenamiento de imágenes macro y microscópicas de todos los lunares del paciente, obteniendo un mapa corporal. De esta forma, se realizan revisiones periódicas que permiten valorar si hay lesiones nuevas o si las ya existentes han cambiado de forma, tamaño o color. Los pacientes a los que les está indicado realizar esta prueba son aquellos con fototipo claro que se quemen fácilmente con el sol, con antecedentes de quemaduras solares en la infancia, con antecedentes personales o familiares de cáncer de piel y con gran número de lunares en lugares difícil de controlar o muchos con estructura atípica. Asimismo, numerosos estudios han demostrado que el seguimiento periódico de lunares con dermatoscopia digital permite realizar un diagnóstico precoz del melanoma en estadios muy tempranos y reducir el número de extirpaciones y biopsias de lesiones sospechosas, que pasarían a controlarse con imágenes de forma periódica ■

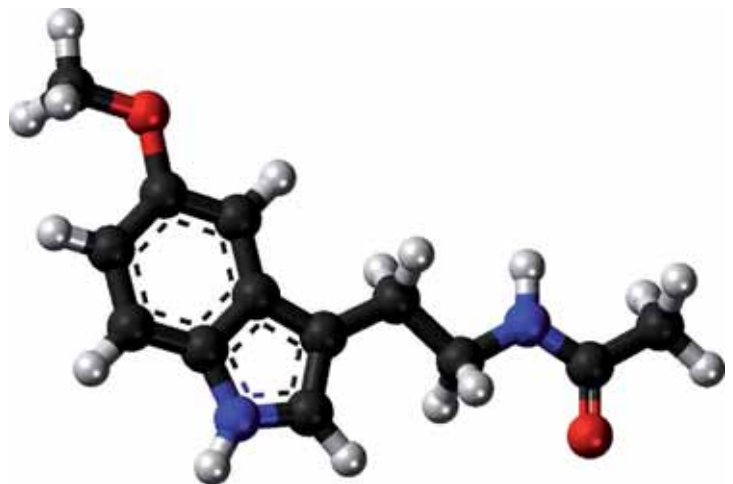


Investigadores del CSIC descubren uno de los mecanismos que controlan el crecimiento celular ante la falta de nutrientes

Científicos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en colaboración con investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona, han desvelado uno de los mecanismos por los cuales las células entran en estado de latencia cuando carecen de nutrientes. La ARN polimerasa I, una enzima clave para el crecimiento de los animales, las plantas y los hongos, sintetiza la maquinaria molecular encargada de fabricar todas las proteínas de la célula. Cuando una célula crece, necesita que la ARN polimerasa I funcione a altísima velocidad para así poder generar todas las proteínas necesarias para la vida y, cuando las células dejan de crecer, debe cesar también la actividad de esta enzima. "La célula responde a la disponibilidad de nutrientes formando distintos ensamblajes de la ARN polimerasa I. Cuando hay escasez de nutrientes, dos copias de esta enzima se unen una a la otra y se inactivan mutuamente mientras que, cuando la célula dispone de nutrientes para seguir creciendo, la ARN polimerasa I se libera y se activa para producir nuevas proteínas. El control de la ARN polimerasa I abre una vía para detener la proliferación celular", ha explicado el investigador del CSIC Carlos Fernández Tornero. "Muchas células cancerígenas aumentan la actividad de la ARN polimerasa I de forma descontrolada para poder crecer más rápido y expandir el tumor. Por eso es relevante controlar la actividad de la ARN polimerasa I y abrir así el camino para detener el crecimiento tumoral", ha zanjado el investigador del CSIC ■

Comprueban los beneficios de la melatonina por su capacidad antioxidante frente al ictus

Las áreas de Biología Celular y de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Jaén han comprobado la acción beneficiosa de la melatonina, confirmando su capacidad antioxidante en enfermedades como el ictus. La investigación indica que esta hormona ejerce un efecto protector en el cerebro. Existen dos tipos principales de ictus, los hemorrágicos, que se producen cuando un vaso sanguíneo se rompe, y los isquémicos, provocados por la obstrucción de una arteria, ha indicado la Fundación Descubre en una nota. Según el Observatorio del Ictus, plataforma que aglutina a distintas asociaciones de médicos y pacientes, uno de cada seis españoles va a sufrir un ictus a lo largo de su vida. En el artículo publicado por la revista *Nitric Oxide*, titulado 'Melatonin influences NO/NOS pathway and reduces oxidative and nitrosative stress in a model of hypoxic-ischemic brain damage', los investigadores evalúan cómo la melatonina ejerce su acción protectora antioxidante en el daño producido por la isquemia y la hipoxia, patologías relacionadas con la falta de oxígeno en el flujo circulatorio. Durante el ictus,



se generan radicales libres derivados del oxígeno y del nitrógeno. Estas moléculas, altamente reactivas, causan una desorganización en las membranas celulares del organismo que puede derivar en la muerte celular. Los antioxidantes combaten la formación de estas partículas y anulan su acción, favoreciendo la recuperación de las células. La melatonina, presente en el organismo, interviene en procesos neurológicos como el control del sueño, la memoria o el aprendizaje. Los expertos han observado que el poder antioxidante de la melatonina actúa inmediatamente después de una lesión en las células del sistema nervioso y la protege contra el daño que originan los radicales libres ■



Las bacterias intestinales alteran la función intestinal y cerebral

Una investigación de la Universidad McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá, ha descubierto que las bacterias en el intestino tienen impacto tanto en síntomas intestinales como conductuales en pacientes que sufren de síndrome del intestino irritable (SII), un hallazgo que podría conducir a nuevos tratamientos dirigidos a la microbiota. El nuevo estudio, publicado en *'Science Translational Medicine'*, fue dirigido por los investigadores del 'Farncombe Family Digestive Health Research Institute en McMaster' Premysl Bercik y Stephen Collins, en colaboración con investigadores de la Universidad de Waterloo, en Canadá. El SII es el trastorno gastrointestinal más común en el mundo. Afecta al intestino grueso y los pacientes sufren de dolor abdominal y alteración de los hábitos intestinales como diarrea y estreñimiento, que a menudo se acompañan de ansiedad crónica o depresión. Los tratamientos actuales dirigidos a mejorar los síntomas tienen una eficacia limitada porque las causas subyacentes se desconocen. El objetivo del estudio fue explorar si la microbiota fecal de pacientes con SII con diarrea tiene la capacidad de influir en la función intestinal y cerebral en los ratones receptores. Usando trasplantes fecales, los investigadores transfirieron microbiota de pacientes con SII con o sin ansiedad en modelos experimentales libres de gérmenes. Los animales pasaron a desarrollar cambios tanto en la función intestinal como en el comportamiento similares a los pacientes con SII donantes, en comparación con los ratones que fueron trasplantados con microbiota de individuos sanos. Los científicos vieron que los aspectos de la enfermedad que resultaron afectados por los trasplantes fecales incluyeron el tránsito gastrointestinal (el tiempo que lleva que el alimento salga del estómago y viaje a través del intestino); disfunción de la barrera intestinal; inflamación de bajo grado y comportamiento de ansiedad ■



El tratamiento médico intensivo puede revertir la diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 puede revertirse con un tratamiento médico intensivo con fármacos orales, insulina y terapias de estilo de vida, según concluye un estudio publicado en *'Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism'* de la Sociedad de Endocrinología estadounidense. La diabetes tipo 2 se considera típicamente una enfermedad crónica, que a medida que progresa, conlleva la necesidad de llevar una dieta saludable, realizar ejercicio y una combinación cada vez más compleja de medicamentos para controlarla. "Mediante el uso de una combinación de medicamentos orales, insulina y tratamientos de estilo de vida para tratar a los pacientes intensamente durante entre dos a cuatro meses, encontramos que hasta el 40 por ciento de los participantes fueron capaces de permanecer en remisión tres meses después de dejar de tomar medicamentos para la diabetes", resalta la primera autora del estudio, Natalia McInnes, de la Universidad de McMaster y 'Hamilton Health Sciences', en Hamilton, Ontario, Canadá. "Los hallazgos apoyan la idea de que la diabetes tipo 2 puede revertirse, al menos en el corto plazo, no sólo con la cirugía bariátrica, sino con los enfoques médicos", añade. Tres meses después de completar la intervención, 11 de cada 27 individuos del grupo de intervención de 16 semanas cumplieron con los criterios de HbA1C para la remisión total o parcial de la diabetes, en comparación con cuatro de 28 individuos del grupo de control. Tres meses después de finalizar la intervención de ocho semanas, seis de 28 individuos en ese grupo cumplían los mismos criterios para la remisión completa o parcial de la diabetes. "La investigación podría cambiar el paradigma del tratamiento de la diabetes desde simplemente controlar la glucosa a un enfoque para inducir la remisión y luego controlar cualquier signo de recaída en los pacientes — plantea McInnes—. La idea de revertir la enfermedad es muy atractiva para las personas con diabetes, lo que los motiva a realizar cambios significativos en el estilo de vida y lograr ni-



veles normales de glucosa con la ayuda de medicamentos. Esto probablemente da al páncreas un descanso y disminuye las reservas de grasa en el cuerpo, a la vez que mejora la producción de insulina y la eficacia" ■

Los pacientes que abandonan las estatinas tienen una tasa más elevada de segundos infartos

Investigadores de la Escuela Icahn de Medicina de Mount Sinai, en Nueva York (Estados Unidos), han descubierto que las personas que han sufrido un infarto y abandonan las estatinas por sus efectos secundarios sufren un brusco aumento de riesgo de sufrir un segundo evento cardiovascular. Así se desprende de los resultados de un nuevo estudio publicado en la revista 'Journal of the American College of Cardiology', que incluyó a más de 105.000 pacientes de más de 65 años que habían sufrido un infarto, y quienes no podían tolerar



estos fármacos tenían hasta un 50 por ciento más de probabilidades de tener un nuevo infarto. "Se debe hacer todo lo posible para tomar la estatina, ya que estos compuestos han demostrado que reducen los eventos cardiovasculares (ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares), las muertes cardíacas y la mortalidad en general", ha defendido Robert S. Rosenson, autor del estudio. El equipo de Rosenson comparó las tasas de infarto recurrente, otros eventos de enfermedad coronaria y la muerte por cualquier causa en aquellos pacientes que al menos se tomaban la medicación en el 80 por ciento de las ocasiones, frente a quienes habían reducido la dosis o habían dejado de tomarlas. "Los hallazgos del estudio actual demuestran claramente que hay graves consecuencias mórbidas de dejar de tomar las estatinas y por eso apoyamos una estrategia agresiva para que los médicos eviten estas situaciones" ■

Spiraxin®

(rifaximina- α)

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, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. 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 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 norgestimato. 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 μ g. 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 ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $< 10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $< 1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $< 0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **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, polaquiuria, 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: Hipertensión, 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 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*), trombocitopenia, reacciones anafilácticas (incluido shock anafiláctico), anomalías en la Relación Normalizada Internacional (INR) 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:** Carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), Diesteato de glicerol, Sílice 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. **Período 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. **PVPw:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aparición 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.



Desarrollarán actividades formativas e informativas

Grupo SANED firma un acuerdo de colaboración con la Real Academia Nacional de Farmacia

El presidente de Grupo SANED, Francisco Bascuas, y el presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia, Mariano Esteban, han firmado un acuerdo de colaboración para el desarrollo de actividades formativas e informativas. Las actividades se desarrollarán a través de las revis-

tas AULA DE LA FARMACIA y EL MÉDICO, ambas cabeceras de dicho Grupo.

La cooperación se materializará en la puesta en marcha de acciones de formación y difusión, participación en cursos de especialización, jornadas, seminarios

de actualización o ciclos de conferencias, entre otros; así como en el apoyo en las actividades de comunicación y divulgación que realizan ambas entidades.

El acuerdo contempla también la colaboración técnica en la realización de informes, dictámenes, estudios, proyectos y publicaciones sobre aspectos concretos que sean de interés sanitario. Ambas instituciones se podrán prestar asesoramiento, información, ayuda y apoyo mutuo en todos aquellos asuntos sean de interés común.

En la firma del acuerdo estuvieron también presentes el secretario general de la Real Academia Nacional de Farmacia, Bartolomé Ribas; el secretario de la Fundación de la Real Academia Nacional de Farmacia, Honorio Bando; y la directora de las revistas AULA DE LA FARMACIA y EL MÉDICO, Leonor Rodríguez ■

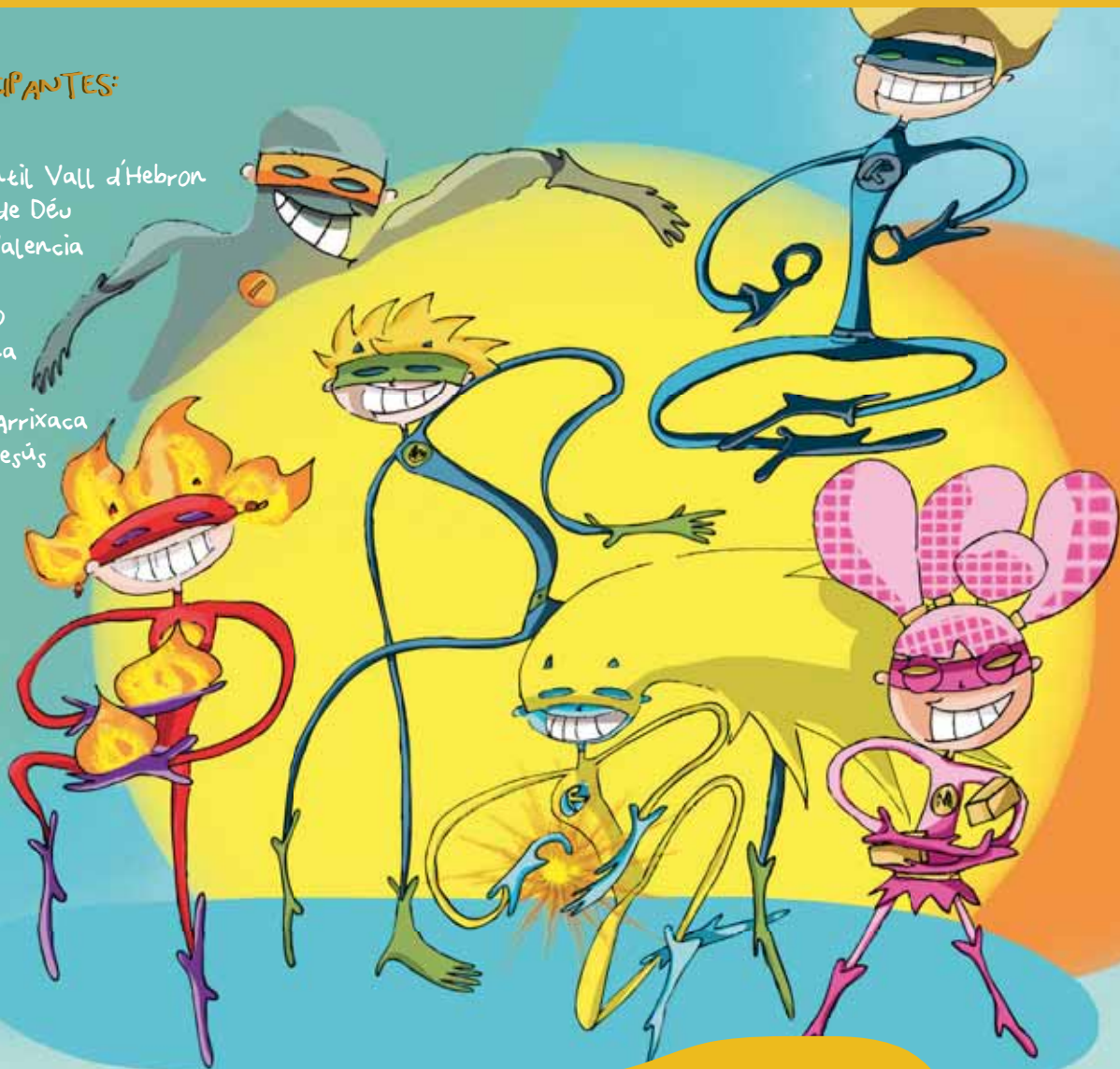


TU EMPRESA PUEDE DAR PODERES MÁGICOS A LOS NIÑOS/AS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

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?

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág. 81