

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1182. Mayo 2017

Entrevistas

Teresa Angulo,
portavoz de Sanidad
del PP en el Congreso
de los Diputados

Jesús M^a Fernández,
portavoz de Sanidad
del PSOE en el
Congreso
de los
Diputados

Reportaje

XX Congreso Nacional
de Hospitales y Gestión
Sanitaria

La hospitalización
a domicilio en la
reorientación del SNS
hacia el paciente crónico



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA

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



POSOLÓGIA

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



SALVAT

innovación y calidad

EN PORTADA



La hospitalización a domicilio en la reorientación del SNS hacia el paciente crónico

La hospitalización a domicilio va ganando peso en la necesaria reorientación del SNS hacia la atención específica del paciente crónico. Buena prueba de ello es la Estrategia HADO 2020, un proyecto de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) con el que se quiere concienciar a la Administración para que se desarrolle este servicio en todo el territorio nacional. En la actualidad, la Comunidad Valenciana, Cataluña, País Vasco y Galicia son las autonomías con mayor nivel de implementación de Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD).

26

FORO DE EXPERTOS

Código 100, una respuesta a una sociedad cada vez más envejecida
8



Benjamín Herreros

Director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés-Universidad Europea

18



Guillermo Pombo

Presidente de SEMERGEN Cantabria

14



Igor Pinedo García

Asjusa Abogados

22

ENTREVISTAS



Teresa Angulo

Portavoz de Sanidad del PP en el Congreso

32



Jesús María Fernández

Portavoz de Sanidad del PSOE en el Congreso

38

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



Carlos del Cacho

Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

54

En busca de líderes del cambio sanitario
46

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antònia Roca Casas

Directora médica de Atención Primaria en Mallorca

60



Jesús Lucinio Manzaneres

Presidente de la Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica (SEEIC)

66



ENTREVISTAS



Ignacio Hernández Medrano

Neurólogo del Hospital Ramón y Cajal

76



TERAPIA CELULAR

El papel clave de las células madre en la Medicina Regenerativa

Con el aumento de la esperanza de vida, adquiere más importancia el papel de la Medicina Regenerativa

72

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.

A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin metal rods. The spheres are arranged in a slight arc, 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)**

La mirada



Jorge Aboal, Pilar Farjas, Sergio Figueiras,
Rodrigo Gómez, Luis León, Sonia Martínez,
Beatriz Pais, Benigno Rosón

Dr. Guillermo
Pombo

a maestra de la actualidad



Benjamín
Herreros



Igor
Pinedo García



Código 100, una respuesta a una sociedad cada vez más envejecida

Autores | Jorge Aboal Viñas, director general de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud; Pilar Farjas Abadía, jefa del Servicio de Gestión de Prestación Farmacéutica de la Jefatura Territorial de Sanidad de A Coruña; Sergio Figueiras Gómez, director del Área de Desarrollo e Innovación Sanitaria de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; Rodrigo Gómez Ruiz, director del Área de Gestión del Conocimiento y el Talento de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; Luis León Mateos, director del Área de Planificación y Promoción de la Investigación Sanitaria de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; Sonia Martínez Arca, gerente de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; Beatriz Pais Iglesias, subdirectora de Atención al Ciudadano y Calidad del Servicio Gallego de Salud; Benigno Rosón Calvo, subdirector general de Sistemas y Tecnología de la Información de la Consellería de Sanidad



Introducción

La compra pública implica en general a todos los procedimientos de compra de servicios y activos realizados por la administración pública y entidades dependientes. En Europa y, según un estudio reciente de la OECD, la compra pública significa entorno al 29 por ciento del gasto total de las administraciones y representa aproximadamente un 12 por ciento del PIB de la zona OECD. En España la compra pública está por debajo de las medias de la OECD con un 23 por ciento del gasto total y un 8,5 por ciento del PIB nacional.

Los abrumadores datos macroeconómicos revelan la importancia de esta actividad en las empresas proveedoras y su influencia en las economías y el crecimiento de las regiones. Y, más

Código 100

Código 100: Un plan de Innovación cuyo objetivo es preparar al sistema de salud para responder a los desafíos que plantea una sociedad cada vez más envejecida

allá de la importancia de su rol como motor económico, queda al descubierto el papel que las administraciones pueden y deben jugar a la hora de incentivar y promover un modelo de crecimiento basado en la innovación y la sostenibilidad. La influencia de la compra pública a la hora de promover la innovación en nuestro modelo de crecimiento se vuelve acuciante cuando nos centramos en segmentos claves como la educación y sobre todo la Sanidad.

El Sistema Público de Salud de Galicia, bajo el liderazgo del SERGAS, ha sido pio-

nero en la utilización de la Compra Pública Innovadora (CPI) como herramienta de doble uso. Por una parte, se incentiva, a través del lanzamiento de retos sanitarios, la innovación y la I+D en el sector privado y al mismo tiempo las empresas responden a las necesidades del sistema sanitario con soluciones tecnológicas no existentes que aportan un valor significativo a los profesionales y a los pacientes.

La experiencia del SERGAS en el uso de la Compra Pública Innovadora (CPI) se remonta a 2011, con la puesta en marcha de dos grandes planes de innovación denominados Innovasaúde y Hospital 2050. A través de ambas iniciativas, dotadas con un presupuesto total de 90 millones de Euros procedentes del Fondo Tecnológico FEDER 2011-2015, el SERGAS movilizó 33

contratos de Compra Pública Innovadora articulados en torno a 23 proyectos transformadores.

Por una parte, el SERGAS lanzaba, a través de Hospital 2050, retos sanitarios que perseguían el desarrollo del hospital del futuro promoviendo soluciones innovadoras que buscaban no solo un hospital sostenible y eficiente, sino también más seguro y abierto al uso racional de nuevas tecnologías. Al mismo tiempo, a través del Plan de Innovación Innovasaúde,

se intentaba avanzar en una atención sanitaria centrada en el paciente, más segura, ágil e inteligente.

La experiencia del SERGAS en torno a ambos programas fue ampliamente reconocida a nivel nacional e internacional con varios premios nacionales y europeos que refrendaron la apuesta por la innovación desde el Sistema Público de Salud de Galicia. Más destacable, si cabe, fue la excelente respuesta del sector privado y la satisfacción por parte de las empresas

en la evaluación de los dos programas de innovación.

La apuesta por la Compra Pública Innovadora como herramienta de innovación sanitaria también supuso un reto de coordinación y colaboración dentro del conjunto de la administración gallega. La colaboración implica no solo a departamentos responsables de asistencia sanitaria, sistemas de información o de innovación, sino también a otros tan importantes como los gestores de procesos de compra, gestión de recursos económicos y humanos, o la tan importante asesoría jurídica de la Xunta de Galicia.

En 2017, Galicia está sin duda en condiciones de continuar con el despliegue de la CPI afrontando nuevos retos sanitarios. Una buena prueba de ello es el proyecto Europeo EMPATTICS centrado en la promoción de la adherencia terapéutica. Se trata de uno de los más importantes en Europa en CPI y se coordina desde ACIS, nueva Agencia de Gestión del Conocimiento en Salud creada recientemente por el SERGAS.

Tampoco sorprende que una vez abierta la convocatoria del Programa FID Salud, lanzado por el Ministerio de Economía para la promoción de la Compra pública Innovadora en España, el SERGAS se posicionará como la primera organización en España en reunir todos los requerimientos de la convocatoria, liderando una vez más la implementación de la Compra pública Innovadora en España en el sector sanitario.

En el nuevo Programa FID, el SERGAS participa con Código 100. Un plan de Innovación cuyo objetivo es preparar al sistema de salud para responder a los desafíos que plantea una sociedad cada vez más envejecida. No olvidemos que a día de hoy el SERGAS presta asistencia a 2,7 millones de pacientes, un 23 por ciento de ellos mayores de 65 años. A finales de 2020 Galicia será una de las regiones del mundo con mayor porcentaje de centenarios por habitante.





FORO DE EXPERTOS

La mirada maestra de la actualidad

La gestión de una población altamente envejecida y dispersa supone un verdadero desafío para un Sistema Público de Salud que busca nuevas soluciones y tecnologías para mantener o superar los niveles de calidad de la atención sanitaria que presta.

Código 100 cuenta con un presupuesto global de 13 millones de euros y se articula en torno a 3 grandes líneas de trabajo. A través de estas tres áreas prioritarias, el SERGAS, busca mejorar diagnósticos para una mayor personalización de los tratamientos; aumentar el empoderamiento de los pacientes en la gestión de su salud y cuidados; y el desarrollo de herramientas informáticas y contenidos que potencien las capacidades de los profesionales, el mayor activo de la organización, y gestionen su conocimiento para beneficio del sistema sanitario en su conjunto.

En estos momentos, Código 100 se encuentra en plena fase de consultas al mercado. Esta fase es fundamental para identificar los retos sanitarios en línea con las verdaderas capacidades del sector privado. En el actual programa de innovación se plantea una etapa de consultas al mercado en dos direcciones, involucrando a los profesionales y a las empresas. Incluso se trabaja en la participación activa de los pacientes, como usuarios finales de muchas de las tecnologías que se van a desarrollar en Código 100.

A través de estas tres fuentes de información -profesionales, pacientes y empresas- se pondrán en marcha proyectos dirigidos a necesidades reales del sistema y que puedan abrir atractivas oportunidades de crecimiento a las empresas. Desde el punto de vista práctico, el SERGAS ya ha abierto canales de comunicación a través de medios digitales y trabaja actualmente en la organización de sesiones técnicas con

todos los actores interesados en el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias.

En Código 100, la Compra Pública Innovadora tendrá un papel todavía más relevante que en los planes de innovación precedentes, ya que el 70 por ciento del presupuesto total, es decir 9,1 millones, se van a destinar a contrataciones bajo esa modalidad de compra. El Programa se financia en un 80 por ciento con Fondos FEDER 2014-2020, del Programa Operativo de Crecimiento Inteligente (POCINT). El restante 20 por ciento se aporta con fondos propios de la Xunta de Galicia, de los cuales la mitad son aportados por el SERGAS y el restante 10 por ciento de la Axencia Galega de Innovación (GAIN).

Hay tres años de trabajo por delante, hasta diciembre de 2019, en los que se espera que Código 100 profundice en la modernización de administración y en particular en sus procedimientos de compra, aumente la calidad asistencial a la población envejecida y al mismo tiempo se potencie la innovación en sectores estratégicos como la salud, la informática o la biotecnología.

Línea que potencie la I+Nuevas Terapias

La línea de Terapias Avanzadas de Código 100 pretende fomentar la incorporación al sistema público de salud de nuevas terapias innovadoras, a través de dispositivos médicos y/o tecnológicos de diagnóstico, que se encuentren en fases finales de desarrollo, especialmente en el ámbito de la medicina personalizada. Entre las terapias y dispositivos de diagnóstico se encuentran desarrollos biotecnológicos como biomarcadores avanzados para diagnóstico y pronóstico de enfermedades, dispositivos médicos o desarrollos

En Código 100, la Compra Pública Innovadora tendrá un papel todavía más relevante que en los planes de innovación precedentes



TICs que impulsen la medicina individualizada.

El objetivo de esta línea, coordinada por la Dirección de Asistencia Sanitaria del SERGAS y ACIS, es desarrollar tecnologías que repercutan en una mejor gestión de los pacientes, especialmente en aquellas patologías en las que nuevos enfoques pueden aportar una mayor calidad en la atención. Al mismo tiempo se intenta potenciar la innovación en las empresas desarrolladoras de estas tecnologías, facilitando la realización de proyectos demostradores en el entorno asistencial real a través de Compra Pública Innovadora.

Siempre con nuestro foco en la cronicidad y la sostenibilidad del Sistema Público de Salud, nos decantamos por centrar nuestros esfuerzos en patologías abordadas en 5 especialidades médicas, por su elevada prevalencia, su impacto en la calidad de vida de los pacientes y por el importante consumo de recursos que supone en nuestra comunidad autónoma. Las especialidades escogidas para esta línea han



sido Hematología, Oncología, Neurología, Reumatología y Digestivo.

Por un lado, hemos planteado la búsqueda de soluciones que permitan mejorar el uso y la efectividad de las pruebas de diagnóstico, consiguiendo así que sea más preciso, y que de ser más precoz podría contribuir a prevenir el desarrollo de la enfermedad, o tratarla antes de llegar a situaciones de franco deterioro o de alcanzar estadios incurables, como en el caso del cáncer. Al mismo tiempo estamos muy interesados en test diagnósticos que permitan tanto seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente, como una monitorización no invasiva y continua de la patología, en la línea de la biopsia líquida.

La correcta estratificación de los pacientes con enfermedades crónicas de alta prevalencia puede asociarse a mejorar la calidad de vida de los enfermos, y reducir también su nivel de dependencia de sus familias. También se pretende conseguir una reducción de las consultas médicas

por una mejor gestión de pacientes y una reducción de los costes de farmacia a través de tecnologías de medicina personalizada no existentes en el mercado por una mejor utilización de fármacos.

Dentro de la línea "Terapias avanzadas" se han mantenido varias reuniones con especialistas de los Servicios de Digestivo, Neurología, Reumatología, Hematología y Oncología. Durante estas reuniones se han planteado las características y los objetivos de nuestro proyecto, constituyendo grupos de trabajo por especialidades para determinar cuáles son las necesidades prioritarias de cada área. En paralelo, se ha iniciado la difusión del proyecto a empresas, preferentemente del sector biotecnológico, a través de nuestra presencia en las reuniones de BIOSPAIN y BIOEUROPE. En el próximo mes de abril, está previsto completar esta fase de difusión y consultas al mercado, y contrastar las necesidades descritas con los profesionales con las líneas de trabajo de las empresas, y así poder redactar los pliegos de prescripciones técnicas para

iniciar las licitaciones de esta línea de Código 100.

Línea de Empoderamiento del Paciente

Una de las metas que se propone la Organización Mundial de la Salud es el empoderamiento de las personas y las comunidades, y se refleja en la idea y en el desarrollo por parte de la mayor parte de los servicios de salud de nuestro entorno, de programas como el Paciente Activo, el Paciente Competente o el Paciente Experto.

Todos ellos desarrollan la premisa de que un paciente activo, competente, conocedor de su salud y de su enfermedad, es un agente fundamental para la mejora de sus propios resultados de salud y del conjunto del sistema sanitario.

Las estrategias de mejora de la calidad en la atención en Estados Unidos y Reino Unido inicialmente, rápidamente asimiladas y replicadas en nuestro país, llevan unas décadas centradas en un cambio de paradigma en torno al papel del paciente. Se ha producido una evolución desde una actitud pasiva, receptora de la atención y los cuidados de otros a una actitud activa, de implicación, participación y co-responsabilidad en la gestión de la salud y la enfermedad por parte de un número creciente de usuarios de los servicios sanitarios.

Las estrategias de cronicidad, imprescindibles para abordar cambios socioeconómicos de alto calado como el envejecimiento poblacional, la crisis económica o los cambios en el ámbito de lo laboral, están forzando el rediseño de los sistemas, de forma que permita y fomente la interacción de los profesionales con pacientes que tienen la motivación, las habilidades y la confianza necesaria para tomar sus propias decisiones.

A pesar de esta intención, el diseño de iniciativas de empoderamiento de los pacientes es todavía incipiente e insuficientemente desarrollado.



Código 100 es en este sentido una excelente oportunidad, como lo fue en su día Innova Saúde/Hospital 2050. Este nuevo convenio de cooperación nos da la posibilidad de nuevo de alinear los deseos y las necesidades de los pacientes con el talento y la experiencia de los profesionales del mundo sanitario y del tejido empresarial, para hacer que el empoderamiento de los pacientes se vaya convirtiendo en una realidad.

No hay posibilidad de empoderamiento sin formación, información y soporte emocional. Nadie puede tomar decisiones sobre su salud si no tiene las herramientas precisas y necesarias para hacerlo.

Un buen ejemplo de herramientas de empoderamiento es el proyecto e-Saúde, desarrollado en el SERGAS bajo el paraguas de Innova Saúde. La herramienta eSaude permite a día de hoy que cualquier ciudadano gallego que lo desee pueda acceder libremente a su historia clínica, a su medicación, a información sanitaria de rigor o a la posibilidad de cualquier trámite con el Sergas, desde un dispositivo fijo o móvil. Puede también conocer y contactar con asociaciones de pacientes, o formar parte activa de una comunidad de pacientes con su mismo problema de salud, encontrando el apoyo entre iguales que tan necesario resulta a cualquier persona que atraviesa por una situación de enfermedad.

Este es el camino hacia el empoderamiento. Y es el salto de la teoría a la práctica, del deseo a la realidad.

En ese camino se quiere profundizar y avanzar desde la línea de Empoderamiento del Paciente de Código 100. Se va a poner en relación directa a los pacientes con las empresas, de manera transparente y abierta, aunque metodológicamente bien dirigida, para que el mercado sea

capaz de crear lo que los pacientes de verdad necesitan para tomar las riendas de su salud.

Y se incorporarán a e-Saúde nuevas aplicaciones y desarrollos que incidan en los autocuidados, en la prevención de las enfermedades, en el refuerzo de hábitos saludables y en la ayuda a la toma de decisiones contrastada.

Ese es el objetivo de esta línea. Y es la oportunidad que ofrece Código 100.

Línea de Gestión del Conocimiento

Las Organizaciones Sanitarias fundamentan su actividad en la utilización intensa y extensa del conocimiento: la actividad asistencial, la gestión clínica, la investigación, la formación y la docencia de los profesionales, utilizan y generan conocimiento de forma continuada. Sin embargo, con carácter general, nuestras organizaciones carecen de un enfoque comprensivo e integral de la gestión de ese conocimiento que se genera en su interior, de manera que la ausencia de interconexión entre sus profesionales y la dispersión del conocimiento es la consecuencia.

Es así que, la Gestión del Conocimiento y de la comunicación y la colaboración entre los profesionales dentro de la organización deben ser elementos inseparables de la actividad sanitaria, herramientas imprescindibles para el logro de los objetivos estratégicos de la organización, y, también, vía de transformación y modernización. La utilización de las modernas herramientas y tecnologías de la información y comunicación, de plataformas y estándares tecnológicos en el ámbito sanitario, de las redes sociales profesionales, nuevas tendencias de disrupción formativa, de recursos multimedia y de los contenidos adecuados a este sector

complejo y dinámico, deben hacer posible el cambio hacia un modelo institucional, centrado en sus profesionales y con el objetivo de la transmisión efectiva y eficiente del conocimiento, la interconexión de las capacidades de todos los profesionales y la generación de valor para la organización, los profesionales y los pacientes.

En el ámbito sanitario, la evolución del mundo analógico al mundo digital ha generado nuevos procesos de investigación, nuevas herramientas de difusión y un amplio abanico de oportunidades para la generación del conocimiento.

El reto al que se enfrenta el Servicio Galego de Saúde es la planificación estratégica de la formación y del conocimiento en base a competencias, así como la detección temprana del talento existente dentro de la propia organización y la armonización de la producción científica e investigadora.

En este marco de ideas, el Servicio Galego de Saúde, organización generadora de conocimiento, a partir de una relevante actividad asistencial e investigadora de alto impacto, plantea la necesidad del “Desarrollo de una plataforma tecnológica de gestión del conocimiento” dentro del Plan de Innovación en Salud “Código 100”, mediante una propuesta absolutamente innovadora, no desarrollada todavía en el ámbito nacional e internacional.

Código 100. Una oportunidad para transformar el modelo de formación

En el marco de la línea de gestión de conocimiento, se desplegó una campaña entre los profesionales del Servicio Galego de Salud para que sean protagonistas y participen con sus ideas y propuestas en el cambio del modelo de gestión de su formación y gestión del conocimiento.

La iniciativa pretende dar un giro al modelo convencional de la gestión del conocimiento y es una oportunidad para poder construir nuevos espacios abiertos y cola-

borativos, que posibiliten que el profesional sea el auténtico protagonista de su formación.

Para ello, se habilitó, una plataforma (<http://www.codigo100.org>) en la que los profesionales pueden subir textos, vídeos, imágenes, enlaces a páginas *web* o recursos que llamen su atención tanto en su actividad cotidiana, como en otros contextos (congresos, otros sectores, tendencias...). Se podrá proponer el uso de herramientas formativas de base tecnológica (como vídeos, *apps*, realidad aumentada, gamificación) o nuevos métodos de formación, tanto a distancia como presencial. Las ideas ayudarán a trabajar en la dirección que los profesionales sugieren, siendo así los protagonistas del cambio en el diseño del modelo formativo (Imagen 1 y 2).

Cada póster tiene además asociado un vídeo, al que se puede acceder a través de un Código QR.

Dentro de la plataforma, las ideas están clasificadas de manera transparente, utilizando cuatro criterios de ponderación:

- relevancia;
- impacto;
- facilidad de aplicación;
- originalidad.

El proyecto es una oportunidad para dar VALOR a las ideas y propuestas de los profesionales del SERGAS.

Para llevar a cabo la campaña, se distribuyeron en los centros sanitarios dípticos y carteles que recogen historias de doce profesionales de distintos ámbitos asistenciales de las siete Áreas de Gestión Integrada del Sergas, además de la historia de un paciente, en los que se exponen las necesidades que detectan en su desempeño profesional y personal.

Canal YouTube: <https://www.youtube.com/channel/UCw8YySdqA5Gw95R8ANqgDYQ/about> (Imagen 3).

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



A lo largo de estos dos meses se han recibido más de 200 ideas que una vez analizadas utilizando herramientas de *Machine Learning*, que darán valor para orientar las fichas de *avance*. Con la ayuda de los equipos de trabajo constituídos y las

aportaciones de nuestros profesionales, Código 100 implementará la fase de difusión y consultas al mercado. El objetivo de Código 100 es transformar el conocimiento en valor accesible a las necesidades de nuestros profesionales ■



Cronicidad y pluripatología

Autor | Dr. Guillermo Pombo. Presidente de SEMERGEN Cantabria

En los últimos 40 años se ha producido un importante cambio en las consultas de Atención Primaria. En la actualidad, la mayor parte están orientadas a los procesos crónicos.



Dr. Guillermo Pombo

Coincidiendo con el nacimiento del actual modelo de Atención Primaria y de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, hace unos 40 años, la consulta diaria era fundamentalmente a demanda y centrada en procesos agudos. En este contexto, surgieron los programas para enfermedades crónicas (HTA, diabetes, EPOC, etc.), y la relación con las especialidades hospitalarias era meramente epistolar para las interconsultas, con el célebre P-10 (volumen de interconsultas).

En la actualidad, la mayor parte de la consulta está orientada a los procesos crónicos, con un claro aumento de la edad media de nuestros pacientes, su nivel de información y demandas, habiendo mejorado la relación con otras especialidades y la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas.

Estos cambios en la epidemiología, la demografía y la sociedad se concretan en las llamadas transiciones:

Hace falta una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional: pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios y sistema que deben estar coordinados

Transición epidemiológica

Durante el S.XX, se produce un cambio en la manera de enfermar. La alimentación infantil, higiene y los avances médicos, fundamentalmente vacunas y antibióticos, implican un descenso de las enfermedades agudas, infecciosas en su mayoría. También un descenso de la mortalidad, dando lugar a un mayor envejecimiento de la población y la eclosión de las enfermedades crónicas,

poco prevalentes hasta entonces.

Transición demográfica

El descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad, unido al descenso de la natalidad, han condicionado la va-

riación de la estructura por edades de la población española.

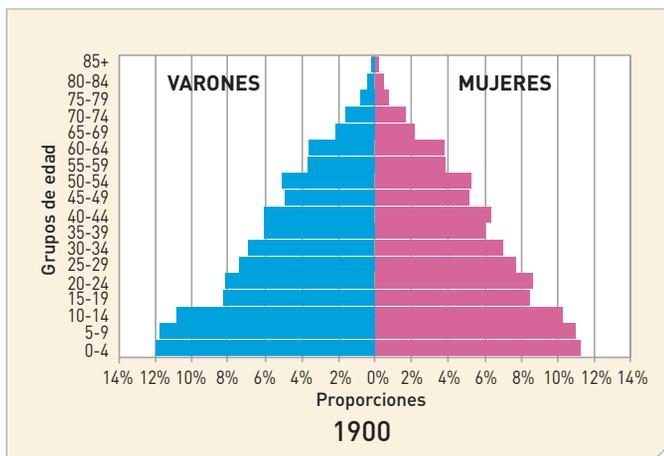
Transición sociológica

Concepto acuñado por Viciano en 1998. Valora la respuesta social a un estado sanitario dado, considerando de forma integral los aspectos demográficos y epidemiológicos junto con las implicaciones sociales, como los cambios en la respuesta social en relación a la salud, la enfermedad y la muerte, los servicios sanitarios, aspectos culturales, los conocimientos y valores sociales con respecto al cuidado y conservación de la salud o los cambios en los estilos de vida.

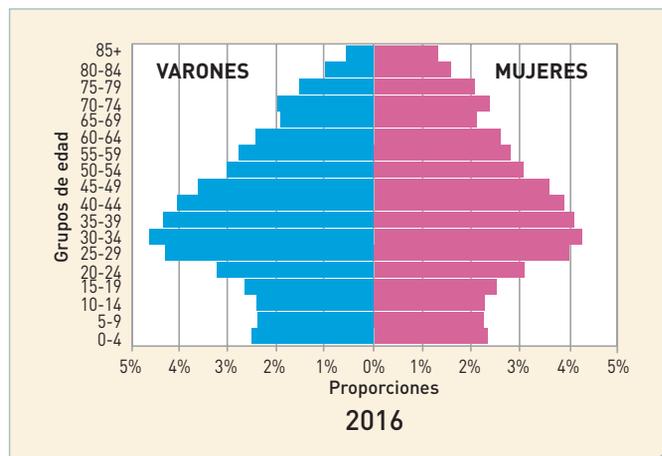
Así pues, nos encontramos ante tres variables a considerar: envejecimiento, enfermedades crónicas y respuesta social a esta nueva situación.

La realidad es que nos encontramos con una población envejecida (aproximada-

Figura 1.

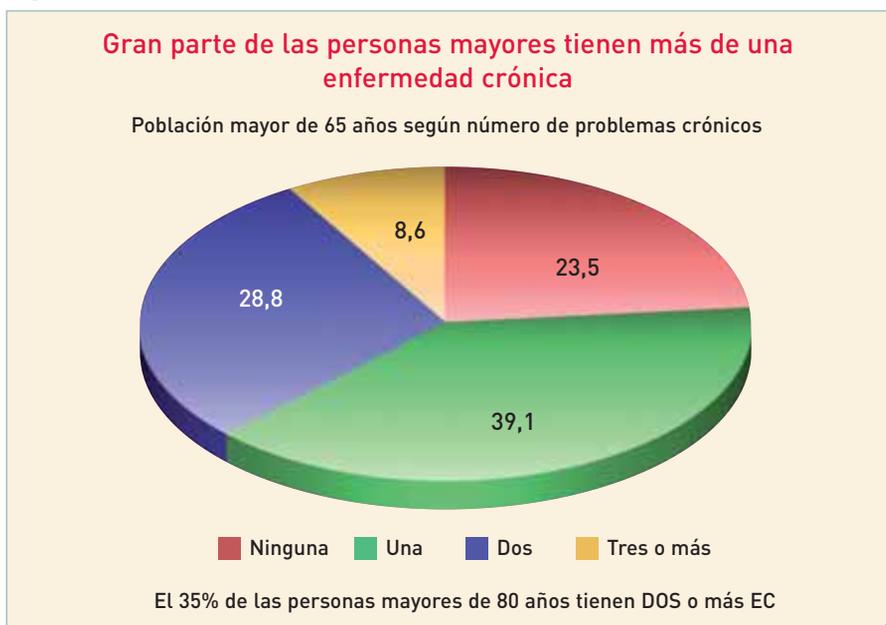


Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo de 1900



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo a 1 de enero de 2007

Figura 2.



Fuente: ESCAV 2007

mente un 18 por ciento mayores de 65 años y un 5 por ciento mayores de 80 años) y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. La tendencia es a aumentar, con una proyección de un 40 por ciento de mayores de 65 años en el horizonte del año 2050. Las personas mayores representan las 3/4 partes de la demanda asistencial en Atención Primaria. Las enfermedades crónicas tienen una prevalencia del 20 por ciento y suponen el 70 por ciento del gasto sanitario. Además, en mu-

chas personas coexisten dos o más enfermedades crónicas, con frecuencia causa de discapacidad, por lo que hay que considerar también las necesidades sociales.

Estos datos nos llevan a plantear un nuevo horizonte que garantice la equidad y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, en estado casi crítico a día de hoy. Se trata de un sistema sanitario orientado a la atención a la enfermedad aguda, que ha funcionado muy bien hasta que se

producen los cambios epidemiológicos y demográficos que estamos viviendo

En este contexto nace la “Estrategia de atención a la cronicidad en España 2012” que tiene por misión “establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral”.

Sus líneas estratégicas, desarrolladas en 20 objetivos y 101 recomendaciones, son la promoción de la salud, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria, la equidad en salud e igualdad de trato y la investigación e innovación.

A su vez, las distintas comunidades autónomas han desarrollado programas de atención a la cronicidad en su ámbito de responsabilidad.

Atención a la cronicidad

El cambio fundamental es la atención a la persona en situación de cronicidad en lugar de tratar el proceso crónico de manera independiente.

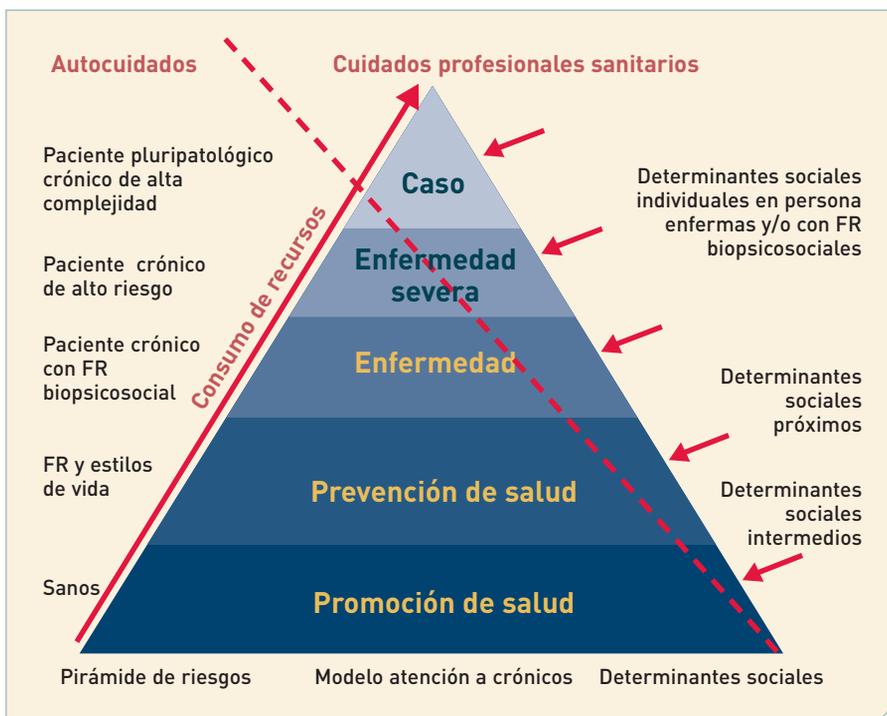


Figura 3.

¿En qué consiste el cambio de paradigma?

- ▶ La organización del sistema de atención sanitaria
- ▶ El estrechamiento de relaciones con la comunidad: grupos de autoayuda, recursos comunitarios...
- ▶ El diseño del sistema asistencial: sistema proactivo, equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales, continuidad asistencial...
- ▶ Fortalecimiento de la atención domiciliaria
- ▶ El apoyo y soporte al autocuidado
- ▶ El apoyo en la toma de decisiones clínicas: guías clínicas, especialista consultor...
- ▶ El desarrollo de sistemas de información clínica: compartir la información clínica, identificar pacientes de alto riesgo...

Figura 4.



La atención a la cronicidad implica cambios en las políticas sanitarias y en la organización de la asistencia, pasando de un modelo de atención a la enfermedad aguda (curación de episodios) a un modelo de atención a las condiciones crónicas. Hace falta una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional: pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios y sistema que deben estar coordinados.

Frecuentemente, la persona es portadora de más de una enfermedad crónica (pluri-

patología), tributaria de recibir tratamientos para cada una de ellas (polimedicación) y en situación de fragilidad clínica o dependencia que exige recursos sociales. La realidad actual y las previsiones futuras nos obligan a evolucionar a un modelo sociosanitario de atención a la persona en situación de cronicidad.

Pluripatología

El término pluripatología no aparece recogido en el diccionario de la Real Acade-

mía Española. Sin embargo, a todos nos sugiere un significado claro: varias patologías crónicas.

En el ámbito clínico español, se utiliza una definición del paciente pluripatológico que identifica a aquellas personas con mayor fragilidad clínica, no teniendo en cuenta los factores de riesgo más prevalentes y considerando el daño sobre órganos diana y repercusión funcional generada en dos o más sistemas. De esta forma, podemos discriminar a aquellos pacientes, frecuentemente ancianos, que por la asociación de patología crónica con repercusión en dos o más órganos o sistemas, generadora de sintomatología y limitación funcional, presentan un mayor grado de fragilidad y frecuentemente discapacidad.

En el paciente geriátrico, en ocasiones, encontramos problemas no fácilmente encajables en las conocidas enfermedades clásicas. Estos problemas de difícil inclusión se engloban en lo que se ha llamado "los síndromes geriátricos", que podemos definir como un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades y que no pueden encuadrarse dentro del abanico de las enfermedades habituales. Son extraordinariamente prevalentes en el anciano y con frecuencia son el origen de incapacidad funcional o social. La detección y el estudio protocolizado de los síndromes geriátricos es una exigencia obligada ante cualquier paciente anciano.

Polimedicación

Los fármacos usados para tratar enfermedades también pueden provocarlas. Tanto sus efectos adversos, previstos e imprevistos, como las interacciones entre ellos, pueden ser causa de nueva enfermedad. Este hecho incuestionable se magnifica cuando hablamos de pacientes pluripatológicos y, especialmente, si son ancianos.

Los estudios que evalúan los efectos del excesivo consumo de fármacos muestran la misma conclusión: el número total de fár-

Figura 5.

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Papel del equipo de AP

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos

En especial es preciso potenciar el papel de los profesionales de Medicina y Enfermería de AP como referentes de los pacientes con problemas de salud crónicos para el seguimiento de sus procesos y la activación de recursos

La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, realizando actividades preventivas, y a permanecer a su lado cuando la Medicina curativa ha agotado sus recursos proporcionando cuidados paliativos

Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. MSSSI, 2012

macos que ingiere una persona es el principal factor asociado a la aparición de efectos adversos. Esto supone el parámetro más importante para determinar la incidencia del mal uso de los fármacos y de las repercusiones que este uso tiene para el paciente en cuanto a morbilidad y, no olvidemos, mortalidad, así como para el sistema sanitario. Los episodios adversos a fármacos suponen entre un 7-14 por ciento de ingresos de ancianos en los servicios de Medicina Interna en España.

En definición de la OMS, se considera polimedicación al consumo simultáneo de más de

tres fármacos. Para prevenir y minimizar los efectos de la polimedicación es imprescindible la prescripción racional, definida como la prescripción realizada por un profesional bien informado que, haciendo uso del mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en las dosis adecuadas, durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible.

Para valorar lo adecuado de la selección del fármaco, sería importante responder a tres preguntas: ¿El fármaco tiene alguna utilidad? ¿Necesita el paciente tomar ese fármaco? ¿Es adecuado el consumo de ese fármaco en las condiciones físicas y mentales que tiene el paciente? Además, en el paciente anciano, hemos de valorar otras

En el paciente geriátrico encontramos problemas no fácilmente encasillables en las conocidas enfermedades clásicas. Estos problemas se engloban en lo que se ha llamado "los síndromes geriátricos"

circunstancias específicas de su situación: consideraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Hemos de considerar que en una situación de pluripatología y polimedicación, en la que suelen "convivir" distintos prescriptores, el médico de familia debe erigirse en coordinador y responsable último del tratamiento. Pero además del papel de coordinación del médico de familia, todos los demás actores en el tratamiento y cuidados, incluido el propio paciente, tienen asignadas unas actividades y funciones ■





Limitación del esfuerzo terapéutico

Autor | Benjamín Herreros. Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo, Sociedad Española de Medicina Interna. Director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés-Universidad Europea. Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón

El debate sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se enmarca en torno a la cuestión sobre si todo lo técnicamente posible en Medicina es éticamente aceptable. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se han conquistado múltiples hitos tecnológicos que permiten prolongar la vida de manera artificial hasta límites insospechados: el masaje cardiaco externo (Kouwenhoven y Jude, 1961), la diálisis (Scribner, 1962), la desfibrilación (Zoll y Lown, 1962), el trasplante renal (Alexandre, 1963), el trasplante cardiaco (Barnard, 1967) o la ventilación mecánica prolongada (Engstrom, 1974). Estas técnicas han contribuido a salvar un número creciente de vidas y a prolongar la esperanza de vida de la población general. Sin embargo, esto no ha sido inocuo y se ha acompañado de nuevos problemas: los relacionados con el daño colateral que pueden producir y los derivados de los costes que generan su generalización. La LET se plantea cuando el daño que puede causar la técnica médica en el final de la vida (en pacientes gravemente enfermos) puede superar al beneficio que ofrece.

La cuestión sobre la LET es muy habitual en todos los contextos de la Medicina. Entre el 55 y el 70 por ciento de las muertes ocurridas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), incluidas UCIs de Pediatría y Neonatología, vienen precedidas de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Las LET más habituales en UCIs son la orden de no reanimación cardiopulmonar (No RCP) y la suspensión de medidas de soporte vital avanzado (diálisis, aminas vasopresoras, fracciones elevadas de O₂ suplementario o la ventilación mecánica invasiva). En la hospitalización convencional, la LET precede a más del 80 por ciento de los fallecimientos en planta de Medicina Interna. Entre las más habituales se encuentran la orden de No RCP, no ingresar en la UCI, la transfusión de hemoderivados, la administración de antibióticos, la hemodiálisis, la realización de pruebas diagnósticas, los tratamientos oncológicos activos, la realización de cirugía o la nutrición parenteral.

Aclaración de los conceptos

Limitación de los esfuerzos terapéuticos: No aplicar medidas desproporcionadas



Benjamín Herreros

en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida, de acuerdo con la finalidad terapéutica que se plantea, que fundamentalmente es curar, mejorar o aliviar. Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costes/cargas y beneficios para el enfermo. Una medida desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y le produciría un daño o carga “proporcionalmente” superior. En ocasiones se ha asociado también al concepto de LET la no aplicación de “medidas extraordinarias”, pero este aspecto es poco concreto y ambiguo. El

término LET no es del todo apropiado, porque la “limitación” también abarca procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos. Hay autores que prefieren hablar de “adecuación” en lugar de limitación, pero toda medida en Medicina debe ser adecuada, no solo cuando se habla de LET.

Obstinación profesional: El intento de prolongar la vida en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida mediante medios (diagnósticos o terapéuticos) desproporcionados para el objetivo perseguido (curar, mejorar o aliviar). La obstinación profesional llevaría a la prolongación

gación exagerada y con medios artificiales del sufrimiento, la agonía o del proceso de muerte del paciente. En cierta medida es la imagen opuesta a la LET.

Futilidad: En el contexto del final de la vida, un tratamiento se puede considerar fútil cuando es clínicamente ineficaz (al no mejorar el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes), o porque previsiblemente producirá perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio esperado.

Formas de LET

Existen dos formas de realizar una LET: no iniciar una medida (withholding) o retirar una medida previamente instaurada (withdrawing). Desde un punto de vista ético, se tiende a ver las dos posibilidades como moralmente equivalentes, aunque psicológicamente resulta más difícil retirar una medida que decidir no instaurarla. En la Tabla 1 se exponen algunas posibles diferencias entre la retirada y el no inicio, aunque finalmente se concluye que no se puede demostrar la no equivalencia moral entre retirar y no iniciar.

Criterios para la LET

Una de las principales dificultades para establecer criterios para la LET es que los factores a considerar no son exclusivamente clínicos. La propuesta realizada para tomar una decisión de LET sigue tres pasos: evaluar el caso con detenimiento, decidir si realmente es un enfermo candidato a LET (o si es de máximo esfuerzo terapéutico) y, finalmente, si es candidato a LET, proceder a realizarla. Tabla 2.

1. Evaluación del caso

Preferencias del paciente: Cuando se plantea una decisión de LET lo primero que se debe hacer es conocer la opinión y preferencias del paciente. Existe una tendencia a subestimar la capacidad del paciente para decidir.

Tabla 1. Posibles diferencias entre la retirada y el no inicio de una medida en la LET

| |
|---|
| Es más aceptable la retirada, porque se podría tener mayor seguridad clínica acerca del efecto (o de la futilidad) de la medida, y, por tanto, mayor certeza moral al tomar una decisión. (*) |
| El paciente que ya está recibiendo un tratamiento tendría cierto derecho <i>prima facie</i> a que no se le retire para ser administrado a otro enfermo, incluso si el potencial beneficio teórico fuese mayor en el segundo caso. (*) |
| La obligación de cuidado con los pacientes que ya tienen tratamiento sería mayor que con los pacientes “potencialmente tratables”. (*) |
| Miedo a que si se autoriza la retirada de tratamiento basada únicamente en la escasez de recursos otros criterios “no éticos” puedan ser utilizados también como elementos de decisión (por ejemplo la raza o el nivel socioeconómico). (*) |
| En el no inicio generalmente no es necesario el consentimiento (los criterios son esencialmente médicos); la retirada exige consentimiento informado y una toma de decisiones compartida, aunque ésta esté basada en los mismos supuestos clínicos que el no inicio. (*) |
| Miedo a que si se realizan decisiones de retirada en base a la escasez de recursos, las decisiones puedan tener consecuencias legales para los médicos responsables. (*) |
| El enfermo realmente no es el mismo. La equivalencia es un mero ejercicio intelectual : el paciente que se enfrenta a una retirada de tratamiento no es clínicamente equiparable a aquel en quien se plantea no iniciar la medida. (**) |
| Aspectos psicológicos: Una vez iniciada la medida, no sólo cambian las características clínicas del paciente, también pueden cambiar la perspectiva y las expectativas del propio paciente, de los allegados y hasta de los sanitarios. (**) |

(*) Wilkinson D, Savulescu J. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics* 2014;28:127-137.

(**) Añadido por el autor del capítulo.

Tabla 2. Criterios y pasos para decidir la LET

| |
|--|
| 1er paso: Evaluación del caso |
| Preferencias del paciente <ul style="list-style-type: none"> • Individualizar • Preferencias de los allegados Gravedad (pronóstico) <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas: ¿Se tiene un diagnóstico preciso? ¿Está optimizada la terapia? • Cálculo del pronóstico en “ese” paciente. Calidad de vida (previa y futura) |
| Distribución de recursos (inversión racional) |
| 2º paso: Tomar la decisión |
| Deliberación participativa <ul style="list-style-type: none"> • 1º: Paciente de LET vs paciente de máximo esfuerzo. • 2º: Si es paciente de LET: Aclarar el fin de la intervención Comunicar la decisión y registro en historia clínica |
| 3er paso: Actuación. |
| Medidas negativas: No iniciar / Retirar <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios) • Procedimientos inútiles y fútiles Medidas positivas <ul style="list-style-type: none"> • Tratar las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias) • Medidas paliativas |



Pronóstico (gravedad): La LET se debe plantear en pacientes cuya situación clínica sea grave, irreversible o terminal. Para poder llevarla a cabo es fundamental partir de un diagnóstico lo más preciso posible.

Calidad de vida (previa y futura): En pacientes en situación clínica grave, irreversible o terminal, no es fácil realizar esta evaluación. La calidad de vida en estos pacientes se estima con frecuencia externamente y para ello es preciso usar escalas o índices validados, no la mera apreciación subjetiva de los clínicos.

Distribución de recursos (inversión racional): Como norma general, la distribución de recursos es un criterio de segundo orden.

2. Tomar la decisión

Deliberación participativa: En el proceso deliberativo se deben introducir todas las variables del primer paso para posteriormente ser analizadas entre todos los actores implicados.

Comunicar la decisión y registro en historia clínica: La decisión fundamental que busca la deliberación sobre el caso es determinar si el paciente es subsidiario de máximo esfuerzo terapéutico o si se debe realizar LET. Y en caso de realizar LET, es esencial concretar qué patologías van a

ser tratadas y cuáles no. O si únicamente se van a paliar síntomas.

3. Actuación

Medidas negativas

No iniciar/Retirar: Tomada la decisión de LET, no deben realizarse los procedimientos considerados desproporcionados, inútiles y fútiles para el objetivo terapéutico trazado. Y en caso de haberse iniciado alguna de dichas medidas, se debe proceder a su retirada.

Medidas positivas

Medidas intermedias: Deben mantenerse o instaurarse las medidas orientadas al objetivo terapéutico que, tras la deliberación del caso, se ha considerado oportuno. Algunos aspectos que conviene aclarar sobre las medidas intermedias son: el tratamiento de las infecciones, la transfusión de hemoderivados, el tipo de nutrición e hidratación y la realización de qué medidas diagnósticas.

Medidas paliativas: Establecer una LET no supone una negativa al tratamiento. Deben mantenerse los cuidados y el tratamiento sintomático que sea preciso en función de los objetivos trazados con el paciente ■



Referencias bibliográficas

1. Abizanda R. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva* 1994; 18: 100-105.
2. Callahan D. Setting Limits. Medical goals in an aging society. New York. Simon and Schuster, 1987, 65-81.
3. Esteban A, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med* 2001; 27: 1744-1749.
4. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Withholding and withdrawing treatment in patients admitted in an Internal Medicine ward. *Rev Calid Asist.* 2016 Mar-Apr;31(2):70-5.
5. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitation of the therapeutic effort. *Rev Clin Esp* 2012; 212: 134-140.
6. Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. Diagnostic neoplasms in internal medicine ward: determining characteristics and factors to define the diagnostic-therapeutic efforts. *Rev Clin Esp* 2010; 210: 592-593.
7. Simón P, Barrio IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 583-597.
8. Valero Zanuy MA, et al. Should the therapeutic effort in artificial nutrition be limited? *Rev Clin Esp* 2003; 203: 582-588.
9. Velasco M, et al. Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40:138-144.
10. Vincent JL. Communication in the ICU. *Intens Care Med* 1997; 23:1093-1098.
11. Wilkinson D, Savulescu JA. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics* 2014;28:127-137.



El nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos: Una aproximación al sector sanitario

Autor | Igor Pinedo García. Asjusa Abogados

El vigente Reglamento Europeo de Protección de Datos¹ fue aprobado el pasado 27 de abril de 2016. No obstante, a pesar de su aprobación y consecuente entrada en vigor, su contenido no será de aplicación hasta el próximo 25 de mayo de 2018². Un periodo transitorio en el que los Estados miembros de la Unión Europea (UE), sus instituciones, empresas y resto de personas que traten datos de carácter personal con ocasión de una actividad profesional, no doméstica³, deberán adecuar y preparar sus estructuras y procedimientos de trabajo interno para dar cumplimiento al elenco de obligaciones que el nuevo escenario jurídico aprobado por este Reglamento Europeo exige.



Igor Pinedo García

Como es obvio, las instituciones sanitarias deberán asumir igualmente las obligaciones que el presente Reglamento Europeo impone, debiéndose analizar en su momento si, a nivel estructural y organizativo, este nuevo escenario debe conllevar la aprobación en España de alguna norma específica que aclare o ayude a interpretar la correcta aplicación del Reglamento Europeo dentro del ámbito asistencial e investigador.

Fue aprobado en abril de 2016. No obstante, a pesar de su aprobación y consecuente entrada en vigor, su contenido no será de aplicación hasta el 25 de mayo de 2018

Como se describe en el propio título del nuevo Reglamento Europeo, el mismo delega la Directiva Europea de Protección

de datos (núm. 95/46/CE) aprobada en el año 1995. Lo mismo obedece a una finalidad de actualizar y armonizar el cumplimiento de la protección de datos en la UE, toda vez que como expresamente así reconoce por el propio Reglamento, existían diferencias en el nivel de protección que se conferiría al tratamiento de los datos de carácter personal entre las diferentes normativas nacionales de los diferentes Estados miembros. Esta cir-

cunstancia dificultaba sobremanera la libre circulación de información personal dentro de la UE. Ante este escenario de inseguridad jurídica sobrevenida, el Reglamento Europeo ha venido a tratar de garantizar que el nivel de protección de los derechos y libertades de las personas, en lo concerniente a su información personal, sea equivalente en todos los países de la UE.

Esta pretensión de garantizar un nivel uniforme de protección a nivel comunitario, ha podido justificar la decisión de la UE de acoger la fórmula del “Reglamento” y no de “Directiva”, para promulgar un nuevo texto legal. Concretamente, la deci-

sión de acoger la fórmula del Reglamento implica que su cumplimiento literal será obligatorio de forma directa en todos los países de la UE desde el próximo 25 de mayo de 2018. En consecuencia, no será obligatorio que, previamente a su aplicación, cada uno de los países miembros de la UE aprueben un acto de trasposición previo, interno, como es la aprobación de una ley nacional que incorpore los mandamientos de una norma comunitaria⁴, como sería el caso si hubiéramos estado ante el supuesto de una Directiva Europea. Todo lo contrario, el contenido aprobado por el Reglamento Europeo no exige dicho acto de trasposición previo, sino que su aplicación es directa en todos los países de la UE. Sin embargo, ello no impide que, como el propio Reglamento prevé en sus considerandos previos⁵, los diferentes países se encuentren facultados para mantener o adoptar disposiciones nacionales a fin de especificar en mayor grado la aplicación de las obligaciones del presente Reglamento.



En este sentido, el ámbito sanitario, atendiendo a su especial y específico tipo de funcionamiento, así como a la sensibilidad del tipo de información que trata, podría ser uno de los sectores candidatos a verse afectados por alguna norma de ámbito nacional que ayude especificar o interpretar la implementación y cumplimiento de dicho Reglamento,

Las instituciones sanitarias deberán asumir las obligaciones que el presente Reglamento Europeo impone

en un sector tan particular y complejo como es el sanitario, más aún en lo concerniente al tratamiento de información personal de pacientes. Sin embargo, lo mismo debe esperar a comprobar si, una vez este Reglamento sea plenamente aplicable, se generan dudas razonables para su efectivo cumplimiento dentro del ámbito de las instituciones sanitarias.

No obstante, debe procederse al análisis breve y resumido de aquel contenido (artículos) introducido por el Reglamento Eu-

ropeo que tiene una incidencia directa en el sector sanitario, tanto en su faceta asistencial e investigadora.

En primer lugar, deben destacarse dos definiciones recogidas dentro de su articulado, como son las definiciones de “datos relativos a la salud”⁶ y “datos genéticos”⁷.

En relación al primero de ellos, el Reglamento incorpora un matiz novedoso al concepto tradicional de datos relativo a la salud, como es el hecho de acoger también bajo esta definición la información o datos relativos a la prestación de servicios de atención sanitaria que revelen información sobre el estado de salud de una persona. Asimismo, con la inclusión de la definición de datos genéticos, el presente Reglamento revela la importancia que en la actualidad asistencial e investigadora ostenta la genética; piedra angular de la Medicina personalizada y

preventiva, que progresivamente de forma muy notable va formando parte de las investigaciones biomédicas y clínicas que se desarrollan tanto por los centros de investigación como por la propia industria farmacéutica.

En segundo lugar, en lo concerniente a la legitimidad para el tratamiento de lo que el Reglamento define como datos sensibles, este restringe su licitud, entre otros supuestos, a que el ciudadano haya otorgado su consentimiento explícito⁸ o que su tratamiento sea necesario para fines de Medicina preventiva, para el diagnóstico médico, para la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, así como para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria⁹; no obstante, dicho tratamiento queda supeditado a que el mismo sea realizado por un profesional sujeto a la obligación de sujeto profesional¹⁰.

En tercer lugar, en comparación con lo dispuesto por nuestra Ley Orgánica 15/1999,



de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Artículo 5), el presente Reglamento aumenta los requisitos informativos que todo responsable en el tratamiento de datos personales debe trasladar a los interesados al momento de la

obtención de sus datos personales. Dicho aumento de información viene identificado por los siguientes requisitos: i) necesidad de informar sobre la identidad del Delegado de Protección de datos (figura creada ex

novum por el presente Reglamento), ii) el derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control, y iii), el plazo durante el cual se conservarán los datos personales, o cuando no sea posible, los criterios utilizados para determinar este plazo. Esta novedad informativa cobra especial relevancia en el ámbito sanitario. Si tenemos en cuenta que para el tratamiento de los datos personales de los pacientes por parte de un centro médico, su consentimiento explícito viene determinado por la necesidad terapéutica de ser atendidos medicamente, lo mismo no excluye la obligación del centro de informar a los propios pacientes sobre lo articulado en este sentido por el propio Reglamento al momento de la recogida de sus datos (a través de las vías o medios que en cada caso las instituciones consideren pertinentes); sin embargo, deben ser conscientes que ante cualquier incidencia en este sentido serán las instituciones sanitarias las encargadas de probar este deber informativo. En este sentido, a efectos de la normativa en materia de protección de datos de carácter personal, información y consentimiento ostentan diferente naturaleza jurídica.

Por otra parte, como ya se citara en el párrafo anterior, debe destacarse la creación ex novo de la figura del Delegado de Pro-

tección de Datos. Una figura cuyo nombramiento corresponde al propio responsable (o encargado) del tratamiento de datos personales (la institución sanitaria en nuestro caso), y cuyas funciones vendrían definidas por las labores de asesora-

ramiento y supervisión de la propia institución para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto por el Reglamento Europeo de protección de datos, así como por la cooperación con la autoridad de control correspondiente. Sin embargo, en el ámbito sanitario, su nombramiento es obligatorio. Así nos lo recuerda el propio Reglamento Europeo en su artículo 37, al especificar que su designación por parte de los responsables (o encargados) del tratamiento de los datos personales será obligatoria cuando “las actividades principales del responsable o del encargado consistan en el tratamiento a gran escala de categorías especiales de datos personales con arreglo al artículo 9 (...)”. Dentro de esta categoría especial de datos personales, se encuentran por definición los datos relativos a las salud de las personas¹¹.

Por último, debe destacarse la referencia que el Reglamento Europeo hace en repetidas ocasiones al tratamiento de datos personales con fines de investigación científica y sus requisitos. De la lectura de sus diferentes artículos nos encontramos ante un tipo de tratamiento que puede arrojar ciertas dudas interpretativas para su correcta aplicación. Así, si bien los datos personales deberán ser recogidos con una finalidad determinada y explícita, los mismos no podrán ser utilizados posteriormente de manera incompatible con dicha finalidad. Sin embargo, el presente Reglamento dispone que su tratamiento posterior con fines científicos no será incompatible, mati-

zando no obstante que, tratándose de datos sensibles (datos de salud), su tratamiento debe ser autorizado de forma explícita por el interesado, o como en el caso que nos ocupa, que su tratamiento sea necesario para desarrollar fines de investigación científica entre otros. Sin embargo, al acudir a los considerandos previos del propio Reglamento, puede apreciarse cómo sí se articulan una serie de obligaciones al objeto de garantizar el poder de control que sobre el uso y destino posterior de sus datos personales, por parte de todos los ciudadanos de la UE. Concretamente, el considerando número 33 del Reglamento Europeo es claro a este respecto, al disponer una realidad que se aleja de una permisibilidad absoluta en el uso posterior de los datos personales con fines científicos: “Con frecuencia, no es posible determinar totalmente la finalidad del tratamiento de los datos personales con fines de investigación científica en el momento de su recogida. Por consiguiente, debe permitirse a los interesados dar su consentimiento para determinados ámbitos de investigación científica que respeten las normas éticas reconocidas para la investigación científica. Los interesados deben tener la oportunidad de dar su consentimiento solamente para determinadas áreas de investigación o partes de proyectos de investigación, en la medida en que lo permita la finalidad perseguida”. Por tanto, parece limitarse el ejercicio del consentimiento de los ciudadanos cuyos datos vayan a ser utilizados ulteriormente con fines de investigación científica, restringiendo el mismo, únicamente, a determinadas áreas de investigación o partes de un proyecto. Sin embargo, no se concretan estas posibilidades, dejando a nuestro entender, en manos de los Estados miembros, su definición e interpretación.

Es este último ejemplo, puede constituir una clara muestra de la importancia que en el sector sanitario e investigador cobra la previsión dispuesta en el considerando número 10 del presente Reglamento Europeo;

conforme a dicho considerando, el presente Reglamento reconoce también un margen de maniobra para que los Estados miembros especifiquen sus normas, inclusive para el tratamiento de categorías especiales de datos personales (“datos sensibles”). En este sentido, añade el citado considerando número 10, el presente Reglamento no excluye el Derecho de los Estados miembros que determina las circunstancias relativas a situaciones específicas de tratamiento, incluida la indicación pormenorizada de las condiciones en las que el tratamiento de datos personales es lícito.

En efecto, la finalidad armonizadora con la que nace el presente Reglamento Europeo pretende dotar de una mayor seguridad jurídica al tratamiento y tráfico de datos personales a nivel internacional, acogiendo una serie de normas y obligaciones que además atender a la evolución tecnológica experimentada desde la aprobación de la Directiva europea 95/46/CE, ahora derogada, favorezca una interpretación uniforme de sus postulados por parte de los diferentes países de la UE, en su potestad de articular normas nacionales aún más específicas para aquellos ámbitos como el sanitario, que por su especial y trascendente funcionamiento pudieran llegar a requerir, para dar oportuno cumplimiento al contenido íntegro del presente Reglamento Europeo ■

Referencias bibliográficas

1. REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. (REPD)
2. Artículo 99.2 del REPD: “Será aplicable a partir del 25 de mayo de 2018”

3. Artículo 2.1.c) del REPD: “El presente Reglamento no se aplica al tratamiento de datos personales: (...) c) efectuado por una persona física en el ejercicio de actividades exclusivamente personales o domésticas”
4. Considerando 41 del REPD: “Cuando el presente Reglamento hace referencia a una base jurídica o a una medida legislativa, esto no exige necesariamente un acto legislativo adoptado por un parlamento, sin perjuicio de los requisitos de conformidad del ordenamiento constitucional del Estado miembro de que se trate. Sin embargo, dicha base jurídica o medida legislativa debe ser clara y precisa y su aplicación previsible para sus destinatarios, de conformidad con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en lo sucesivo, «Tribunal de Justicia») y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos”.
5. Considerando 10º del REPD: “(...) El presente Reglamento reconoce también un margen de maniobra para que los Estados miembros especifiquen sus normas, inclusive para el tratamiento de categorías especiales de datos personales («datos sensibles»). En este sentido, el presente Reglamento no excluye el Derecho de los Estados miembros que determina las circunstancias relativas a situaciones específicas de tratamiento, incluida la indicación pormenorizada de las condiciones en las que el tratamiento de datos personales es lícito
6. Artículo 4.15 del REPD: “datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud”

7. Artículo 4.13 del REPD: “datos personales relativos a las características genéticas heredadas o adquiridas de una persona física que proporcionen una información única sobre la fisiología o la salud de esa persona, obtenidos en particular del análisis de una muestra biológica de tal persona”
8. Artículo 9.2.a) del REPD.
9. Artículo 9.2.h) del REPD.
10. Artículo 9.3 del REPD.
11. Artículo 9 del REPD: “Tratamiento de categorías especiales de datos personales:
 1. Quedan prohibidos el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o las orientaciones sexuales de una persona física.
 2. El apartado 1 no será de aplicación cuando concurra una de las circunstancias siguientes:
 - h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros o en virtud de un contrato con un profesional sanitario y sin perjuicio de las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3





La
hospitalización
a
micililio
gana peso
en la reorientación del SNS
hacia el paciente crónico

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

La hospitalización a domicilio gana peso en la reorientación del SNS hacia el paciente crónico

La hospitalización a domicilio va ganando peso en la necesaria reorientación del Sistema Nacional de Salud (SNS) hacia la atención específica del paciente crónico. Buena prueba de ello es la Estrategia HADO 2020, un proyecto de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) con el que se quiere concienciar a la Administración para que se desarrolle este servicio en todo el territorio nacional. En la actualidad, la Comunidad Valenciana, Cataluña, País Vasco y Galicia son las autonomías con mayor nivel de implementación de Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) y aquí ya no cabe duda de que sus ventajas superan con creces a los inconvenientes. Sin embargo, todavía hay regiones que se resisten a articular dichas unidades dentro de sus servicios de salud. Es el caso de Castilla-La Mancha, Extremadura, Andalucía y la Comunidad de Madrid. En paralelo va la acreditación y validación competencial de los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en estas unidades, dotándoles o no de categoría profesional independiente de otros servicios clínicos.

Según datos de la SEHAD, la hospitalización a domicilio puede reducir en un 55 por ciento las visitas de pacientes crónicos a las urgencias hospitalarias y en un 15 por ciento sus ingresos en los centros hospitalarios, al mismo tiempo que es capaz de rebajar en 4 o 5 días las estancias en los hospitales. Además, este servicio puede ser hasta un 60 por ciento más económico que una cama en un centro sanitario; presta

una atención multidisciplinar, humanizada y centrada en el paciente; proporciona intensidad de cuidados (dispone de una capacidad de intervención elevada); fomenta la continuidad asistencial (favorece la coordinación con Atención Primaria y trata de dar respuesta a las necesidades de este nivel asistencial en pacientes que requieran cuidados complejos); se adapta a los cambios; y es seguro, satisfactorio, efectivo y eficiente.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene en su poder toda esta información, junto con la propia Estrategia HADO 2020. En base a ello, el actual equipo ministerial, encabezado por Dolors Montserrat, “se ha comprometido a llevar al Consejo Interterritorial del SNS un glo-

sario con terminología específica sobre la hospitalización a domicilio”, apunta la doctora Beatriz Massa, presidenta de SEHAD. “Aunque las competencias del Ministerio llegan donde llegan, vamos a ganar mucho si todos hablamos de lo

mismo a nivel nacional”, añade. El otro compromiso de Sanidad tiene que ver con la falta de reconocimiento profesional de los médicos y personal de Enfermería que desarrollan su labor en las

UHD: se trabajará en un diploma de acreditación propio.

En busca de una oferta asistencial homogénea

La hospitalización a domicilio está contemplada en la cartera de servicios del SNS desde 2006, pero la SEHAD quiere ir todavía más lejos y pide “que se concrete específicamente su oferta asistencial y que esta sea la misma para todas las UHD del territorio nacional”, señala la experta. Los profesionales que desempeñan su labor en estas unidades están “muy concienciados de la importancia de contar con una cartera básica, independientemente de la evolución que pueda tener esta a posteriori en cada comunidad

autónoma, área sanitaria u hospital”, afirma. “Si no definimos una oferta común, nunca sabremos a qué nos estamos refiriendo cuando hablemos de hospitalización a domicilio”. La SEHAD confía en que esta demanda será tomada en consideración.

El establecimiento de un sistema de pago específico para la hospitalización a domicilio por parte de las comunidades autónomas es otro asunto que preocupa a la doctora Massa. “Esto se antoja más complicado porque jugamos con los sistemas de financiación de cada autonomía e incluso de cada hospital”, apunta. Así, por ejemplo, “la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid hace una estimación del coste de una cama de hospitalización a domicilio y es cada UHD la que gestiona el presupuesto final que le corresponda”, explica. “Este funcionamiento es el mismo en algunos hospitales de Cataluña”. De este modo, “si la hospitalización a domicilio es eficiente, el beneficio redundará en la propia UHD, algo muy similar a lo que ocurre con las Unidades de Gestión Clínica (UGC)”.

Por último, pero no por ello menos importante, la SEHAD pretende que cada hospital de España cuente con una UHD y, para ello, busca también la homogeneización de recursos entre las diferentes unidades existentes. A día de hoy, “por cada médico suele haber dos o tres enfermeras

de media como dotación humana”, afirma la experta. “Y el modelo de hospitalización a domicilio es multidisciplinar, implicando a diferentes especialistas: internistas, médicos de familia, geriatras, neumólogos y cirujanos generales, fundamentalmente”, añade. Además de ser todos ellos especialistas en el abordaje del paciente crónico, también son necesarios para desarrollar un modelo de atención experta, próxima y de calidad. Las UHD “superan la rigidez de los servicios médicos jerarquizados del hospital y dan una mejor respuesta a la diversidad de requerimientos asistenciales que se les plantean”.

Los directivos de la salud se suman

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) apoya las acciones ya emprendidas por la SEHAD, incluida su Estrategia HADO 2020. Dolores Acón, gerente del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca, y miembro de la actual Junta Directiva de SEDISA, es

una “firme defensora de la hospitalización a domicilio por sus numerosas ventajas”. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, destaca “la reducción de los costes por proceso de hospitalización, facilitando el acceso a los recursos de un hospital de agudos a quien realmente los necesita y, por consiguiente, mejorando los índices de rotación de las patologías agudas y de los procesos quirúrgicos”. En este punto, “supone un elemento de conexión muy importante para la continuidad asistencial del paciente, pudiendo evitarle visitas a urgencias y reingresos”.

Pero no todo son ventajas: “hay algunas sombras que aún se ciernen sobre la hospitalización a domicilio, como las prolongaciones de alguna estancias, los ingresos inadecuados por sobrecarga y rebosamiento del hospital o la asunción de competencias propias de la Atención Primaria”, afirma la experta. Por eso, “hay que delimitar claramente las funciones de cada nivel asistencial dentro de las UHD,

además de homogeneizar su cartera de servicios y sus estructuras físicas y organizativas en todas las comunidades autónomas”, añade. “Solo así se alcanzará la equidad en la prestación de este servicio a los pacientes en todo el territorio nacional”. El progresivo envejecimiento de la población “hace necesarios recursos asistenciales más allá de los hospitales, en entornos más seguros, resolutivos y amables para los pacientes crónicos pluripatológicos”.

La valoración de la hospitalización a domicilio “siempre es altamente positiva, tanto para los gestores como para los profesionales y los pacientes”, apunta Dolores Acón. Así, por ejemplo, las encuestas de satisfacción realizadas en el Hospital Universitario Son Espases “arrojan un resultado superior al 90 por ciento en calidad percibida de este servicio”. Sin embargo, aún quedan pasos por recorrer: la homogeneización del modelo y la medición de esta actividad son dos de ellos.





REPORTAJE DE PORTADA

La hospitalización a domicilio gana peso en la reorientación del SNS hacia el paciente crónico

“Nos consta que la SEHAD está desarrollando un modelo de indicadores propios que incluye factores sociales y resultados en salud”, explica. Para un mejor funcionamiento de estos servicios, es vital la creación de circuitos con el primer nivel asistencial y con los servicios hospitalarios diana: Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Cirugía General, Traumatología y hospitales de día.

La implicación del equipo directivo, y muy especialmente la de los gerentes, es fundamental para que todo funcione correctamente. En este sentido, “es básica la promoción de este servicio dentro del hospital, así como el establecimiento de objetivos compartidos y el seguimiento de sus acciones”, afirma la experta. “Hay que crear estructuras estables y bien dotadas, además de transformar la dinámica del hospital a medida que la filosofía de la hospitalización a domicilio va calando entre los distintos profesionales sanitarios”, añade. También “es importantísima la acción directiva de cara al establecimiento de alianzas con diferentes servicios hospitalarios, Atención Primaria y otros hospitales de la red, e incluso con los propios pacientes y con las asociaciones que les representan”. En última instancia, el directivo “debe ser quien traslade la importancia de este recurso tanto al servicio autonómico de salud como a la consejería”.

Las principales demandas de SEDISA con respecto a la hospitalización a domicilio son: “la homogeneización del modelo, actualmente muy heterogéneo, y la puesta en marcha de un plan de actuación que extienda este servicio a todos los hospitales españoles, propiciando así un cambio estructural en el SNS”.

Según Dolores Acón, “optan especialmen-

te a este servicio los pacientes con tratamientos antibióticos parenterales prolongados motivados por diversas patologías, como neumonías, infecciones de piel y tejidos blandos, osteomielitis y endocarditis. También pacientes crónicos descompensados con EPOC e insuficiencia cardiaca, pacientes con curas complejas que necesitan alta intensidad de cuidados y pacientes que requieren atención paliativa”. Además, todos ellos deben cumplir con tres premisas: estar estables, tener una buena situación sociofamiliar y vivir en la correspondiente zona de cobertura.

El actual equipo ministerial se ha comprometido a llevar al Consejo Interterritorial un glosario con terminología específica sobre la hospitalización a domicilio

El papel del internista

Hace más de una década, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) apostó claramente por potenciar esta alternativa asistencial con la creación de un grupo de trabajo específico. El doctor Víctor José González Ramallo, coordinador del Grupo de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina de la SEMI y jefe de la UHD del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, estima que el internista, por su conocimiento global y su formación hospitalaria, es el especialista idóneo para liderar e integrar las UHD, sin perjuicio de la colaboración de otros especialistas. Este servicio “puede ser muy útil en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, siempre que todos los actores implicados estén bien coordinados y se evite el solapamiento de sus actuaciones”.

El experto estima que la hospitalización a domicilio “se ha mostrado especialmente eficiente en el tratamiento antimicrobiano intravenoso y en la reducción de la estancia media y de los reingresos de pacientes pluripatológicos”, señala. Por ello, “las

barreras entre la Atención Primaria y el ámbito hospitalario deben difuminarse”, añade. Igualmente, “dentro del hospital sería deseable la integración de la hospitalización a domicilio, los hospitales de día y la telemedicina dentro de una gran área hospitalaria de asistencia ambulatoria”, afirma. Los internistas “siempre hemos defendido que el domicilio es el mejor lugar terapéutico para una gran diversidad de procedimientos y procesos, y creemos que la hospitalización a domicilio ya ha alcanzado la madurez suficiente para ser un pilar fundamental de nuestra actividad asistencial”.

Entre otras ventajas, la estancia en UHD “ha demostrado tener un coste notablemente inferior al generado en hospitalización convencional”, afirma el doctor González Ramallo. Desde el punto de vista de la gestión, “el ingreso domiciliario permite una mayor elasticidad de la oferta de camas, al tiempo que disminuye las necesidades de aislamiento de pacientes por microorganismos multirresistentes”, señala. En el ámbito asistencial, “se reduce una parte importante de los efectos adversos ligados al ingreso hospitalario, como las infecciones nosocomiales, los episodios confusionales en ancianos, la malnutrición o la depresión”. Las ventajas para el paciente también son importantes: mayor intimidad y libertad de horarios, adecuación de la dieta a los gustos personales dentro de las directrices médicas y la posibilidad de reiniciar actividades lúdicas e incluso profesionales mientras se recibe el tratamiento.

En general, la SEMI valora positivamente el funcionamiento de las UHD en España, pero también ve algunas posibilidades de mejora. “Hay grandes diferencias entre unas unidades y otras, tanto en su dimensión como en su organización y, por consiguiente, en su eficiencia”, apunta el experto. “Cada una debería orientar su actividad en función de la dotación y necesidades del hospital, y del área de salud a la que presten servicio”, añade. Asimismo, los internistas consideran prio-

ritario generalizar la implantación de UHD. “En la actualidad, poco más de un centenar de hospitales públicos cuentan con estas unidades”, explica. Paralelamente, “sería deseable una estandarización de requisitos –tanto estructurales como organizativos– para su acreditación”. La SEMI mantiene un “diálogo fluido” con la SEHAD sobre todas estas demandas.

Prácticamente “cualquier paciente estable que requiera asistencia hospitalaria podría ser atendido en una UHD”, según el doctor González Ramallo. “Hablamos de todos los pacientes del hospital, con excepción de los que se encuentren en unidades de críticos y quirófanos o en espera de realizarse alguna prueba de imagen”. A grandes rasgos, se puede hablar de cuatro perfiles en el contexto de la hospitalización a domicilio: los que sufren un proceso agudo, generalmente infeccioso, y precisan medicación intravenosa; los que padecen enfermedades crónicas, como insuficiencia cardiaca o EPOC, y presentan una descompensación; los que precisan curas especializadas tras un proceso quirúrgico; y los subsidiarios de cuidados paliativos. “No todas las UHD atienden a los cuatro tipos de pacientes descritos, en función de la existencia o no de otros dispositivos específicos –como los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria– en su área de actuación”.

En 2011, el Grupo de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina de la SEMI promovió la creación de un registro de los tratamientos antimicrobianos endovenosos (TADE) administrados en las UHD españolas. “A día de hoy, hay registrados más de 9.000 episodios y se ha publicado recientemente un artículo con su diseño y resultados más relevantes en *Future Microbiology*, una revista internacional con alto factor de impacto”, afirma el experto. Asimismo, “se encuentra pendiente de publicación otro estudio sobre los costes de este procedimiento en comparación con la hospitalización convencional”.



Evitar ingreso hospitalario ‘versus’ alta precoz

Para la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), el principal beneficio de las UHD es “el ahorro económico que supone el hecho de que el paciente no ocupe una cama hospitalaria”. Además, “se reduce la posibilidad de contraer infecciones hospitalarias y de otras iatrogenias hospitalarias”, según el experto. Sin embargo, “todo esto dependerá del

enfoque que se le dé a dichas unidades”. Desde semFYC se defiende el modelo ‘Admission Avoidance Strategies’, que “pone el peso de este servicio en Atención Primaria, desde donde se pueden establecer puentes de relación muy ventajosos –sobre todo para pacientes crónicos complejos–, evitándose finalmente el ingreso hospitalario”, explica. “Con un primer nivel asistencial bien engranado igual no se precisa un recurso hospitalario si no es estrictamente necesario”.

Cuando las UHD se dirigen desde servicios hospitalarios, “el domicilio pasa a ser una habitación más del hospital, con toda su complejidad y sus necesidades: aumento de pruebas y exploraciones, y uso de fármacos más caros, fundamentalmente”, afirma semFYC. Se trata del modelo ‘Early Discharge’ o de alta precoz. “Esta opción, que es buena para sustituir el hospital, no la consideramos adecuada para procesos asistenciales que pueden ser perfectamente atendidos en el ámbito comunitario por los equipos de atención primaria (EAP)”, añade. En caso contrario, “se puede encarecer dicha atención, fomentándose también una dependencia hospitalaria francamente ineficiente”.

A juicio de semFYC, la hospitalización a domicilio “debería estar a medio camino entre el hospital y el centro de salud, de tal manera que los profesionales sanitarios de los dos ámbitos realicen visitas conjuntas desde el ingreso hasta el alta e intenten mantener una comunicación fluida durante todo el proceso”. En este sentido, el papel de las UHD sería “comparable al de las unidades de apoyo de atención paliativa”, pues ambos dispositivos permiten, entre otras muchas cosas, “mejorar los síntomas y la calidad de vida del paciente, protegiendo su preferencia de permanecer en el domicilio y evitando visitas innecesarias al hospital u otros centros sanitarios”. Por ello, “es lógico que ambos conceptos se confundan” y hay preocupación por que se solapen funciones “sin estar definidos los criterios de intervención”. ■



Hay que realizar
un
rediseño
del SNS
e ir hacia una atención
integral sociosanitaria

Teresa Angulo

Portavoz de Sanidad del PP en el Congreso

Texto | Nerea Garay

Fotos | Grupo Parlamentario Popular en el Congreso



“Hay que realizar un rediseño del SNS e ir hacia una atención integral sociosanitaria”

Cabeza de lista y diputada por Badajoz en el Congreso, Teresa Angulo es la portavoz de Sanidad del Grupo Popular (PP) en la Cámara baja para esta legislatura. Un cargo al que llega esta licenciada en Derecho avalada con un máster en gestión socio-sanitaria y después de ser la portavoz de Sanidad en el Parlamento de Extremadura. Uno de los principales objetivos de Teresa Angulo como portavoz del grupo popular será seguir trabajando por la sostenibilidad del sistema sanitario, haciéndolo cada vez más cohesionado entre CC.AA. y más equitativo entre sus ciudadanos/as y, por supuesto, teniendo siempre al paciente como centro referencial de todas sus políticas. “Porque el sistema de salud español es uno de los principales logros de nuestro estado de bienestar y hacerlo sostenible es obligación de todos”, manifiesta a la revista EL MÉDICO.

La dirigente popular defiende con vehemencia las medidas impulsadas por el Gobierno del Partido Popular (PP) para conseguir una mayor equidad, garantizar la sostenibilidad y mantener la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Recuerda Teresa Angulo que el SNS en 2011 arrojaba una deuda de 16.000 millones de euros, que no pagaba a los proveedores, que el gasto farmacéutico anual era cercano a los 12.000 millones o que el turismo sanitario costaba a las arcas públicas 1.000 millones, “por lo que podemos decir sin exageración alguna que en aquellos momentos era un sistema al borde de la quiebra y en riesgo de ser insostenible”, expone en toda su crudeza la realidad que ella veía en la Sanidad española del año 2011.

Teresa Angulo sostiene en la entrevista a la revista EL MÉDICO que, además, antes de las reformas realizadas por el Gobierno de

Mariano Rajoy el sistema sanitario era injusto, “pues no era universal ni equitativo, ya que excluía de la Sanidad a miles de ciudadanos y hacía pagar los medicamentos a personas sin recursos”.

Todos los políticos sin excepción hablan laudatoriamente de Sanidad universal, gratuita y de calidad, ¿es un anagrama electoral o es así en las actuaciones día a día?

No tiene nada que ver el modelo de gestión con la provisión de servicios. Los ciudadanos reciben la Sanidad de manera gratuita, entendiéndolo como gratuita que se paga con sus impuestos y que no existe ningún tipo de copago para la población. Una cosa es el modelo de gestión y otra cómo llega el modelo de gestión a los ciudadanos, que es público, universal y gratuito. En el PP estamos totalmente a favor de mantener, mejorar y consolidar nuestros principios y por esto trabajamos cada día en una gestión más eficaz para conseguir esa universalidad, gratuidad y mejora de calidad continua en la Sanidad que reciben.

¿Es más eficiente la Sanidad pública que la privada? ¿O la Sanidad pública con gestión privada?

Creo que tenemos un magnífico SNS y precisamente el último informe de la compañía estadounidense Bloomberg sitúa a España como el tercer país con el sistema sanitario más eficiente del mundo. En el Partido Popular creemos en las bonanzas y la excelencia del sistema público. Un ejemplo de los ejemplos, hay otros muchos, de esa eficiencia y excelencia de nuestro SNS es el sistema de trasplantes, que es el mejor del mundo.

¿En aras a la eficiencia es posible concertar mejor Sanidad pública y privada?

No están enfrentados. Además, en el SNS no sobra nadie. Los populares defendemos

la Sanidad pública, pero entendemos perfectamente que puede haber una Sanidad privada a la que puedan acudir los ciudadanos que libremente así lo deseen. Por eso no creo que los sistemas tengan que estar enfrentados. Lo que tenemos que hacer los políticos es garantizar que toda la ciudadanía tenga acceso en condiciones de igualdad y equidad a la Sanidad pública en todo el territorio español. Pero evidentemente con libertad para que el ciudadano que quiera y pueda acudir a la privada lo haga porque tiene todo el derecho del mundo.

Con el envejecimiento poblacional hay más gastos y menos ingresos. ¿Qué se puede hacer para que el sistema siga siendo viable?

Efectivamente, el ciudadano, el paciente ha cambiado y tenemos una población más longeva. España es el segundo país del mundo después de Japón con mayor esperanza de vida. Esto supone mayor envejecimiento, más cronicidad, más personas polimedradas. Por eso, en el Partido Popular pensamos que hay que realizar un rediseño del sistema sanitario e ir hacia una atención integral sociosanitaria. Vamos directos hacia una atención personalizada, centrada en el paciente y que a este se le ofrezcan los recursos en función de sus necesidades; recursos que pueden ser, bien sanitarios, bien sociales. Ya no existe tanta necesidad de atención a pacientes agudos, algo que tiene muy bien resuelto nuestra Sanidad, sino que hablamos de estrategias de atención sociosanitaria en la que ya está trabajando el Gobierno de Mariano Rajoy.

¿Incrementar la aportación vía impuestos podría ser necesario para que el sistema mantenga su vigencia?

No creo que sea necesario. La mejor manera de incrementar y mejorar nuestro estado de bienestar –no solo Sanidad, sino también educación, dependencia, pensiones...– es generando empleo y riqueza. Cuantas

más personas estén trabajando en este país más ciudadanos/as habrá pagando impuestos y cotizando a la Seguridad Social. Esto es la mejor garantía de la supervivencia y mejora del estado del bienestar. En el PP siempre hemos dicho que la mejor política social es el empleo. Los populares hemos creado un millón de puestos de trabajo en la pasada legislatura; ahora nuestro objetivo es lograr que 20 millones de personas estén ocupadas en esta legislatura.

Los políticos tenemos que garantizar a toda la ciudadanía el acceso a la Sanidad pública en condiciones de igualdad y equidad en todo el territorio español

La salud de la Sanidad depende más de una buena financiación que de los presupuestos. ¿Están explorando otras vías de financiación posible?

Insisto en que la mejor manera de contribuir al sostenimiento del estado del bienestar y del SNS es la generación de empleo, que supone creación de riqueza, porque más personas estarán trabajando y, por consiguiente, más pagando impuestos. Lo que tenemos que hacer es dotar al SNS de la financiación suficiente para atender a las necesidades reales y actuales que tiene. En eso se está trabajando en el nuevo modelo de financiación autonómica. Y ese fue el objetivo, también, de la creación de un grupo de trabajo a raíz de la Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada el pasado mes de enero. El Gobierno del PP cree que por ahí es por donde se deben encaminar los esfuerzos. Recalco que es necesario dotar a nuestro SNS de una financiación suficiente y adecuada a las necesidades reales.

¿Considera suficiente el presupuesto sanitario?

Ahora mismo el sistema presupuestario se basa en la financiación acordada entre todos, cantidades que se asignan a las comunidades autónomas para que sean ellas las que lo utilicen en sus servicios públi-

cos, entre ellos Sanidad. Las comunidades son las que disponen del dinero y deciden cómo distribuir esos recursos. Y sí, añadiría que gastar más no significa siempre gastar bien. En 2011, el Gobierno socialista dejó una deuda de 16.000 millones de euros en el SNS. Lo que hay que hacer en

Sanidad, y también en otras áreas, es alcanzar mayor eficiencia en la gestión y establecer fórmulas que permitan gestionar mejor los recursos, como ha hecho el Partido Popular, cuyas políticas de eficiencia en la gestión de la adquisición de medicamentos ha ahorrado 6.600 millones al sistema; dinero que se quedan las CC.AA, y no el Gobierno. Son millones extras que pueden dedicar, por ejemplo, a la provisión de servicios sanitarios. Por lo tanto, yo creo que lo que hay que hacer es dotar de una financiación suficiente conforme a las necesidades reales, algo que se verá plasmado en el nuevo sistema de financiación autonómica que se está elaborando.

¿Son necesarios los copagos sanitarios o es más una solución disuasoria que financiera?

Lo que hizo el PP es acabar con el injusto copago socialista que llevaba vigente 35 años y que no respondía a las necesidades y a la situación real de la población. Se cometía la injusticia de que personas con grandes ingresos, por el hecho de estar jubilados, no pagaran nada al adquirir sus medicamentos y parados de larga duración sin ninguna prestación tuvieran que abonar el 40 por ciento del fármaco. Además, era un sistema que permitía fraudes y abusos masivos. Además, investigando el copago socialista hemos comprobado que con la tarjeta roja de jubilado se compraban medicamentos para personas activas. De modo que lo que hizo, y sigue haciendo el PP, es organizar correctamente el copago que



existe en España desde hace más de 40 años, porque no lo hemos inventado nosotros. Lo que intentamos es que sea más justo y equitativo.

¿El sistema sanitario actual descentralizado es más eficaz ahora que cuando estaba uniformado? ¿Qué diría a quienes abogan por volver al modelo anterior?

Considero que no es incompatible respetar las competencias de nuestro Estado de las autonomías con la eficiencia en la gestión y con construir un SNS cohesionado y equitativo, en el que todos los ciudadanos tengamos los mismos derechos, vivamos donde vivamos. Comentaba antes las compras centralizadas del medicamento que ha llevado a cabo el Gobierno o la aprobación



ENTREVISTA Teresa Angulo

por primera vez de un calendario de vacunación infantil común para todas las CC.AA. Son ejemplos que reflejan que se puede ser eficientes desde el punto de vista de la gestión, respetando las competencias descentralizadas que garantiza nuestro Estado de las autonomías.

¿Qué valoración le merece el Consejo Interterritorial (CI) actual?

El papel cohesionador del CI es fundamental. Aunque haya que seguir ahondando en todas las decisiones que se toman en él; en la mayoría, además, se acuerdan por unanimidad, como ha sido el caso de las compras centralizadas, a las que tendrían que sumarse comunidades como Andalucía que, con su sistema de adquisiciones de medicamentos, está causando muchos perjuicios a los ciudadanos andaluces. Sería bueno que se uniera al sistema de compras del resto de las CC.AA. que es más solidario y genera mayor eficiencia al sistema. Con la reforma de la Ley de Procedimiento Administrativo llevada a cabo en 2015, las decisiones que afecten a servicios básicos tienen un carácter vinculante y, por lo tanto, es un paso adelante más que se ha dado para que las CC.AA. tengan que cumplir los acuerdos.

Existen evidentes desigualdades en las prestaciones sanitarias entre comunidades. ¿Cómo pueden corregirse?

Ese es el gran objetivo que tenemos desde el Partido Popular, que todos los ciudadanos dispongamos de acceso a las mismas prestaciones sanitarias vivamos donde vivamos. Esta es la filosofía de los centros de unidades de referencia, para que la atención a determinadas patologías que por su baja prevalencia no disponen de atención en centros de su autonomía, el paciente pueda ser derivado al centro referencial. Considero

que hay que apostar por que los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial sean de obligado cumplimiento y de este modo se dote de mayor equidad a nuestro sistema sanitario.

La mejor manera de incrementar y mejorar nuestro estado de bienestar –no solo Sanidad, sino también educación, dependencia, pensiones...– es generando empleo y riqueza

debatir y confrontar ideas, que no se puedan hacer propuestas, pero siempre con el objetivo de sentar las bases para que nuestro sistema de salud pueda mantener los principios básicos: ser universal, gratuito, público y que cada vez sea de mayor calidad y pueda responder a los retos sanitarios actuales, es decir, a los cambios sociodemográficos sufridos por nuestra sociedad. El SNS debe de ofrecer respuestas diferentes a las que se daban hace 30 años. Hay que hacer un diagnóstico sobre las necesidades reales de la atención sanitaria de nuestra ciudadanía y contar con un SNS que responda a ellas. Y lo tenemos que hacer entre todos: partidos políticos, sindicatos, asociaciones de médicos, de pacientes... Todos tenemos que trabajar en la preparación de este sistema sanitario sostenible para los próximos 50 años, gobierne quien gobierne.

¿Incorporaría a este pacto a las comunidades?

Sí, claro, porque las CC.AA., al disponer de las competencias, son las que prestan los servicios sanitarios a la población. Por eso, entre los acuerdos adoptados en la Conferencia de Presidentes figuran por una parte estudiar y proponer soluciones para los retos y cambios sociodemográficos de

Más pronto que tarde necesitaremos un Pacto de Estado por la Sanidad. ¿Con qué contenidos?

Lo fundamental es que seamos capaces de sacar a la Sanidad del juego político-partidista. Eso no significa que no se puedan

nuestro país y, por otra, la formación del grupo de trabajo para abordar cuáles son las necesidades del sistema y cuál es la financiación que precisa. Por supuesto que está abierto a todos. Ha sido una propuesta que ha tenido el apoyo de la mayoría de los grupos. Un pacto no para eludir el debate, sino para garantizar el éxito del sistema sanitario público que tenemos y mejorarlo y mantenerlo en el tiempo, repito, gobierne el partido que gobierne.

¿Cree que se gasta más de lo debido en cuidados médicos, farmacopea y en urgencias porque somos poco conscientes de la prevención y el cuidado de la propia salud?

La prevención es fundamental para evitar la aparición de enfermedades y si lo hacemos bien tendrán menos impacto en la salud. Es clave la educación para la salud y en el PP estamos muy concienciados en educar para la salud. En este sentido hemos presentado una iniciativa para su debate y aprobación en la Comisión de Sanidad, porque creemos que debe empezarse a trabajar desde la formación de los ciudadanos en hábitos de vida saludables, en el autocuidado y todo esto desde edades muy tempranas. Desde la infancia hay que concienciarnos de los beneficios del ejercicio físico y de los hábitos de higiene para prevenir la aparición de enfermedades. En esta línea también ha sido muy importante la iniciativa puesta en marcha por el Gobierno Popular la legislatura pasada con la red de Escuelas de la Salud. Es clave trabajar en este ámbito. Debiera gastarse aún más en educación sanitaria básica para la ciudadanía, porque se amortiza con creces, por ejemplo, en gasto farmacéutico.

Disminuye la población, aumentan los ciudadanos de mayor edad y se reducen las aportaciones. ¿La disyuntiva es mantener el nivel de asistencia básica renunciando a la alta tecnología para que el sistema sea sostenible?

Como decía antes, fomentemos la eficiencia en la gestión: con sistemas de compra cen-

tralizada de medicamentos, con nuevas fórmulas de adquisición *ad hoc* que ya pusieron en marcha varias comunidades de manera combinada por el PP, con sistemas de riesgo compartido o el techo del gasto que ha hecho que se hayan ahorrado desde 2012 hasta hoy 6.600 millones de euros y en consecuencia hayan podido incorporarse en solo cuatro años 210 innovaciones terapéuticas, 42 de ellas para Oncología... Con medidas de ahorro y eficiencia en la gestión se puede hacer frente a múltiples nuevas incorporaciones farmacéuticas y no renunciar a la alta tecnología; haciendo que cada vez haya más gente trabajando en este país, más personas aportando impuestos y más cotizantes, podemos conseguir que nuestro sistema de salud sea uno de los mejores del mundo, incorporando los nuevos medicamentos y tecnologías, haciendo que nuestra Sanidad universal y gratuita sea sostenible y siga llegando a todos los ciudadanos.

Los profesionales sanitarios se quejan de la pérdida de poder adquisitivo y escasez de medios. ¿Qué política tienen para ellos?

Los profesionales son la piedra angular de nuestro sistema sanitario y somos conscientes de que han hecho grandes sacrificios durante la crisis. Es justo reconocerlos y revertir la situación. En este sentido, el Gobierno trabaja no solo para acabar con las altas tasas de temporalidad que sufre el sector sanitario, sino también para reponer dotaciones de puestos de trabajo con funcionarios y mejorar las remuneraciones. El Ministerio de Hacienda y las Administraciones públicas ya negocian con los sindicatos fórmulas que permitan convocar plazas incluso más allá del cien por cien de reposición que se aprobó en los presupuestos generales del año pasado. Se trabaja incluso con la posibilidad de convocar una OPE con plazas suficientes en los próximos 3 años como recuperar el 100% del empleo perdido, así como una subida de sueldo a los funcionarios que les equilibre la pérdida de masa salarial sufrida desde 2012; claro que todo esto dependerá de la aproba-

ción de los presupuestos generales del Estado. De modo que la voluntad del Gobierno del PP es mejorar tanto las condiciones salariales como laborales del personal sanitario, pero está en manos de la oposición que pueda ser viable: tienen que facilitar la aprobación de los presupuestos.

¿Defiende que la Sanidad sea universal y gratuita para todos, los turistas sanitarios y los “sin papeles” incluidos?

En España, no. Nuestro modelo de provisión sanitaria lo fijamos nosotros, y en él todos los ciudadanos españoles que residen legalmente en nuestro país tienen derecho a nuestro sistema. En España hay consenso, y ofrecerá una Sanidad pública a todos sus ciudadanos.

¿Gratuita también para “enfermedades raras”?

Por supuesto, no puede haber una protección sanitaria para unos ciudadanos españoles sí y para otros no.

La salida profesional de tantos buenos profesionales sanitarios españoles hacia Europa no es un detalle menor, ¿se debe o se puede atajar?

Creo que tenemos uno de los mejores sistemas de formación de profesionales sanitarios, lo que hace que sean muy demandados. Es verdad que se pasó por una situación de crisis económica, la peor que hemos vivido en nuestra democracia, y algunas personas tuvieron que salir del país, pero es una situación que el Gobierno va a ayudar a revertir con esas tasas de oferta de empleo público para los próximos tres años, que serán muy importantes. Por eso espero que los grupos de la oposición aprueben los presupuestos y permitan que esto sea así.

¿Se debiera hacer un mayor esfuerzo de investigación en el área sanitaria?

Aquí se está haciendo ya un gran esfuerzo. El Instituto Carlos III tiene unas grandes líneas de investigación donde trabajan estu- pendos investigadores; en las universidades, por ejemplo, en este contexto económico tan difícil, el año pasado el Carlos III destinó más de 44 millones de euros a 190 proyectos de investigación sobre el cáncer. Creo que en I+D+i todos los esfuerzos son pocos, pero el Gobierno ha sido sensible a esta materia y ha hecho un importante esfuerzo en una situación complicada donde estuvimos al borde del rescate. Fue el empeño del presidente Rajoy en salir de la crisis lo que impidió el rescate, porque de haber ocurrido no hubiéramos podido dedicar ahora a investigación lo que hubiéramos querido, porque otros hubieran decidido por nosotros.

Sin un pacto claro por la Sanidad pública, ¿podemos estar razonablemente confiados en que la Sanidad no pasará de ser un derecho a ser un mero negocio?

Sinceramente no creo que ningún grupo político se plantee que nuestro modelo sanitario cambie y deje de ser universal, público y gratuito, porque somos muy conscientes de que tenemos uno de los mejores sistemas del mundo.

A más largo plazo, cuando las máquinas-robots nos desplacen de la mayoría de las actividades, ¿cree que seguirán siendo la Sanidad, la educación y las prestaciones sociales una prioridad para nuestros dirigentes?

Ese futurible no sé si lo conoceremos nosotros. Pero por mucho robot que haya, las personas siempre seremos necesarias. Alguien tendrá que pensar y nadie hoy en día plantea que pueda pasar que las máquinas nos sustituyan en esto. Seguiremos necesitando educación, Sanidad, prestaciones sociales... Es una diatriba que a corto plazo no se nos va a plantear ■





ENTREVISTA

La Sanidad pública española está infr FINANCIADA

Jesús María Fernández

Portavoz de Sanidad del PSOE en el Congreso

Texto | Nerea Garay

Fotos | Inma Mesa - PSOE



ENTREVISTA

Jesús María Fernández

“La Sanidad pública española está infrafinanciada”

Diputado por la comunidad foral de Navarra, donde nació y se graduó en la Universidad de Navarra, Jesús María Fernández, portavoz del PSOE en el Congreso de los Diputados, posee una extensa experiencia en el ámbito sanitario. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ha dedicado su vida profesional al desarrollo de políticas y sistemas de salud en distintas partes del mundo y desde diferentes aspectos sanitarios. Entre otros cargos, es reconocido en el sector por haber sido viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco entre los años 2009 y 2012, acompañando a Rafael Bengoa durante esa etapa. Firme partidario de la Sanidad pública, universal y de calidad, considera que los “repagos” impuestos por el PP son innecesarios porque no moderan el consumo farmacéutico “por lo que tienen que ir progresivamente eliminándose”, explica a la revista EL MÉDICO, al tiempo que hace especial hincapié al señalar que “la Sanidad española está infrafinanciada”.

men Montón ya ha explicado que no entendemos la gestión de la Sanidad en manos privadas. Otra cosa es que haya una colaboración con ella para suministrar servicios necesarios dentro de la prestación sanitaria y a través de los conciertos, a los que no nos oponemos, siempre que se regulen y que se garanticen en interés común; pero sobre la privatización de la gestión sanitaria, modelos Alzira u otros que hay en Valencia o en la comunidad de Madrid, estamos totalmente en contra.

¿Es más eficiente la Sanidad privada que la pública? ¿Y la Sanidad pública con gestión privada?

El diputado navarro ha dedicado su vida profesional a mejorar la salud de las personas desde ámbitos diferentes. Ha gestionado la Sanidad en Navarra y el País Vasco, al tiempo que ha asesorado a ministerios de Sanidad de muchos países. Su profesión, su pasión, es la salud de las personas. Firme defensor de la Sanidad pública universal, gratuita y de calidad, considera que “el sistema será viable siempre y cuando tomemos las medidas necesarias para seguir mejorando en eficiencia, en gasto y abordemos con nuevas maneras de atender a las personas en los procesos de la dependencia y la cronicidad”, explica a la revista EL MÉDICO.

Los responsables actuales de Sanidad en sus declaraciones dicen defender el sistema universal, gratuito y de calidad. ¿También en sus decisiones de gobierno?

Nuestros dirigentes no lo sé, pero el partido socialista tiene claro que apostamos por un Sistema Nacional de Salud de financiación pública que cubra a todas las personas que vivan en España y que como criterio general sea gratuito, porque pensamos que los copagos existentes tienen que ir progresivamente eliminándose, empezando por el copago de los medicamentos que en 2012 el PP puso a los pensionistas. Esta es nuestra apuesta. Y donde gobernamos, como en Valencia, la consejera Car-



No hay un solo estudio que avale que en igualdad de condiciones la Sanidad privada sea más eficiente que la Sanidad pública. Cuando a veces se dice que una concesión sanitaria en España es más eficiente que la gestión pública se ignoran muchas cosas. Entre otras, que no sea comparable un hospital nuevo de 10 o 15 años de funcionamiento con una plantilla joven y equipamiento recién estrenado que da un perfil de servicios para un determinado nivel de complejidad de enfermos, con las prestaciones que nos ofrece la Sanidad pública que ha de atender enfermedades más complejas con estructuras más asistenciales, hospitales más an-

tiguos, plantillas más envejecidas... Hay que comparar peras con peras y no con manzanas. En todo caso, lo que ocurre es que en este modelo de concesiones lo que estamos privatizando es el beneficio, pero mantenemos dentro de la responsabilidad pública el riesgo. Se ha dado más de un caso en España que cuando a la empresa privada no le va bien tiene que ser el sector público quien rescata esa mala gestión de la empresa privada.

No hay un solo estudio que avale que en igualdad de condiciones la Sanidad privada sea más eficiente que la Sanidad pública

Sanidad privada-pública, ¿necesariamente enfrentadas? ¿Es posible que se complementen y concertar entre ellas?

No son contradictorias ni están enfrentadas. En España hay una Sanidad privada fuerte y de calidad y es bueno que sea así. Además, a las administraciones públicas les corresponde regular y asegurar que esa Sanidad sea de calidad y solvente. Hay personas que por decisión personal deciden tener un seguro privado de salud y están en su derecho; nada que objetar. Un 20% de españoles/as dispone de este seguro de salud privado. Esto ha sido así desde siempre e incluso en épocas de crisis ha crecido. Pero el objetivo-obligación de la Administración es que todos los españoles tengan acceso a una Sanidad pública de calidad y accesible para evitar listas de espera que son un riesgo para la salud; y para que

En España hay una Sanidad privada fuerte y de calidad y es bueno que la haya; a las administraciones públicas les corresponde regular y asegurar que esa Sanidad sea de calidad y solvente

adquirir un seguro privado sea una decisión libre, pero no condicionada porque la Sanidad pública no funcione bien. Por lo tanto, enfrentamiento no, colaboración sí. De hecho, todas las autonomías contratan una proporción de sus servicios sani-

tarios a la privada, porque hay algunas líneas asistenciales que la Sanidad pública no las ofrece o porque hace falta en un momento determinado complementar o apoyar para reducir listas de espera o para atender epidemias, de gripe o de lo que sea. Esto, además, ya se recogía en la

Ley General de Sanidad del año 86 y no hay por qué buscar ningún enfrentamiento.

La población envejece a marchas

forzadas, más gasto y menos ingresos. ¿Qué puede hacerse para que la Sanidad pública continúe siendo viable?

Es perfectamente viable. Es verdad, se incrementa el envejecimiento y la cronicidad, pero también es cierto que cada vez contamos con tecnologías mucho más eficientes. Cuando hablamos de nuevos medicamentos mucho más costosos se nos olvida añadir que en numerosas ocasiones con ellos se ahorra en otro tipo de costes sanitarios que tendríamos de no disponer de ellos. Contamos con una sociedad envejecida, pero mucho mejor cuidada en su salud que la que tenían generaciones anteriores. La salud de una persona de 65 años actualmente nada tiene que ver con

la de una de su misma edad hace 30/40 años. La esperanza de vida de nuestra población es el dato fedatario. Por otra parte, la gente mayor hoy tiene mayor disposición de renta, lo que exime de que haya personas mayores que pasan

dificultades, pero cuando analizamos las estadísticas, su pensión es mayor que la de hace 20 años, y estas condiciones económicas les permiten cuidarse mejor y dedicar una parte mayor del patrimonio acumulado o de las rentas que tienen a su





ENTREVISTA

Jesús María Fernández

salud. La Sanidad pública es viable, siempre y cuando tomemos las medidas necesarias para seguir mejorando en eficiencia, en gasto y abordemos con nuevas maneras de atender a las personas este fenómeno de la dependencia y la cronicidad.

¿Cree que la ciudadanía estaría dispuesta a un mayor esfuerzo impositivo para mantener el sistema vigente?

Por principio nadie quiere pagar más impuestos, pero el último barómetro sanitario vuelve a decirnos que el segundo problema más importante para la población es su salud, y esto significa que la población es muy consciente y sensible a todo lo que sea cuidar de su salud. Cuidado que va mucho más allá de exclusivamente tener un buen sistema sanitario que cure tu salud cuando uno enferma. Significa también invertir en nutrición, en más actividad física y en otros aspectos que tienen que ver con la prevención y la promoción de la salud. Si los ciudadanos perciben que los impuestos que ellos pagan tienen como consecuencia la mejora de la calidad de los servicios públicos, sea Sanidad, educación o dependencia, yo creo que los ciudadanos están dispuestos a aportar más de sus impuestos. Esto sin olvidarnos de que España hoy todavía tiene un gasto público vía impuestos un 7% menor que el resto de los países europeos.

¿La sostenibilidad del sistema es más cuestión de buena financiación que de presupuestos? ¿Existen modos alternativos de financiación, por ejemplo, mayor aportación empresarial?

Nosotros creemos que el SNS tiene que estar financiado vía impuestos. Esto ya se hizo a partir de la Ley General de Sanidad, por la que pasamos de un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud. Por eso insistimos en que las

aportaciones que hacen hoy en día los ciudadanos a través de los copagos deberían ir progresivamente disminuyéndose. Otra cosa es que, además de tener un SNS público bien financiado y de buena

calidad, algunas empresas como beneficio adicional presten a sus empleados un seguro de salud privado. Pero en la medida que eso no vaya en detrimento de la financiación necesaria de la Sanidad pública, no le vemos ningún problema.

¿Los re-copagos farmacéuticos son necesarios? ¿Es medida financiera o disuasoria? ¿Podrían graduarse de otra manera?

Los copagos, o recopagos son innecesarios porque no disuaden del consumo farmacéutico. Basta analizar la situación en España: hoy el crecimiento del gasto farmacéutico es mayor que antes de la aplicación del copago a los pensionistas. Por lo tanto, no actúa como un mecanismo disuasorio, y lo que es peor, sí puede disuadir de realizar lo que llamamos el consumo necesario. Y esto sí que está acreditado. Gente que requiere tomar un medicamento para controlar su enfermedad y que, por el copago, está dejándolo porque no puede pagarlo. Además, es injusto porque consideramos que el que tiene una enfermedad debe de tener acceso gratuito al cuidado de esa dolencia. Hay que recalcar que la financiación de la Sanidad ha de ser vía impuestos y no vía aportación de los usuarios. La modificación que hizo el Gobierno del PP en 2012 pensamos que lejos de contribuir a una Sanidad más progresiva lo que hizo fue crear colectivos nuevos de personas que deben realizar aportaciones y copagos; y si además apreciamos que se hizo de manera grosera con una mala progresividad de los tramos, pues nos parece peor por par-

tida doble: mal que haya copagos y peor aún que se hagan mal.

¿El funcionamiento del SNS actual descentralizado es más eficiente o sería mejor volver a la situación centralizada anterior?

No veo confrontación entre las dos situaciones. Creo que el SNS hoy descentralizado es más eficiente y de mejor calidad que lo era antes. En general, la gestión de las CC.AA. ha sido excelente y gracias a esto tenemos hoy en España una Sanidad que no tiene nada que ver con la de hace 30 años cuando se empezó a descentralizar la gestión hacia las autonomías. Lo cual no quita, en absoluto, para que se pongan en marcha determinados mecanismos de colaboración entre las autonomías, como pueden ser compras o centros de referencia nacional para determinadas patologías. Hemos de insistir en las dos líneas; por una parte, en la descentralización de la gestión y de la financiación como se ha venido haciendo, dando más autonomía fiscal y financiera a todas las CC.AA.; y por otra, continuar ampliando todos los instrumentos de colaboración entre ellas. Creo que es la línea a seguir y espero que así se fomente en el nuevo sistema de financiación autonómica.

Las diferencias de prestaciones sanitarias entre comunidades son evidentes. ¿Cómo podrían corregirse?

Hay diferencias y algunas desigualdades que ciertamente habría que corregir porque no son aceptables y, por ello, el Ministerio tiene la responsabilidad de intervenir en estas diferencias, primero evaluándolas y dándolas a conocer, cosa que no está haciendo; en segundo término tendría que arbitrar soluciones para corregirlas. Lógicamente la situación no es armónica mientras tengamos una diferencia de financiación que varían de los 1.500€ a los 1.000 €/persona/año según comunidad. Aunque también es verdad que si hablamos de un sistema descentralizado y de arquitectura federal, puede

haber determinadas decisiones que se adopten en una CC.AA. que sean las de todo el territorio nacional, pero que son acuerdos tomados con justificación por los parlamentos y gobiernos autonómicos. Es decir, tenemos que tener cierta tolerancia con que unas CC.AA. decidan avanzar más, por ejemplo, en el cribado neonatal y otras en programas de detección precoz del cáncer. Así que debe haber una cartera común en todas las autonomías que garanticen niveles de acceso similares a todos los ciudadanos por igual y, al mismo tiempo, mantener cierta flexibilidad para aceptar que unas comunidades vayan más rápidas que otras en según qué programas.

¿Es el Consejo Interterritorial (CI) el modelo idóneo para garantizar esa igualdad ponderada de prestaciones? ¿Lo cambiaría en algo?

A veces acusamos injustamente al CI de falta de operatividad. He participado en varias ocasiones en él cuando formaba parte de los Gobiernos de Navarra o del País Vasco, y creo que funciona y resuelve bien los aspectos relacionados con la coordinación de muchos aspectos, por ejemplo, de salud pública o regulación de profesiones, entre otros. Pero el Consejo funciona sobre todo cuando existe un Ministerio que lo lidera: no como el actual que no lo convoca o que solo lleva temas de índole menor. Es entonces cuando efectivamente echamos de menos que el Consejo tome carta en asuntos de máxima importancia. Hoy el CI no aborda el problema número uno que tiene la Sanidad española: su infrafinanciación. Y así, mientras la Conferencia de Presidentes ha puesto en marcha un proceso para renegociar el sistema de financiación autonómica, el Ministerio de Sanidad no ha reunido ni una sola vez el CI para discutir criterios para evaluar las necesidades y los costos para financiar la Sanidad española. La Sanidad española siempre estuvo muy ajustada en cuanto a su financiación, pero en estos cinco últimos años se han roto las costuras por los 10.000

millones €/año que han desaparecido desde el 2011 con Mariano Rajoy en el gobierno. Sobre una situación ajustada, este recorte de 10.000 millones por año ha terminado llevándonos a la situación actual de extremada temporalidad del empleo público, de obsolescencia tecnológica y de copagos generalizados de medicamentos. Todos esos temas son los que hay que abordar en el CI, pero para ello hay que recuperar la financiación que ha desaparecido del sistema.

¿Ve necesario un Pacto de Estado para la Sanidad?

Se lo planteé a la ministra cuando vino aquí a la Comisión de Sanidad a explicar las líneas de su legislatura, de las que, por cierto, no dijo prácticamente nada. Seguimos sin saber qué es lo que quiere hacer con la Sanidad española en los próximos 4 años. Yo le planteé 8 medidas urgentes para comenzar a acordar un pacto que podríamos desarrollar en el futuro. Esas ocho medidas tenían que ver, por ejemplo, con la eliminación de la exclusión de la cobertura sanitaria a cerca de un millón de personas, españoles que salen al extranjero por motivos de estudios o trabajo y extranjeros que viven, y muchos de ellos trabajan, en España pero no están regularizados. Otra de las medidas era la eliminación de copagos, por lo menos los que se impusieron desde el 2012, para más adelante hablar de la eliminación de

copagos anteriores. Hablamos también de un plan de estabilización del empleo para evitar la precariedad laboral actual. Asimismo, le comentamos otras medidas peyorativas de salud pública, pero en estos meses de nuevo gobierno no hemos visto

en la ministra ni en el Ejecutivo paso ni gesto alguno para llegar a ese pacto. Solo puedo decir que el partido socialista sigue abierto a dialogar, a ir acordando medidas necesarias, pero no vemos ningún gesto. Una de las medidas era que convocara para enero un CI monográfico sobre financiación sanitaria para acordar juntos entre todas las CC.AA. los criterios de financiación sanitaria, pero ha llegado abril y no sabemos cuándo se convocará. Por lo tanto, escepticismo total en cuanto a la voluntad de llegar a acuerdos.

¿Considera que a ese hipotético pacto debieran incorporarse las CC.AA.?

Por supuesto. Debe existir un amplio acuerdo, y digo acuerdo como primer paso, porque habiendo tantas cosas que nos diferencian del PP será difícil llegar a un pacto. Será más fácil consensuar solo en aquello que estemos de acuerdo, porque si hay muchos asuntos en los que no estaremos nunca de acuerdo, puede que en algunos quizá podamos acercarnos. Acuerdos que tienen que ser a tres bandas: por una parte, los partidos políticos en el Congreso, por otra las CC.AA. en el

CI y, evidentemente, también algunas de esas medidas se tienen que abordar en el ámbito de lo social.

¿Por ejemplo, con los sindicatos sobre empleo en Sanidad?

La temporalidad está en el 30%; pero no solo es eso, porque casi se ha mantenido esta-

ble debido a que la reducción de 30.000 profesionales de la Sanidad pública se dio en el personal temporal, ya que es más fácil prescindir de un temporal que de un fijo. Por lo tanto, el problema del empleo en la Sanidad española tiene varias face-

Debe haber una cartera común de todas las autonomías y que se garanticen unos niveles de acceso de todos los ciudadanos por igual, con cierta flexibilidad para aceptar que unas CC.AA. vayan más rápidas que otras en determinados programas



ENTREVISTA

Jesús María Fernández

tas: uno es la pérdida de 30.000 puestos de trabajo en estos últimos 5 años; otro, la temporalidad; y el tercero, las condiciones de empleo de los que trabajan en el sistema, que se han empeorado. Hemos de trabajar sobre los tres aspectos: mejorar las condiciones de empleo, aumentar plantillas y estabilizar puestos de trabajo.

Así que la Sanidad puede seguir siendo universal y gratuita para todos, ¿turistas sanitarios y “sin papeles” incluidos?

Son dos fenómenos distintos. Es el Gobierno quien nos quiere confundir vetando la proposición de Ley del grupo socialista para universalizar la atención sanitaria, aduciendo el gasto que tiene el turismo sanitario. Craso error confundir las dos cosas; una es el turismo sanitario, personas turistas que vienen a España a recibir atención sanitaria con la cobertura del seguro, privado o público, que pagan en su país de origen y que está bien. Otra cosa, son las personas que residen en España con o sin papeles, pero, muchos de ellos, por cierto, trabajando. Hay que recordar la cantidad de personas que están trabajando “en negro” y que en nuestra opinión tienen todo el derecho a ser atendidas cuando enferman. Además, a todos los españoles nos interesa que estas personas sean atendidas cuando enferman por muchos motivos. Por razones de salud pública y porque no tratar a una persona enferma desde el principio tiene como consecuencia que al final la tengas que atender cuando sea mucho más grave y más costosa la atención.

El CI funciona sobre todo cuando existe un Ministerio que lo lidera, no como el actual, que no lo convoca o que solo lleva asuntos de índole menor

¿Gratuita también para “enfermedades raras”?

Por supuesto que asistencia en igualdad de condiciones y gratuitas también para pacientes con enfermedades raras. Es el fundamento de cualquier sistema sanitario público y solidario. No puede ser que solo atendamos a unos y a otros no.

Tras su costosa formación, ¿por qué se marchan de España tantos profesionales sanitarios?

Falta de financiación, falta de posibilidad para planes de empleo por las dichas plazas de reposición... Todo eso hay que resolverlo y, por eso, le insistimos al Gobierno que prepare junto a las CC.AA. un plan de empleo en la Sanidad pública.

¿Podemos estar tranquilos los españoles sabiendo que la Sanidad seguirá siendo un derecho y no pasará a ser un negocio?

La crisis del 2007 se produce por el pinchazo de dos burbujas: una global, la de las inversiones basuras, las hipotecas *sub-prime*, etc..., debida a la desregulación completa de los bancos de inversión. En España, además de esa burbuja financiera tuvimos la burbuja inmobiliaria que pinchó en el mismo momento. Con lo cual, se vino mucho empleo y riqueza abajo. Fracasaron muchas cajas de ahorro que estaban llenas de ladrillos y de terrenos por construir. Si se corrigen se evitará que vuelvan a estallar. Y si esas burbujas se regulan no tiene por qué verse

afectada la sostenibilidad de la Sanidad y del resto de los servicios públicos. Ahora mismo, en la situación de crecimiento de España al 3% tendríamos que tener la capacidad, como he dicho en anteriores respuestas, de ir recuperando progresivamente toda la inversión en salud que se ha perdido. Con medidas de mejora en la financiación sanitaria y de mejor uso de los recursos que ya tenemos en la Sanidad española, los socialistas estamos convencidos de que el sistema de salud español es perfectamente sostenible.

Una última pregunta para el futuro en “un mundo feliz” de Huxley. Cuando las máquinas nos sustituyan prácticamente en todo y los ciudadanos seamos mucho más prescindibles, ¿la Sanidad, la Educación y las prestaciones sociales de la ciudadanía seguirán siendo prioritarios para los poderes económicos/políticos?

Es un fenómeno que puede afectar más a otras prestaciones, como por ejemplo las pensiones que hoy por hoy en España dependen de las cotizaciones sociales. Es verdad que existe el fenómeno de la robotización que hace que se sustituyan humanos por máquinas y podría afectar a la suficiencia financiera para pagar las pensiones. En el caso de Sanidad, que es una financiación vía impuestos, en la medida que la economía crezca creo que la recaudación fiscal de impuestos tiene que subir, de hecho está subiendo. En España, el año pasado y este año la recaudación subió. Si a eso añadiéramos una reforma fiscal progresiva, como el partido socialista propone, para que determinados espacios fiscales que hoy contribuyen poco como son las grandes rentas o los impuestos de sociedades con procesos de ingeniería fiscal para detraer de unos países y llevárselos a otros donde se cotizan menos, pues creo que con una política fiscal progresiva, la financiación de la Sanidad está asegurada y espero que el de otras prestaciones sociales también ■

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



En busca
de
líderes
del
cambio
sanitario

Texto | Iñaki Alonso

Fotos | EL MÉDICO/SEDISA



El XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria de Sevilla ha apostado por la profesionalización y formación de los directivos de salud, que se deben erigir en faros hacia un nuevo modelo más sociosanitario y humano, más sostenible, que reinvierta en políticas que aporten valor y que sepan atajar una de las mayores amenazas del sistema: la cronicidad.

Los directivos de la salud llevan años alertando de las grietas del sistema sanitario. Un modelo, ya caduco, que demanda una intervención de urgencia para salvarlo de sí mismo. La operación no es fácil pero, cada dos años, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) buscan un tratamiento eficaz para este paciente a través de su Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, que este marzo celebró su vigésima edición en la capital hispalense bajo el lema ‘Cómo continuamos progresando’. El lema no era baladí, porque ponía sobre la mesa una evolución en positivo de un sistema sanitario que había encallado y que tiene en sus líderes -sus gestores- el punto de partida.

Sevilla dejó, de primeras, la conciencia de que hay un sector dentro del sistema que sabe que toca renovarse o morir de éxito. Un razonamiento que partió de una declaración previa de intenciones por parte de los organizadores, que esbozaron, un mes antes del congreso, el camino por el que se podría empezar esa evolución. Este documento base, titulado ‘Retos prioritarios en gestión sanitaria’, constaba de 35 puntos repartidos en cinco bloques. Este ambicioso punto de partida partía de premisas como abandonar el hospitalocentrismo a favor de que el paciente sea el centro del sistema; un modelo basado más en el tratamiento de los pacientes cróni-

cos que en los agudos; una financiación finalista para la Sanidad; la demandada por estas sociedades de la profesionalización de la gestión sanitaria y un trabajo a favor de la investigación y la transferencia del conocimiento.

Con esa hoja de ruta se inició la andadura en un congreso que congregó a más de 2.600 personas y que fue inaugurado por la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, que, más allá de reivindicar la apuesta andaluza por la Sanidad pública “en años difíciles”, recalcó que para obtener ese salto de calidad y garantizar la sostenibilidad del sistema, Andalucía y el

resto de comunidades no sólo necesitan un sistema autonómico solvente, “sino un SNS más potente” para preservar “la joya de la corona”. “No podemos olvidar que la Sanidad pública es el cinturón de seguridad de las personas”, expresó en un acto inaugural en el que se empezó a sembrar las buenas intenciones.

Profesionalización vs politización

Tras ello, tocaba entrar en faena. Y una de las patas era comprobar la salud de los directivos. SEDISA marcó el campo de juego con un estudio demoledor, basado en entrevistas a más de 200 directivos, donde se alertaba que un 82 por ciento opinaba que sus puestos son vistos como cargos políticos designados con un proce-

so de selección arbitrario y no basado en el mérito. Nueve puntos más que en el último estudio que realizó SEDISA en 2012. Tal es su importancia, que en la encuesta se considera este detalle como el principal lastre que dificulta que haya una mayor profesionalización. Y es que, sobre este punto, cuatro de cada cinco encuestados admiten que no existe profesionalización en el entorno directivo sanitario y que habría que diseñar un protocolo y una guía de acreditación en gestión sanitaria.

El estudio realizaba una foto fija nada alentadora. Y otro trabajo, coordinado por Mariano Guerrero, vicepresidente de la Fundación SEDISA, abordaba no sólo los objetivos en materia de profesionalización, sino también los tímidos avances. Por comunidades, se han convocado concursos de libre disposición para cargos de gestión en Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Murcia y Andalucía, donde también se ha incluido un apartado sobre profesionalización de la función directiva en el anteproyecto de la Ley de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y un registro de directivos. Por otro lado se cita la moción, aprobada por unanimidad, en la Asamblea de Madrid para cambiar el sistema y un compromiso político, recogido en los programas electorales, de avanzar por este camino a la profesionalización. Al hilo de ello, el propio Guerrero anunció en el marco del congreso el interés, por parte de SEDISA, de participar, de forma activa, en la asesoría y acreditación de una parte de los profesionales del sector sanitario.

Pero estudios aparte, los altos cargos tampoco pusieron paños calientes. Prueba de ello está en la preocupación de los

consejeros de hasta cuatro CC.AA. en una de las mesas de debate. Lejos de lo que plantean estas sociedades, los responsables sanitarios de Andalucía, Galicia, Canarias y País Vasco pusieron el acento sobre la falta de cantera. No hay relevo generacional por falta de incentivos. “Somos los mismos que hace 12 años”, reconoció el consejero de Salud gallego, Jesús Vázquez, al ser preguntado por la profesionalización del sector por el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, al que le indicó que apenas hay gente joven optando. Y es que, según su homólogo canario, José Manuel Baltar, “el sistema ha abandonado su obligación de formar a la cantera”, algo con lo que coincidió con el consejero vasco, Jon Darpón. Por eso, hay que “preparar a la gente para el futuro y que le pierdan el miedo a la gestión”, según el consejero de Salud de Andalucía, Aquilino Alonso.

Ante este escenario, los directivos anhelan un cambio hacia una mayor formación y una menor politización de los cargos. Y así lo expusieron los gerentes de CC.AA. invitados a la mesa de debate ‘Profesionalizando la gestión’. Los responsables autonómicos de Castilla y León, Islas Baleares, Cataluña y Andalucía aportaron sus experiencias en este campo de la profesionalización, y abogaron por “un pacto político pero también social” para blindar la autonomía de estos puestos. Un pacto que no quedaría restringido al ámbito de cada comunidad, sino que tendría que ser abordado a partir del SNS.

Este pacto sobresale tras ver los agujeros del sistema. Para el gerente del Servicio de Salud de Castilla y León, Rafael López Iglesias, hay un 70 por ciento de cargos designadas por afinidad política, lo que hace que la figura del directivo “esté estigmatizada”. Una figura “que no está bien vista” ni goza “de la confianza de los pacientes, los hospitales, los profesionales y también las mareas”, según la gerente del Instituto Catalán de Salud, Candela Calle. Y, para colmo, y según indicó

el gerente de Servicio de Salud de Islas Baleares, Juli Fuster, tampoco ayuda “una formación inexistente” y “un sistema retributivo que deja mucho que desear”.

Y, ¿cuándo es el momento de cesar a un cargo? En esta mesa tenían claro que en ningún caso deben mandar criterios políticos, sino que la Administración pública debería trabajar como la empresa privada: si la cuenta es positiva se quedan y si no se van.

La calculadora de la sostenibilidad

Pero, ¿cómo se miden los resultados? El congreso puso dos modelos sobre la mesa. Uno de ellos se basaba en medir los resultados en función de políticas que aporten valor. Pero, por otro lado, está la sostenibilidad pura y dura: la difícil tarea de sacar la calculadora y que las cuentas salgan. Sobre esto último, un estudio coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública y que recogía datos de 230 centros públicos de las 17 CC.AA. arroja-

ba una devastadora cuentas de resultados: el 74 por ciento de los hospitales públicos del SNS no eran eficientes en 2012, un porcentaje aún peor que en 2010. De la quema sólo se salvaban comunidades como Cataluña o Madrid, que

tenían la mitad de sus centros hospitalarios con equilibrio monetario.

La sostenibilidad del SNS pasa, según los expertos que asistieron a este foro, por la reinversión en

políticas que aporten valor. Y mirar con lupa cada dinero gastado, con informes mensuales, semanales y hasta diarios de un hospital. Así se alumbró en la mesa redonda ‘¿Desinversión y reinversión o regreso al futuro?’, donde la directora gerente del Instituto Guttmann de Badalona, Roser Fernández, indicó de primeras que no es lo mismo “desinvertir para recortar -como ha pasado en los años más duros de la crisis-, que reasignar recursos”. Sobre este nuevo escenario, auguró que “nada será como antes”, y confió en que haya una mayor reinversión en las políticas sociales y en modelos organizativos al

La sostenibilidad del SNS pasa, según los expertos que asistieron a este foro, por la reinversión en políticas que aporten valor. Y mirar con lupa cada dinero gastado





servicio del ciudadano para hacer del sistema más sostenible.

Un rumbo que, según José Ramón Repullo, del Departamento de Planificación y Economía de la Salud del Instituto de Salud

Carlos III, es “de difícil aplicación” y, para su puesta en marcha, habrá que “remar a contracorriente”. “Si los médicos normales siguen a sus líderes - Bics Docs-será difícil llegar a cambios”, remarcó, no sin antes aportar una de las claves, medido en euros, de ese miedo a un cambio de metodología: la deuda total sanitaria asciende 3.895 billones de euros, lo que supondría 82.562 euros por habitante.

Pero si la calculadora da para asustar, también da para ahorrar. El presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Miguel Ángel Calleja, emplazó a los directivos de la salud a contar con informes de gastos “mensuales o incluso diarios” en pos de la eficiencia y la reinversión. En ese sentido, señaló que se pueden ahorrar costes en farmacia para reinvertir en políticas sociales y políticas de valor. Así, se mostró dispuesto a revisar los “presupuestos históricos en farmacia” para dar mayor cabida a biosimilares e incluso abogó por pactos con las empresas farmacéuticas para la devolución del dinero en función de los resultados. Por ese pacto, el hospital en el que trabaja Calleja (el Virgen Macarena de Sevilla) se ha ahorrado la friolera de 31,3 millones por pacientes que no respondían al tratamiento.

La sostenibilidad estuvo presente en las tres jornadas del congreso. Incluso en la conferencia de clausura, que estuvo protagonizada por Luis Ángel Oteo, profesor Emérito de la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III. Bajo el título ‘Sostenibilidad, Complejidad y

Buen Gobierno en el Sistema Sanitario, Visión de Futuro’, Oteo indicó que la crisis económica ha dejado a España en “un riesgo de fractura social sin precedentes”. Por eso, sólo con un paciente proactivo se conseguirá la sostenibilidad sanitaria. “La

falta de financiación no nos exime de la responsabilidad de trabajar para que las generaciones futuras reciban un Sistema Nacional de Salud que garantice la equidad”, reivindicó.

Humanización del sistema

Por eso, no sólo hay que echar cuentas. También toca aportar un poco de humanidad para pensar más en el paciente que en el profesional sanitario. Sobre este escenario se movió el director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Julio Mayol, entrevistado por la directora de EL MÉDICO, Leonor Rodríguez. Políticamente incorrecto, culpó al sistema sanitario de falta de humanidad, ya que se diseñó como “sistema de producción de servicios”, bajo la lupa no de atender al paciente sino “en reducir listas de espera y hacer cuanto más mejor”. Un veneno que se ha contagiado a los profesionales sanitarios, que no trabajan por el

bienestar de los pacientes, a los que consideran “material fungible para hacer arte”. “¿Cómo humanizar un sistema que se paga por hacer números?”, se preguntó Mayol, que emplazó a una evaluación de los resultados en salud pero no con los parámetros actuales, más evaluables por

Hacienda, aunque eso atañe un peligro que es “rendir cuentas”.

Mayol no es el único que defiende eso de pensar más en el paciente. Rifat Atun, profesor de la Universidad de Harvard y uno de los mayores expertos mundiales en Servicios Médicos Basados en el Valor (Value-Based Healthcare, VBHC), reivindicó en Sevilla ese nuevo paradigma para una atención integrada del paciente, con más control de los resultados y eficiencia de los costes. Su punto de partida rompe todos los moldes tradicionales. “La calidad de un sistema de salud se mide por lo que le pasa al paciente no cuando ingresa sino cuando abandona el hospital”, manifestó, recordando que para ello hay que reformar los sistemas a través de las tecnologías, los programas de control de enfermedades, la reorientación de la Atención Primaria de Salud y el cambio en los sistemas de financiación. Y recordó, al igual que Mayol, que herramientas de medición de resultados en salud existen, pero “lo que falta es criterio y metodología para aplicarlas”.

El sistema tiene ante sí un gran escollo: sigue basado en el hospitalocentrismo y en el tratamiento de agudos, pese a que desde hace años ya se ha detectado un cambio de perfil en el paciente, más pluripatológico y con enfermedades crónicas

Armaduras contra la cronicidad

Pero todas estas políticas tienen ante sí un gran escollo: un sistema que, de momento, sigue basado en el hospitalocentrismo y en el tratamiento de agudos, pese a que desde hace años ya se ha detectado un cambio

de perfil en el paciente, más pluripatológico y con enfermedades crónicas. El congreso sirvió para enarbolar nuevamente la bandera para combatir la cronicidad, no sin antes alertar de que, de momento, el sistema todavía no está todo lo armado para la batalla. Y sirve un pequeño estudio para

avalar esta indefensión: el Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona presentó en el congreso una investigación que evaluaba el Programa de Conciliación de la Medicación en pacientes crónicos complejos, mediante el cual se ha podido conocer -en un campo de casi 700 pacientes a lo largo de un año- que se producen entre uno y tres errores de medicación por paciente al ingreso y al recibir el alta de un hospital.

Tras este mínimo ejemplo, tocan los intentos. El País Vasco es de los más avanzados, con un modelo de integración estructural de los hospitales, agregados a los centros de salud, unido a un trabajo con los servicios sociales, donde lo importante es prestar un mejor servicio al paciente. El consejero vasco, Jon Darpón abogó así por escapar del "hospitalocentrismo", no por gusto sino porque es "un acuerdo alcanzado en su día por las 17 CC.AA.". Así, en Galicia, ante la cronicidad, se aboga por dar más galones a la Atención Primaria, algo con lo que también está muy por la labor Andalucía, que reivindica un mayor papel de la función enfermera y del desarrollo de las nuevas tecnologías, la teleasistencia o la atención domiciliaria. "Hay que unir al paciente sanitario con el paciente sociosanitario. Deben estar integrados porque nos enfrentamos a pacientes que presentan mayor cronicidad y envejecimiento, y por tanto demanda mayor cuidado y atención social, y debemos dar el respuesta", indicó el consejero de Sanidad de Galicia, Jesús Vázquez.

Modelo predictivo en España

El Ministerio de Sanidad tampoco obvia esa alta prevalencia de pacientes crónicos y, para su análisis, tiene en mente una herramienta que va más allá de esa foto fija de la situación de la salud de los ciudadanos en España, que sirva para cambiar de "un modelo estático a uno más predictivo", que permita detectar futuras situaciones de riesgo de empeoramiento en cada ciudadano. La subdirecto-



ra general de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Iguales, Paloma Casado, dibujó en el congreso el trabajo emprendido para disminuir la prevalencia y reducir la mortalidad vinculada a la cronicidad. Así, la estrategia de abordaje parte de hacer una estratificación de la población, una idea que empezó a desarrollarse en 2014 con la aportación de 13 comunidades autónomas, que ha permitido tener una visión perfilada de 38 millones de españoles.

El futuro, según Casado, pasa ahora por integrar datos sociales u otros recursos no sanitarios, a esta foto fija. Con ello, se aspira a "virar hacia un modelo predictivo". A su vez, puso en valor otras medidas como las 225 guías de buenas prácticas o la estrategia de involucrar a todos los actores en la atención de determinadas enfermedades, como el EPOC, la diabetes o la hipertensión arterial.

Esa enorme base de datos que estratifica a los pacientes entre los que padecen patologías crónicas y no y, en caso afirmativo,

en qué grado, ha servido de base de trabajo para algunas comunidades. En el caso de Madrid, esta cuantificación de la situación ha permitido conocer que hay un 53 por ciento de la población con patologías crónicas, de la que el 42 por ciento es de nivel bajo. A partir de ahí, se inclinan más hacia un nivel de intervención, que está en sus inicios, donde se ha podido comprobar un descenso de los pacientes crónicos graves una vez que han entrado otras variables sociosanitarias. Este nuevo modelo de medición estará a pleno rendimiento en junio, según Nuria Fernández, subdirectora general de Continuidad Asistencial de la Comunidad de Madrid.

Desde el País Vasco, la técnica de Coordinación Sociosanitaria de Osakidetza, Inmaculada Sánchez, apeló al objetivo ambicioso de la historia sociosanitaria, para la que haría falta una alianza entre todos los actores, desde las administraciones y centros de salud hasta centros de teleasistencia y residencias. Sobre esto último, profundizó en el proyecto Osabide que ha permitido extender la historia clínica en



residencias para facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y garantizar la seguridad del paciente.

La búsqueda de atajar la cronicidad es una obsesión incluso en el ámbito hospitalario. Fueron muchos las estrategias presentadas en el marco del congreso, pero, entre los muchos ejemplos, se pueden citar tres. Uno es el del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, que señaló su compromiso de crear a lo largo del año una Unidad de Continui-

dad Asistencial (UCAPI) que pretende convertirse en un nuevo modelo de asistencia sanitaria para pacientes crónicos y pluripatológicos y evitar sus reingresos en el hospital. En esta unidad se integrará el servicio de Medicina Interna del hospital y profesionales de Atención Primaria, además de contar con una conexión a través de los servicios sociales. Otro es el Hospital Gregorio Marañón, cuya directora, María Codesido, avanzó la puesta en marcha de un centro pionero para la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas inflamatorias de origen inmune y que será el primero que existirá en

España y Europa de estas características. Y, en tercer lugar, una experiencia desarrollada por el Consorci Sanitari de Terrassa, que ha creado una unidad funcional de atención sanitaria a pacientes crónicos que ha logrado reducir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y aumentar las

visitas programadas

Y al final, ¿cómo progresamos?

Con tantos frentes a la vista e iniciativas, los directivos de salud tienen un reto complejo. Las

conclusiones del congreso se digieren con tiempo, aunque personas como Joan Carles March, director de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), se mostró convencido de que una de ellas pasa por "directivos valientes que promuevan el liderazgo compartido y que movilicen a la institución". Así, March defendió un modelo de integración socio-sanitaria para garantizar la continuidad asistencial y una atención al paciente de calidad. Algo para lo que hace falta un equipo sanitario sin "compartimentos estancos". En paralelo, reivindicó un "sistema de salud que sea más humano y que cuente con la tecnología como la mejor aliada".

March, que luego cuantificó el impacto en redes sociales del congreso -con más de 33 millones de impresiones y casi 11.000 tuits-, fue el telonero idóneo de una clausura oficial donde el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, y el de Ande, Jesús Sanz, coincidieron en desempolvar las 35 iniciativas con las que encararon el congreso y con las que pudieron dibujar el futuro más cercano. Estévez puso sobre el tablero las piezas del puzzle necesarias para un futuro más halagüeño: la integración sociosanitaria como camino para mejorar la asistencia en torno al paciente, entendido como centro del sistema; un nuevo enfoque centrado en la cronicidad, con un planteamiento inicial orientado en la prevención; una reinversión de lo eficiente con una gestión estratégica de la colaboración público-privada; potenciar el papel del la investigación con especial hincapié en el desarrollo de patentes y, por último, una hoja de ruta común para la profesionalización de los cargos directivos, huyendo de las decisiones políticas.

Por su parte, Sanz se centró en los valores y la importancia de los profesionales, así como en la "participación real del paciente y el ciudadano en el proceso asistencial". Ante esa demanda, formuló dos preguntas que han sido recurrentes en el congreso: "¿Cuánto tiempo llevamos hablando de esto? ¿Realmente hemos avanzado algo?". Esas preguntas las resolvió indicando que se ha progresado, pero que "hay que aprovechar lo aprendido para cambiar hábitos" ■

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



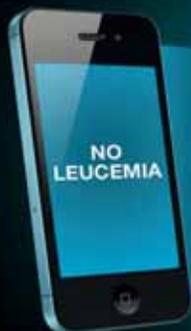
HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

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



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org



**FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia





No es lo mismo intrusismo que intrusión

Carlos del Cacho

Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



“No es lo mismo intrusismo que intrusión”

Carlos del Cacho, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), quiere luchar contra la intrusión que hay en su especialidad. Para ello, cuenta con dos buenas armas: la formación de los profesionales y la información de los pacientes.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la SECPRE?

Nuestros objetivos, como los de cualquier sociedad científica, son seguir con la formación de los miembros que forman parte de nuestra Sociedad y la protección de los pacientes, actuando contra a la intrusión, informando de nuestra especialidad y de nuestras intervenciones para que el paciente las conozca y las pueda tomar con la debida seriedad.

¿Con qué herramientas cuentan para canalizar la formación continuada tanto de los médicos en formación como de los especialistas?

Para formar parte de nuestra Sociedad, es un requisito indispensable tener el título de especialista. Así, la formación se lleva a cabo a través de cursos y congresos. El Congreso Nacional de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética es el principal punto de formación, ya que nos reunimos todos los cirujanos plásti-

cos españoles, vienen profesores extranjeros y se hace un programa donde los cirujanos, tanto los residentes que están en formación como los que ya son especialistas, tienen la posibilidad de presentar ponencias.

¿Y los que están en formación?

Disponemos del programa de formación MIR, que es un programa estatal reconocido oficialmente, y nosotros les ayudamos o les proporcionamos la posibilidad de mejorar en su calidad científica con cursos y programas. Además, en la junta tenemos una vocalía para ellos, que es la

vocalía de residentes, que junto con la de docencia, se preocupa de organizar cursos según las necesidades. Nuestra junta, con la Fundación de la SECPRE, que es una organización

docente, se preocupa de la formación.

La intrusión que padece la especialidad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética es una realidad, ¿a qué se debe?

La intrusión ha aparecido siempre en nuestra especialidad, pero se hace más patente en el momento en el que tenemos título de especialista oficial vía MIR. Una parte de nuestra especialidad,

que es la cirugía estética, son unas prestaciones que no están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, otros médicos que no son especialistas las llevan a cabo.

Somos pioneros en Europa y tenemos una posición excelente tanto en la Cirugía Reconstructiva como en la Cirugía Estética

Estamos en la puesta en marcha de la microcirugía al servicio de la cirugía reconstructiva, ya que tiene grandes posibilidades



¿Cuáles son estas intervenciones?

Muchas. El aumento mamario, la liposucción, reconstrucción mamaria... Las llevan a cabo médicos que no son MIR en nuestra especialidad. Pero no podemos hablar de intrusismo sino de intrusión.

¿Qué diferencia hay?

Intrusismo es un delito; es alguien que no es médico pero ejerce como tal. Intrusión es un médico que termina la licenciatura y



puede hacer cualquier tipo de actuación médica o quirúrgica. Es decir, no está actuando en contra de la ley, lo que pasa es que actúa de forma inadecuada.

¿Qué supone esa intrusión en la atención al paciente?

Hay muchas especialidades que solapan nuestros campos de actuación. Por ejemplo, nosotros hacemos cirugía estética de la nariz y los otorrinolaringólogos también hacen intervenciones de la

nariz. Pero, lo que no está bien es que un médico general ponga prótesis de mama. Realmente no sabemos el número de intrusos que hay, porque no se manifiestan, pero sí sabemos que existen por las secuelas que tienen los pacientes. Son lesiones de cirugías que no han hecho los cirujanos plásticos.

¿Qué se puede hacer frente a ella?

Informando. Que la sociedad civil conozca que hay una especialidad que se llama

Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Que una rama de la especialidad es la estética y que dichas intervenciones se hacen por esos especialistas. Cuando el paciente se quiera someter a una intervención de este tipo, se puede informar en nuestra web y ver si es especialista o no. Aunque no todos los especialistas en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética son miembros de la SECPRE, pero sí todos los miembros de la SECPRE son especialistas en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Además, tenemos campañas de información sobre la especialidad y las intervenciones que llevamos a cabo, teniendo en cuenta nuestra formación.

¿Cómo se ha articulado el tema de la formación de la especialidad?

Se ha articulado con la Administración. La troncalidad se va modificando y perfeccionado. Llevamos muchos años con el programa MIR y está funcionando. Pretendemos que se reconozca el programa de formación, que se puede solapar con otras especialidades, ya que la mayoría de las especialidades tiene una localización anatómica, la nuestra no. Nosotros, en lugar de tener una localización anatómica, tenemos una utilidad de reconstrucción.

Con respecto a las áreas de capacitación, ¿se podrá potenciar la cirugía estética?

Al principio, la especialidad no contenía la palabra estética; era plástica y reconstructiva. Se consiguió añadir estética. Dentro de nuestra especialidad, tiene importancia como cualquier otra rama y está contemplada dentro del programa de residencia.

¿Qué se puede hacer para ponerla en valor?

En la Sanidad pública no hay formación, porque no hay cirugía estética, pero nos preocupamos de la formación de los especialistas a través de cursos. También hay que hacer ver a los pacientes cuál es la



realidad de la cirugía estética, ya que no es menor y necesita todos los cuidados y preparación de cualquier otra cirugía.

¿A qué se debe esa percepción de la cirugía estética?

Fundamentalmente porque ha habido una tendencia social hace años que solo se operaban las actrices... en los años 60 era una cirugía de élite, lo que la ha ido banalizando. Por eso, ahora estamos realizando un trabajo de modificar esa idea que se tiene.

¿Existe el suficiente número de especialistas en España?

En nuestra Sociedad, 800 socios numerosos, pero hay más plásticos que no están

asociados. Luego debemos tener unos 230 asociados, que son los médicos que están en la especialidad. Es complicado hacer un estudio sobre este tema, porque hay cirujanos que no están asociados. Pero pensamos que es necesario que haya cirujanos plásticos en el Sistema Nacional de Salud.

¿Cómo está España en relación con los países de su entorno?

Estamos muy bien. Somos pioneros en Europa y tenemos una posición excelente tanto en la Cirugía Reconstructiva como en la Cirugía Estética. Podemos decir que nos invitan a congresos internacionales para que presentemos nuestras experiencias. Además, formamos parte de la Sociedad Iberoamericana de Cirugía Plástica y editamos la revista.

¿Existe un curriculum común europeo?

Por la legislación europea, la formación está reconocida. Nuestros especialistas están reconocidos y tienen la capacidad de poder trabajar en cualquier país. Eso lo tenemos fácil.

¿Con qué especialidades tienen más relación?

Con varias. En cirugías complejas hay necesidad de que trabajen varios especialistas de forma conjunta. Siempre hay cosas que se pueden complementar para darle la mayor calidad a la intervención y la mayor seguridad al paciente.

¿Qué papel tiene FACME en ese trabajo de coordinación con otras especialidades?

Es la coordinadora general. Todas las especialidades que formamos parte de

dicha federación, cuando tenemos que hablar o comentar algún punto en común, FACME es la que nos coordina y ayudar a llevar a la práctica las ideas de asociación y colaboración que podemos tener.

¿Hacia donde se dirige la especialidad?

Lo que queremos es que haya más especialistas en la Sanidad pública y que nuestra sociedad sea más conocida. Nuestros esfuerzos tienen que ir a eso, sin olvidarnos

Tenemos el proyecto de hacer una acreditación dentro de nuestra Sociedad, que aún está en consenso. Tenemos que ir a la formación empírica y a la satisfacción del paciente

de la formación continuada. Tenemos el proyecto de hacer una acreditación dentro de nuestra Sociedad, que aún está en consenso. Nuestra Sociedad tiene que ir a la formación empírica y a la satisfacción del paciente, a darle respuesta a sus necesidades.

¿Cuáles son las nuevas áreas de actuación?

El futuro viene de la mano de la Medicina Regenerativa. Es la Medicina que utilizará células madre para transformarlas en especializadas. De una forma más concreta, estamos en la puesta en marcha de la microcirugía al servicio de la cirugía reconstructiva, ya que tiene grandes posibilidades. La cirugía de linfedema y la transferencia de grasa también son otras líneas que están dando muy buenos resultados ■

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





1/3 DE NUESTROS ALIMENTOS ACABA EN LA BASURA

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

EL MUNDO NO NECESITA MÁS COMIDA
NECESITA MÁS GENTE COMPROMETIDA

Manos  **Unidas**

900 811 888 manosunidas.org



La
Atención
Primaria
tiene el reto de
recuperar
el papel
que llegó a tener

Antònia Roca Casas

Directora médica de Atención Primaria en Mallorca

Texto | Antonio Morente Fotos | SEDAP



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Antònia Roca Casas

“La Atención Primaria tiene el reto de recuperar el papel que llegó a tener”

Directora médica de Atención Primaria en Mallorca desde 2015, Antònia Roca Casas lleva dos años investigando cómo mejorar la prescripción farmacéutica en Atención Primaria, un trabajo que junto a sus compañeros presentó en el XVIII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) en 2016, que le valió el premio a la mejor ponencia y que ha sido la base del sistema de prescripción que ahora se aplica en Baleares. Y defiende que no por mucho recetar se atiende mejor al paciente en una Atención Primaria que, asegura, “tiene esperanza y muchas ganas de cambio”.

¿Por qué esa apuesta por la cuestión farmacéutica en Atención Primaria?

Porque la farmacéutica es una de las partes que manejamos más habitualmente en Atención Primaria. Hay pocos pacientes de los que pasan por nuestras manos a los que no tengamos que hacer en algún momento alguna prescripción.

¿Los médicos tienen los suficientes conocimientos farmacéuticos o están demasiado condicionados por la industria?

Los médicos de Atención Primaria tienen cultura de uso racional de los medicamentos y están formados a nivel de prescripción y farmacología, y aunque es verdad que ha habido épocas en las que la industria farmacéutica tenía una presencia importante, cada vez es menor en AP. Esto tiene mucho que ver con el soporte que se le dé al profesional desde la gestión, cuanto más trabajas para intentar equilibrar situaciones de este tipo (investigación, difusión, conexión con los farmacéuticos de Atención Primaria...), más

consigues que la información en este aspecto no venga solo del lado de la industria. En Primaria cada vez hay más profesionales que buscan la información, la contrastan, se mantienen actualizados... Lo que sí me preocupa mucho es de dónde se extrae esa información, porque tendría un sesgo muy importante si solo se extrajera de la industria.

¿Su interés por investigar este campo nace de que no se hace un buen reparto del presupuesto farmacéutico?

Aunque siempre ha sido una preocupación generalizada de los gestores, la determinación del gasto óptimo farmacéutico siempre ha sido una inquietud en esta comunidad, desde los años 90 ya se realizaron varias publicaciones en este aspecto. Es cierto que pensamos que el reparto del presupuesto de farmacia no era adecuado, se usaban sistemas capitativos

que se corregían por variables como edad, número de pensionistas, porcentaje anual de pacientes visitados, tramo de aportación a la Seguridad Social... Teníamos la sensación, el sentimiento, de que los que hacían

un esfuerzo mayor por hacer un uso racional de la prescripción cada año veían mermada su asignación para compensar a los que no se ajustaban. A los que mejor se ajustaban al presupuesto cada año les apretaban las clavijas un poco más, y los que no cada año tenían una

asignación mayor. Buscamos romper con esa dinámica, con la inquietud de que el presupuesto de farmacia siempre tiene que ser suficiente para atender a la morbilidad de los pacientes: tienes que gastar lo que necesitan tus pacientes, si ahorras

mucho en medicamentos pero tus pacientes necesitan más lo estás haciendo mal.

¿Y cómo se consigue ese equilibrio?

La verdad es que es un equilibrio muy complicado de encontrar, aunque con el modelo que hemos diseñado, la asignación se consigue equilibrar y es más equitativa que como se hacía con el sistema capitativo. Evidentemente todavía no es la panacea, pero por lo pronto explica el 60 por ciento de la variabilidad de gasto, aunque siempre habrá factores intrínsecos a cada profesional, una variabilidad que no se podrá cambiar nunca.

¿Cuáles son las claves de este sistema?

Hemos dividido los pacientes por tramos de edad y usamos la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), que pondera los pacientes

según su complejidad y multimorbilidad. Lo que hicimos fue seleccionar los centros de salud de la comunidad autónoma que mejores resultados obtienen en calidad asistencial y de prescripción, y analizar qué gastan por cada uno de los tipos de pacientes de esos tramos de edad y

Me preocupa mucho de dónde extrae la AP la información, porque tendría un sesgo muy importante si solo se extrajera de la industria

Ya está muy estudiado que el paciente que va más al médico tiene más riesgo de ser polimedcado y de sufrir eventos adversos relacionados con la medicación



morbilidad; de ahí extrapolamos a todos los otros cupos. Tras diseñar este nuevo modelo, el año pasado el trabajo principal fue de validación y ahí descubrimos que se explica un 60 por ciento de la variabilidad del gasto, cuando el capítatito explicaba alrededor del 40 por ciento. Explica más y en sí mismo aporta mucho, es un modelo novedoso que al final lo que hace es usar las nuevas herramientas de las que disponemos para aplicarlas a la gestión sanitaria en el reparto de los recursos.

¿El gasto farmacéutico es el más determinante en Atención Primaria?

Es la partida que se lleva el mayor bocado del presupuesto, ronda entre el 60 y 70 por ciento de la asignación en Atención Primaria, las otras partes se destinan a recursos humanos, compras e infraestructuras. En Atención Primaria no hay grandes tecnologías que cuesten muchísimos millones de euros y es donde se hace la mayor parte de la prescripción, tiene mucha importancia. Por eso la relevancia de este modelo, que se implementó en Atención Primaria de Mallorca en 2016 y este año, tras aplicar unas ciertas mejoras, se ha implementado en toda la comunidad autónoma. De momento en marzo tuvimos las negocia-

ciones con los centros de salud y la verdad es que creemos que la asignación se ajusta mucho más a las necesidades de los pacientes y de los prescriptores, tanto médicos como pediatras.

¿Este modelo corrige un sistema que es injusto en la prescripción farmacéutica?

Más que injusto, con este modelo conseguimos que sea más equitativo. ¿Es perfecto? No, la perfección es muy difícil de conseguir, pero desde luego es un modelo más equitativo y justo. Es cuestión de gastar bien, y sobre todo gastar lo que cada paciente necesita. Hay un margen de mejora importante para poner freno al sobretatamiento, no solo a nivel económico, sino también en calidad de vida y supervivencia, ya que está demostrado que los pacientes viven más y mejor, y se mueren menos si la prescripción es adecuada. Para ello estamos trabajando, por ejemplo, la cuestión de la polimedición. Hay un alto grado de polimedición en la comunidad autónoma, y para reducirla trabajamos codo con codo con farmacéuticos de Atención Primaria, médicos y personal de Enfermería.

¿Qué es lo que hace que el gasto farmacéutico sea tan elevado?

Hay muchos factores que influyen, sobre todo la falta de tiempo, que también lleva a no hacer intervención no farmacológica, no se trabajan otros aspectos que son igual o más eficientes. Un ejemplo muy claro es el uso de fármacos ansiolíticos e hipnóticos, es más fácil y rápido dar una pastilla que trabajar a nivel individual con el paciente y su familia. A corto plazo puede ser más rápido, pero a medio y largo plazo los sistemas no farmacológicos ganan por goleada. Y para ello es clave implicar a Enfermería, que juega un papel muy importante para valorar la adherencia al tratamiento, controlar que se está tomando la medicación, que se hace de forma adecuada...



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Antònia Roca Casas

¿El problema es que relacionamos los medicamentos con una mejor asistencia?

Sí, parece que estamos peor atendidos si nos recetan menos, pero en esto también somos un poco culpables los profesionales y los gestores. Al final tenemos una población con poca tolerancia al dolor y que presiona, si sales de la consulta

del médico y no te recetan es que no te han hecho nada. Ya está muy estudiado que el paciente que va más al médico tiene más riesgo de ser polimedicaado y de sufrir eventos adversos relacionados con la medicación. En nuestro trabajo sobre asignación hemos analizado el porcentaje de pacientes a los que se les ha prescrito algo en el último año, hay cupos que oscilan entre el 25 y el 80 por ciento, hay mucha variabilidad. Y esto también tiene que ver mucho con los determinantes sociales.

¿Es una cuestión de educación?

Efectivamente. Además de actuar y asesorar al médico, ahora es necesario hacerlo con el paciente. Aunque es muy complicado, son súper necesarias campañas en temas relacionados con medicación y uso racional de los servicios sanitarios.

En esos servicios sanitarios, ¿la Atención Primaria es realmente el soporte?

Estoy convencida de que es el eje del sistema, lo creo de manera firme y convencida. Además, se ha demostrado que los países en los que la Atención Primaria es más fuerte y desarrollada tienen muchísimos mejores resultados en salud. El pro-

blema es que la Atención Primaria ha sufrido mucho en estos últimos años, sobre todo en el periodo entre 2011 y 2015, en esa época de mayores penurias económicas a nivel global el que más ha sufrido de todos los sistemas ha sido el de Atención Primaria, porque ahí es más fácil recortar.

¿Por qué cree que la Atención Primaria es el sistema más frágil?

Tiene su explicación en que a nivel tanto de población como de los gestores y políticos hay una visión de que lo realmente importante es el hospital. Si tienes un infarto o alguna enfermedad de gravedad vas al hospital, seguimos teniendo una visión muy hospitalocéntrica que es complicado de revertir, los propios pacientes probablemente prefieran que se recorte en Atención Primaria que en la Hospitalaria. Toda esa inversión tecnológica y ese entorno deslumbra mucho, así que competir con eso es muy difícil. Hace 30 años lo realmente importante era tener al médico de Atención Primaria cerca, accesible, en cualquier etapa de la vida, para cualquier tipo de patología. Ahora estamos en el extremo contrario, hay que volver a resituarse, buscar el equilibrio. La Atención Primaria tiene el reto de recuperar el papel que llegó a tener. Hay que apostar por que se use el recurso más necesario en cada caso, si un paciente puede estar en casa tiene que estarlo, y no en un hospital. El ingreso tiene problemas asociados, le ahorraríamos muchos problemas al paciente, a los familiares y al sistema.

¿Al final es una cuestión de presupuesto?

Es que es algo clave para la sostenibilidad del sistema, y para eso falta mucha educación sanitaria. Tenemos que recuperar también las cosas que con los recortes han sufrido más, las que no va a hacer nadie si no las hace la Atención Primaria: atención domiciliaria, educación para la salud, que sepas gestionar tu enfermedad en la medida que puedas... ¿Qué le vamos a pedir a los médicos hospitalarios, que hagan grupos de tabaquismo para dejar de fumar? No deben, esa es una tarea muy de Primaria, por poner un ejemplo.

¿Hay entonces esperanza para la Atención Primaria?

La Atención Primaria tiene esperanza y muchas ganas de cambio, y aquí nuestro reto como gestores pasa por tener equipos motivados y cuidar a nuestros profesionales, que al final son los que atienden a la población. La Atención Primaria ha sobrevivido gracias a las personas que la conforman, pero todo esto sin inversión son bonitas palabras, inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y en farmacia, todo pasa por aumentar la inversión porque la Atención Primaria está totalmente infradotada. En nuestra comunidad autónoma se nos ha aumentado en 2016 y 2017 el presupuesto, pero es imposible recuperar la dotación de los últimos 20 años en dos días, y también es imposible sin políticos sensibilizados y que realmente estén alineados con esto ■

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





200.000 profesionales sanitarios

SUSCRITOS A NUESTROS SERVICIOS DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN ON-LINE

50 ESPECIALIDADES

SEGMENTACIÓN ESPECIALIDADES Y ÁREAS GEOGRÁFICAS

CAMPAÑAS EMAILING

www.gruposaned.com

tu aliado en todos
tus proyectos **saned.**
GRUPO



El
70 por ciento
de la
tecnología
de nuestros hospitales
está en fase de obsolescencia

Jesús Lucinio Manzanares

Presidente de la Sociedad Española de Electromedicina
e Ingeniería Clínica (SEEIC)

Texto | Eva Fariña

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA
Jesús Lucinio
Manzanares

“El 70 por ciento de la tecnología de nuestros hospitales está en fase de obsolescencia”

La innovación en el sector de la electromedicina e ingeniería clínica, así como el reciente desarrollo del título de Técnico Superior en Electromedicina Clínica en cinco comunidades autónomas son algunos de los temas que preocupan a Jesús Lucinio Manzanares en la recta final de su presidencia al frente de la Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica (SEEIC). La facturación del sector de la tecnología sanitaria ha subido muy lentamente en los últimos años y alcanza en torno a los 7.000 millones de euros anuales (muy lejos de los 18.000 millones que se facturaban antes de la crisis). En la actualidad, la exportación alcanza unos 2.500 millones de euros, y el sector da empleo a unos 115.000 empleados, entre puestos de trabajo directos e indirectos. Con todos estos datos sobre la mesa, Jesús Lucinio Manzanares considera que es el momento de consolidar temas puntuales relacionados con la cualificación profesional y la titulación específica, “en un sector muy estratégico, relacionado con la salud y el bienestar social, y con un alto factor de innovación”. En junio de 2017 el Dr. Manzanares Pedroche cumplirá ocho años al frente de la SEEIC, sociedad científica de la que presume pertenecer desde su fundación. Sigue considerando que algunas transferencias no debieron hacerse nunca, y lamenta que las estrategias sanitarias sean planificadas por gestores políticos “que están de paso”.



¿Qué balance general hace de su mandato como presidente de la SEEIC?
¿Qué proyectos ha puesto en marcha y cuáles están en camino?

Hemos puesto en marcha y estamos impulsando la cualificación profesional en todas las comunidades autónomas. En el año 2008 se aprobó el Real Decreto de Cualificaciones Profesionales en Electromedicina Clínica. Hicimos su transformación con el Ministerio de Trabajo a certificado de profesionalidad, en el nivel 2 y en el nivel 3. Actualizamos también los procedimientos de acredita-

ción por la experiencia profesional. Un paso posterior ha sido la aprobación del Real Decreto 838/2015, de 21 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Electromedicina Clínica y se fijan los aspectos básicos del currículum. Ahora estamos trabajando en su desarrollo, de la mano de la patronal y con la Dirección General de Formación Profesional, a través de la Secretaría de Estado. En 2016 se pone en marcha en cinco comunidades autónomas: Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha y Andalucía, mientras que Madrid comenzará en

2017. A pesar de disponer de escasos recursos económicos y humanos, estamos intentando desarrollar un proyecto formativo ambicioso. Tenemos más peticiones, pero nos focalizamos en estas cinco autonomías.

Precisamente en marzo de 2017 se ha firmado un convenio de colaboración

entre la SEEIC, Fenin y el Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Catalunya para promover, impulsar y desarrollar, en régimen de alternancia y con formación dual, el

Ciclo Formativo de Electromedicina Clínica. Todavía son pocas CCAA, pero están las más destacadas.

Cataluña y Madrid son dos autonomías estratégicas, porque son las que albergan la mayoría de las empresas. Hemos firmado sendos convenios para que en la parte de prácticas haya una beca finalista. Los alumnos que terminen los dos cursos académicos podrán tener un año de prácticas con la industria del sector. En el segundo curso los alumnos necesitan hacer 400 horas de prácticas en centros autorizados, y hemos llegado a un acuerdo a través de las Consejerías de Educación para que especialistas de la industria, que es la que tiene el conocimiento, puedan participar también como profesorado. Tenemos pendientes peticiones de más institutos de Secundaria en estas seis comunidades, y pronto se unirán Asturias, Cantabria, Galicia, etc. No queremos morir de éxito, vamos poco a poco, porque no todo el mundo puede dar esta formación. Nuestra idea es acabar la titulación para cubrir esta innovación en recursos humanos o la parte que va a haber finalista en personas que se van a jubilar dentro de 10-15 años. Si empezamos a crear centros en cada capital de

cada comunidad autónoma, se generará un excesivo número de grados.

¿Cómo valora hasta ahora los resultados en estas CCAA?

La valoración es positiva, al menos mi percepción en Castilla-La Mancha. La SEEIC fija una cantidad de alumnos por

aula de entre 15 y 35 alumnos, porque preferimos dar una formación de calidad. País Vasco, Cataluña, Castilla-La Mancha y Andalucía solo pusieron un centro en marcha, autorizado por la Dirección

General, aunque hubo más peticiones. En la Comunidad Valenciana tenemos una pequeña dispersión, porque arrancó de inicio con cinco institutos, que nos parece excesivo, pero fue una decisión política. Nuestro propósito es que algunos de los centros acreditados ya existentes se focalicen como centros nacionales de formación específica, apoyados por la industria.

¿Qué perspectivas de trabajo tienen los alumnos que realizan esta formación?

Espero que el 80-90 por ciento de las primeras promociones tenga un ingreso directo e inmediato en el ámbito laboral. La ventaja de estas comunidades grandes, como Madrid y Cataluña, es que los mejores expedientes serán solicitados por las empre-

sas. Los alumnos que no tengan todas las asignaturas aprobadas, no podrán hacer el módulo de prácticas en el sector. Los alumnos tienen el aliciente de poder hacer las prácticas específicas de 400 horas en una empresa del sector, y

al término podrán conseguir una beca de trabajo con esa compañía concreta.

¿Cómo ha evolucionado la Electromedicina y la Ingeniería Clínica en los últimos años?

Ha habido cambios en el concepto macro de gestión, porque se ha creado una entidad que está regulada a través de Bruselas y que va a tener mucha interacción y muchos equipos. La innovación está más potenciada en otros países; por desgracia, en España no tenemos una gran inversión en industria ni en innovación tecnológica, pero tenemos una gran capacitación en pequeñas y medianas empresas. La innovación a nivel de facturación de tecnología en España es mínima. Muchas de las empresas que están afincadas aquí, que son macro a nivel global, han visto recortado y mermado el ingreso económico. Los presupuestos de los gobiernos tienen que ajustarse a las exigencias europeas, así que la inversión en investigación está adormecida y el desarrollo se ralentiza. Los estudios en nueva tecnología son muy complejos y necesitan personal altamente cualificado, así que la investigación en este campo es complicada si no hay financiación finalista.

¿Qué capacidad tienen esas pequeñas y medianas empresas?

Son empresas lo suficientemente competentes como para aguantar al sector. En Fenin hay unas mil empresas asociadas, que no son todas las existentes, y calculo que el 95

por ciento tiene ese perfil de pyme. En su mayoría son distribuidores o servicios de asistencia técnica autorizados por el propio fabricante. Las grandes empresas a nivel global, como General Electric, Siemens, Toshiba, Philips o Medtronic,

Por desgracia, en España no hacemos una gran inversión en industria ni en innovación tecnológica, pero tenemos una gran capacitación en pequeñas y medianas empresas

En alta tecnología estamos muy por debajo de la media europea, y se hace un daño colateral a la población por esa carencia de recursos



ENTREVISTA

Jesús Lucinio Manzanares

La tecnología sanitaria, ante el Horizonte 2020

Los nuevos reglamentos europeos de productos sanitarios van a influir en la legislación del sector de la tecnología sanitaria, con la vista puesta en el Horizonte 2020. "Las innovaciones tecnológicas contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria y a conseguir diagnósticos más certeros y terapias más personalizadas. Para conseguir estos objetivos, es necesario disponer de personal altamente cualificado, con una formación continuada muy específica que requiere modelos de gestión integral sanitaria más eficaces y efectivos", dice Jesús Lucinio Manzanares.

Horizonte 2020 es el Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea que financia proyectos de I+i de diversas áreas temáticas en el contexto europeo. El presupuesto de este plan es de casi 80.000 millones de euros para el periodo 2014-2020, y pueden beneficiarse investigadores, empresas, centros tecnológicos y entidades públicas.

Los principales objetivos estratégicos del programa Horizonte 2020 son crear una ciencia de excelencia, que permita reforzar la posición de la UE en el panorama científico mundial; desarrollar tecnologías y sus aplicaciones para mejorar la competitividad europea, e investigar en las grandes cuestiones que afectan a los ciudadanos europeos.

La legislación europea de productos sanitarios intenta mejorar el acceso de los pacientes a productos seguros, eficaces e innovadores que mejoren su calidad de vida. Después de 25 años de la publicación de la primera directiva europea, los nuevos reglamentos actualizan la legislación vigente a la transformación del sector de los últimos años. La seguridad de los productos sanitarios y la accesibilidad de los mismos son dos factores que se verán reforzados, y que la SEEIC también deberá tener en cuenta.

Además, se actualiza la normativa en la Distribución y Asistencia Técnica de Tecnologías Sanitarias con el objetivo de fomentar la interoperabilidad, la ciberseguridad y la accesibilidad, entre otros factores. En este sentido, el Comité Europeo de Normalización elabora normativas para especificar los requisitos para la participación de los pacientes en los servicios de atención sanitaria.

tienen sus filiales en todo el mundo, y actúan dependiendo de cómo vaya la economía de los países.

¿Qué papel juega esta especialidad en el impulso de la Medicina Personalizada o de Precisión?

La intención de la tecnología finalista es generar una información que en el estadio más temprano posible tenga detectada la enfermedad para que se pueda corregir. A niveles muy tempranos, prácticamente se erradica. Si no hay inversión finalista, todos estos avances se ralentizan.

Con motivo de la crisis, ¿se han reducido las garantías y la seguridad en la adquisición de tecnología sanitaria?

En principio, no, porque estamos en un sector muy reglamentado y revisado. En nuestro caso, gracias a Dios la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios no se ha transferido a las CCAA. La agencia revierte información de productos específicos a través de las alertas sanitarias. Hay que cumplir sí o sí la reglamentación. Otro asunto es que en cada hospital el personal no tenga la cualificación específica, en un sector complejo e innovador. Hay seguridad respecto a la compra y garantía del equipamiento. Otro tema es el del mantenimiento, recursos humanos y contratos de Electromedicina, ya que puede ser que no se cumplan todas las guías.

¿Cómo ha afectado y afecta la crisis al mantenimiento de los equipos?

El periodo de obsolescencia de la tecnología suele ser de ocho años, y al cumplir ese plazo la información que ofrecen los equipos ya no es óptima. En nuestros hospitales, más del 60-70 por ciento del parque a nivel nacional está en fase de obsolescencia, según datos de sociedades científicas como la de Radiología o la de Medicina Nuclear. En el arco de alta tecnología estamos muy por debajo de la media a nivel europeo. Se hace un daño colateral a la población por esa carencia de actualización de nuestros recursos en materia de tecnología sanitaria.

¿Cómo valora la formación de los profesionales sanitarios en las nuevas tecnologías?

La evolución es continua, la sanidad avanza y tecnológicamente somos mejores gracias a los equipos. Es necesario dominar la tecnología y la informática asociada. A muchos médicos les da hambre formarse en nuevas tecnologías,

y se les considera ciegos. El Ministerio de Sanidad, en su momento, dejó la formación en manos de las grandes patronales. Cuando se compra un equipo, la compañía tiene que darle formación específica al usuario, es decir, al facultativo y al personal asistencial. Esa trazabilidad no está bien efectuada, y solo se da la formación a una minoría. Se produce una gran dispersión para adquirir la actualización de manejo e interpretación de los nuevos conocimientos.

¿Qué le parece el nuevo código ético del sector de Tecnología Sanitaria aprobado por Fenin?

El código de Fenin se aprobó después de presentarse el Código Ético de Farmaindustria. Algunas sociedades científicas ponen el grito en el cielo porque ya no va a haber dinero finalista para la formación por parte de la industria del sector. Yo creo que no tenía que haberlo habido nunca. El código de Fenin entra en vigor en 2018, y también tiene mucha controversia entre las sociedades científicas. Yo opino que debemos racionalizar el gasto. El presupuesto para la formación debe ser gestionado en origen. Si la comunidad autónoma o el Estado directamente prepara una partida económica, deben exigir garantías de formación específica. Espero que no lo dejen otra vez en manos de las sociedades científicas, y nos metan en un lío. Una sociedad científica no tiene ánimo de lucro y está regulada de forma muy estricta por la Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior. Por otra parte, Fenin todavía no ha dado el paso de conformarse como lobby, y a las sociedades científicas no se nos permite trabajar directamente con lobbys, como sí ha hecho Farmaindustria. Se puede producir un problema de inicio.

Algunas sociedades científicas critican que no habrá dinero finalista para la formación por parte de la industria; yo creo que no tenía que haberlo habido nunca

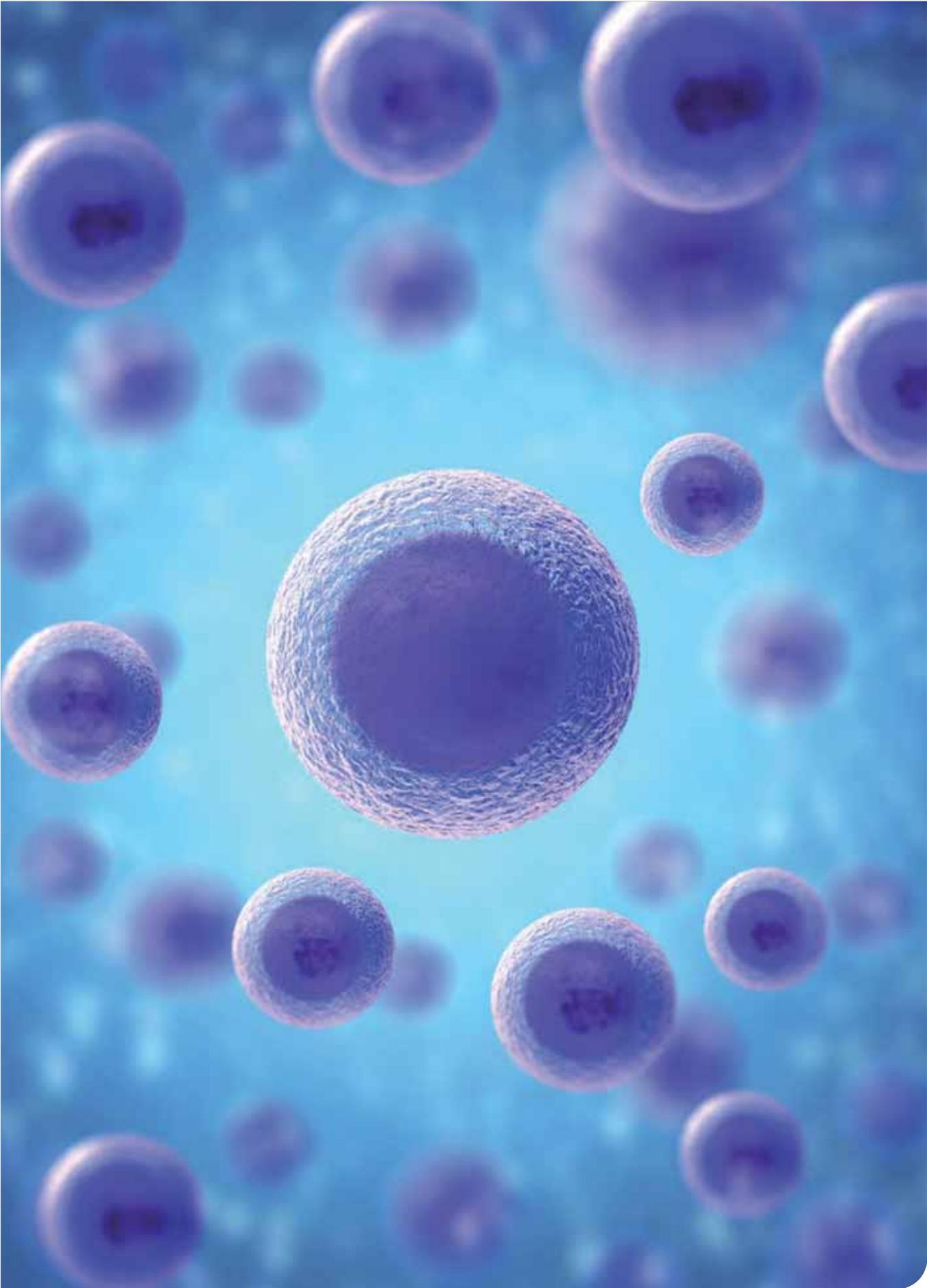


A nivel institucional, ¿qué relación tiene la SEEIC con Fenin?

Tenemos una relación muy buena con Fenin, y firmamos un convenio de colaboración hace cinco años que vamos actualizando, sobre todo en los temas de formación y en la presentación de planes estratégicos en innovación de tecnología sanitaria, etc. La relación es muy cordial, muy correcta y muy profesional; en definitiva, excelente.

¿Qué asignaturas pendientes tiene la SEEIC y el sector de la Electromedicina y la tecnología sanitaria?

Las consejerías de Educación, reguladas en coordinación con las de Trabajo, tienen que crear la categoría profesional del grado superior de Electromedicina Clínica, que no existe en la Administración de la mayoría de las CCAA. Es triste que hayamos tenido que acudir a las consejerías de Educación y Trabajo para que las consejerías de Sanidad se pongan las pilas. Además, la industria y el sector sanitario privado deben incorporar esa figura en su portfolio de innovación de recursos humanos. Son propósitos que esperamos cumplir en un plazo de 2-3 años ■





AVANCES EN TERAPIA CELULAR

MÁS DE 1.300 ENSAYOS CLÍNICOS
A NIVEL MUNDIAL LO DEMUESTRAN

El papel clave
de las

células madre

en la Medicina Regenerativa

Texto y fotos | EL MÉDICO



AVANCES EN TERAPIA CELULAR

El papel clave de las células madre en la Medicina Regenerativa

Con el aumento de la esperanza de vida, adquiere más importancia el papel de la Medicina Regenerativa. Según la Organización Mundial de la Salud, la expectativa de vida para un niño nacido en 2016 es de 81 años y para una niña de 86, y este aumento está directamente relacionado con las enfermedades degenerativas. Por ello, uno de los retos de la Medicina Regenerativa es la reconstrucción del tejido desgastado, enfermo o destruido. El punto de mira se centra en el gran potencial de la ingeniería de tejidos, entre los que se encuentra el cultivo artificial de tejido para fines terapéuticos, de manera que el tejido dañado en el paciente pueda ser reparado o sustituido.

La ingeniería de tejidos, también conocida como Medicina Regenerativa o terapia celular, trabaja con células madre que son multiplicadas en laboratorio e implantadas posteriormente en el paciente, reparando o sustituyendo el tejido dañado. Se trata de células

madre mesenquimales (MSC), que pueden especializarse en células de tejido conjuntivo, cartílago o hueso, y que pueden obtenerse a partir de tejido adiposo, médula ósea y pulpa dental. Sin embargo, la fuente más

valiosa y más productiva de células mesenquimales es el tejido del cordón umbilical, que son células madre más jóvenes, por lo que su potencial de multiplicación y especialización es mucho mayor que las células obtenidas de la médula ósea o el tejido adiposo. Según un estudio norteamericano (Vangsness et al), se pueden obtener por término medio entre 4.737 y 1.550.000 células/ml del tejido adiposo y entre 15 y 317.400 células/ml de la médula ósea, mientras que del tejido del cordón umbilical se consiguen entre 10.000 y 4.700.000 células/ml.

Cordón umbilical, la fuente más productiva de células mesenquimales

El tejido del cordón umbilical es la materia prima óptima para la Medicina Regenerativa, no solo por la cantidad, sino

también por su calidad, ya que el éxito del tratamiento depende en gran medida de la edad de las células madre. Cuanto más jóvenes sean las células, más alto es su potencial de multiplicación y su especialización. A esto hay que añadir que, al

contrario de lo que ocurre con las células madre de los adultos, las del cordón umbilical están libres de virus y no están sujetas al impacto ambiental.

En la actualidad se están llevando a cabo a nivel mundial más de 1.300 ensayos clínicos sobre enfermedades del sistema vascular, enfermedades autoinmunes y desgaste o lesiones del aparato locomotor. Varios estudios

muestran que el uso de células madre mesenquimales de origen autólogo reduce el riesgo de rechazo, con respecto a las de origen alogénico de donantes. Destacados científicos

consideran que las opciones de tratamiento con células madre crecen y contribuirán de manera significativa al tratamiento de enfermedades autoinmunes, daños neurológicos y enfermedades degenerativas como el infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

Conservar las células madre de sangre de cordón umbilical concede a los bebés de hoy mayores opciones de éxito en caso de necesitar en un futuro un trasplante celular. Vita 34, matriz de la española Secuvita, es hasta el momento el único banco de células madre, dentro de los países de habla alemana, que cuenta con la patente europea para almacenar sangre y tejido de cordón umbilical durante un largo período de tiempo para uso terapéutico.

Últimos avances

La matriz de Secuvita, Vita 34, cuenta ya con 150.000 muestras de células madre de cordón umbilical de 29 países en todo el mundo y suma 30 trasplantes realizados con éxito, datos que sitúan a este banco como el más grande y con mayor experiencia de Alemania y el segundo en Europa, al cumplirse sus primeros 20 años de actividad. Para celebrarlo, el

banco alemán organizó en su sede de Leipzig, Alemania, un simposio internacional con expertos de reconocimiento mundial, como la Dra. Joanne Kurtzbeig (en la foto junto al Dr. André Gerth, CEO

de Vita 34), de la Universidad de Duke, en Carolina del Norte; la Dra. Mandy Laube, del departamento de Neonatología del Hospital Universitario de Leipzig; o el Dr. Hagen Graf Einsiedel, director médico del departamento de Oncología y Hematología Pediátrica del Hospital Universitario

Las terapias con células madre de sangre de cordón umbilical muestran resultados muy prometedores en enfermedades para las que no existe tratamiento

de Leipzig, y al que acudieron un gran número de especialistas obstetras, hematólogos y oncólogos pediátricos.

En su intervención, la profesora Dra. Joanne Kurtzberg, pionera en la investigación y aplicación de células madre de sangre del cordón umbilical y especialista en trasplante pediátrico de médula ósea y de sangre de cordón umbilical, enfatizó en las ventajas de emplear sangre de cordón umbilical (SCU), entre las que se encuentra su tolerancia desde el punto de vista inmunológico y la posibilidad de trasplantarse sin necesidad de una estricta compatibilidad HLA. Expuso los últimos avances en terapia celular aplicada a daños cerebrales, destacando que las terapias que emplean las células madre de sangre de cordón umbilical muestran resultados muy prometedores en enfermedades para las cuales no existe ningún tratamiento en la actualidad, como la encefalopatía isquémica hipóxica (HIE), la parálisis cerebral y el autismo. Manifestó que los resultados, tras emplear células madre de origen autólogo en bebés y niños con estas enfermedades, indican eficacia y viabilidad para su aplicación clínica. Asimismo, comentó la seguridad en el uso de células madre de origen autólogo y la continuidad en la realización de estudios y ensayos clínicos sobre la eficacia de la utilización de células madre.

Por su parte, la Dra. Mandy Laube expuso que las células madre mesenquimales (MSC) son potencialmente terapéuticas en aquellas complicaciones pulmonares asociadas a nacimientos prematuros, al reducir la inflamación y la fibrosis pulmonar; mientras que el Dr. Hagen Graf Einsiedel comentó el caso de un niño que había sufrido parálisis cerebral y a quien se le realizó un trasplante autólogo



de sus células madre, habiéndose observado una notable mejoría en la actualidad.

150.000 muestras conservadas y 30 trasplantes

Fundado en 1997, el Grupo al que pertenece Secuvita es el primer banco privado y el de referencia en Europa con más experiencia en trasplantes, 30 en total -realiza 1 de cada 2 trasplantes con células madre de sangre de cordón conservada en bancos privados-. Presente en 29 países de Europa, América y Asia, su éxito se basa en el conocimiento y su especialización en la obtención, preparación y almacenamiento seguro y a largo plazo de sangre del cordón umbilical, conservando células madre a menos 180°C, que podrán ser utilizadas en tratamientos médicos con total garantía. En España más de

20.000 familias han confiado en la calidad, seguridad y garantía de los procedimientos de Secuvita.

Secuvita ofrece un amplio servicio, desde el asesoramiento con una completa información de expertos en la materia a los padres, pasando por la extracción de la sangre del cordón umbilical, su envío en las mejores condiciones al banco en Alemania, y su posterior criopreservación, pudiendo ser utilizada en cualquier momento en caso de aplicación terapéutica. Todo ello con el máximo rigor en sus estándares y el más alto compromiso de seguridad y calidad. Cabe destacar que el grupo alemán cuenta con los permisos y aprobaciones para la producción y entrega de preparaciones de células madre para uso terapéutico en cualquier parte del mundo, cumpliendo así con los estrictos requisitos de la ley alemana del medicamento (Arzneimittelgesetz - AMG) y de la legislación sanitaria española.

La alta calidad de las muestras conservadas llevó a la Oficina Europea de Patentes a conceder a la matriz de Secuvita la patente sobre el procesamiento y criopreservación del tejido del cordón umbilical y sus células madre gracias a su procedimiento único de preparación, aislamiento de células del tejido del cordón umbilical y conservación para fines terapéuticos. La matriz de Secuvita, Vita 34, forma parte del Top Ten Mundial de los mejores bancos de sangre de cordón, según el Instituto BioInformant, y tiene el galardón "Mejor Empresa Innovadora" en la 23ª edición de los Premios Top 100 de Alemania ■



En unos
siete años
la
genómica
se utilizará en la
atención
del **paciente**

Ignacio Hernández Medrano

Neurólogo del Hospital Ramón y Cajal y adjunto de Dirección Ejecutiva del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA

Ignacio Hernández Medrano

“En unos siete años la genómica se utilizará en la atención del paciente”

El neurólogo Ignacio Hernández Medrano está convencido de que en un plazo no superior a siete años la genómica llegará a todas las consultas, que no se hará un diagnóstico ni un tratamiento sin consultar el genoma de un paciente. Todo esto se logrará gracias a la Medicina exponencial, donde inteligencia artificial se pondrá al servicio de la Medicina y del paciente.

¿Qué es la Medicina exponencial?

Hay tecnologías que crecen de forma más o menos lineal o incremental; mejoran con el tiempo, pero de forma muy lenta. Pero hay otras más disruptivas o rompedoras que son aquellas que cuando nacen lo hacen de forma distinta, ya que al principio van muy lentas porque tienen que acomodarse, pero luego explotan.

¿Y cómo lo hacen?

De manera exponencial. De ahí su nombre. Un ejemplo claro es la telefonía móvil, el ordenador personal... y la genética va a ser otro ejemplo. Las tecnologías exponenciales se caracterizan porque cuando nacen están planas por un tiempo, dan la sensación de que van a fracasar, pero no lo hacen porque de repente se activan.

¿Durante cuánto tiempo están así?

Es variable, entre 15 y 25 años. Al principio nos reíamos de los primeros que empezaron a utilizar el teléfono móvil y ahora todo el mundo tiene uno.

¿Qué necesita la tecnología exponencial para ‘activarse’?

Un catalizador. Mire, para trabajar en la nube hizo falta el ADSL, para la fotografía digital hizo falta el JPG. Para que el genoma explote hace falta la secuenciación de

nueva generación con una caída del precio. Esto hará que en un par de años secuenciar el genoma cueste unos 60 euros y es cuando entraremos de lleno en la Medicina personalizada.

Entonces, ¿se ampliará su uso?

Sí, llegará a todas las especialidades. Oncología es la punta de lanza porque es más fácil secuenciar un cáncer concreto, ya que secuencias la célula que tiene el cáncer. Pero como vamos a tener una tecnología que permitirá secuenciar el genoma entero no va a haber ninguna enfermedad que potencialmente no se vaya a beneficiar de conocer cuáles van a ser las particularidades genéticas de un paciente y cómo te afectan los fármacos. Eso es la farmacogenética y está a punto de entrar en la fase exponencial.

¿La farmacogenética hará que se modifiquen los ensayos clínicos?

Completamente. Al secuenciar a las personas, ya no se dividirán a los pacientes que entren en un ensayo clínico en grupos epidemiológicos, se hará por grupos ómicos.

En el mundo ómico nada impide hacer grupos cada vez más específicos. Va a llegar un momento en que se haga un ensayo clínico sobre el individualoma.

Y, ¿cómo se materializa la seguridad de los ensayos?

Probablemente esos paradigmas van a cambiar, ya que se podrá disponer de información digital y modelizada que anticipará lo que va a pasar.

Esa información, ¿viene de la mano del Big Data?

Sí, lo que ocurre es que al generar tanto genoma, tanta secuenciación y tanto dato, llega un momento en que disponer de mucha información de algo que ha ocurrido permitirá anticipar qué pasará en el futuro. De hecho, esto es lo que se está haciendo en meteorología. Se dispone de tantos datos del pasado que las predicciones que antes solo llegaban a tres días ahora pueden llegar a dos semanas. Así, si se tiene un buen histórico de cómo se comportan los pacientes con determinadas mutaciones genéticas y con determinadas expresiones genéticas, se puede anticipar, hasta cierto punto, qué va a ocurrir.

Pero, ¿cómo se engrana esta generalidad en la individualidad de la Medicina personalizada?

Porque de cada paciente se tendrá su genoma y más datos que provienen por ejemplo del mundo de los sensores, de capturar el fenotipo con los *wearables*. Ahora se está en su primera generación, pero cuando se entre en la siguiente se capturarán aún más datos. Cuando se mapea eso contra el genoma de cada individuo, puedes decir a cada persona en función de su genoma, su

microbioma, su proteoma, su metaboloma y su hormona qué necesita en cada momento y puedes anticipar las enfermedades que desarrollará. Esto no es ciencia ficción.

¿Cuándo se podrá ver todo esto?

En unos cinco o siete años habrá giro muy general.

¿Llevará a un aumento de los costes?

Como cualquier inversión; sí, a corto plazo, pero se evita la enfermedad en su expresi-

Spiraxin®

(rifaximina- α)

sión, con lo cual se evitan las complicaciones, las cirugías, las hospitalizaciones...

¿Cómo se integran las nuevas tecnologías en este nuevo panorama?

En los últimos meses hemos visto que una inteligencia artificial era tan buena como los humanos diagnosticando cáncer, mediante el análisis de muestras de anatomía patológica y en el MIT se ha corroborado que una inteligencia artificial superaba a oftalmólogos viendo fondos de ojo para retinopatía diabética. Pero esto ya lo esperábamos. El estado de la inteligencia artificial en el procesamiento de imágenes ya está listo. Solo falta organización. No es un tema tecnológico.

Y, ¿están los profesionales formados para hacer uso de estos sistemas?

Las tecnologías van penetrando, pero no se ve cómo lo hacen. A día de hoy, el *software* que usan los radiólogos tienen muchos algoritmos inteligentes detrás. Ya muchas cosas se hacen de forma automática. La innovación tiene esto; que muchas cosas parecen absurdas en prospectiva y obvias en retrospectiva. Y esto acaba de llegar.

En este contexto, ¿dónde se queda la relación médico-paciente?

Ahora, un médico tiene que dedicar la mayor parte de su tiempo a hacer tareas repetitivas y sencillas, que se podrían automatizar. Por ejemplo, si eres un neumólogo ves neumonías. Si una máquina hace eso automáticamente, te liberas el 80 por ciento de tu tiempo para dedicarte a dos cosas: estudiar el caso difícil, el caso raro y a comunicarte con el paciente. Creo que esto va a rehumanizar la Medicina, puesto que las máquinas nos van a dejar tiempo para hacerlo. La Medicina se va a parecer al corrector de *office*. Te resalta fallos y luego el médico valida con un algoritmo que tiene detrás.

(Pasa a la página 82)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la 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 durante 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en caso de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y 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 µg. La Rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de la administración de carbón activo. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de Rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos o indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Spiraxin 200 mg comprimidos durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la Rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** En ensayos clínicos se ha notificado mareo y somnolencia, pero la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por Sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes ($\geq 1\%$ a $< 10\%$), Poco frecuentes ($\geq 0,1\%$ a $< 1\%$), Raras ($\geq 0,01\%$ 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 sinus, 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 faringolaringal, 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, hematoquecia, 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: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductivo y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: ardor esofágico, edema en cara, edema en laringe, presincope, síncope, hipersensibilidad, agitación, edema angioneurótico, purpura, 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. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC/PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A, Vía Enrico Fermi, 1 65020-Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/m:** 9,21 € **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2016

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidosis. **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.



Datos, datos y más datos

Savana, que trabaja ya en 35 hospitales, es la primera empresa que ha conseguido extraer el conocimiento de las historias clínicas leyendo texto libre y haciendo lingüística computacional. “Enseñamos el lenguaje humano médico. Nuestro algoritmo entiende por ejemplo que jaqueca es lo mismo que migraña y que el miedo al Alzheimer es distinto que tener Alzheimer. Podemos leer un texto clínico como esté de cualquier formato y extraer el texto plano”, explica Ignacio Hernández Medrano, quien añade que esto se hace con un modelo informático, mezclando el trabajo de matemáticos, informáticos y lingüistas computacionales, que son un tipo de filólogos que hace inteligencia artificial, con el procesamiento del lenguaje natural lo hemos especializado en leer historias clínicas. Las aplicaciones de ese proceso son varias. La primera es ver si en un grupo de pacientes se está haciendo la mejor práctica clínica posible y ver qué dice la evidencia al respecto. Se detectan los fallos y se eliminan.

Otra función es investigadora. Por ejemplo, se puede ver por qué los pacientes que tienen diabetes hacen cardiopatía isquémica. En un segundo un robot lee miles de historias clínicas y analiza los datos. La tercera función es prescriptiva, para médicos que no son especialistas y dudan de algo, consultan lo que han hecho otros especialistas en situaciones similares. En resumen, trabajan en tres ramas: asistencial, investigadora y gestora.

(Viene de la página 79)

¿Qué pasa con los falsos negativos?

Ahí está el médico validador, el filtro humano. Toda inteligencia artificial tiene más o menos un error del 15 por ciento. Nosotros vamos a estar validando y comunicando.

¿Cómo se traslada todo esto a la práctica clínica?

El sector sanitario es un sector muy maduro, donde las innovaciones verticales se adoptan muy bien, por ejemplo, un nuevo catéter, un nuevo bisturí, pero las innovaciones horizontales se adaptan muy mal. Por eso, estoy francamente preocupado.

¿Se va hacia una atención transversal?

Sí, afortunadamente. Todo va a cambiar, pero la transición es complicada. La presión por utilizar herramientas digitales llevará a ello, pero no vendrá de la mano de una decisión pensada, meditada y concienzuda desde arriba. Será la gente que utilice algoritmos de Big Data y de inteligencia artificial en la consulta.

¿Qué es el Big Data?

Hasta 2017 hemos acumulado una cantidad de datos que no podíamos imaginar. Generamos más datos de los que podemos entender y gestionar. Con esos datos se consigue que los ordenadores aprendan patrones. Ahora empiezan a ser “inteligentes”; una vez programados empiezan a ser enseñados. En realidad, lo interesante del Big Data no es el concepto, es la inteligencia artificial que se consigue con el Big Data que permite resolver problemas nuevos, que sean similares a los problemas previos. El Big Data consiste en ver correlaciones donde la mente humana no puede verlas.

¿Para qué le sirve el Big Data a un médico de familia?

Le voy a dar un ejemplo. Puedes tener un diabético ideal, que nunca reingresa ni

tiene vasculopatías y tiene su glucemia siempre en rango. Como disponemos de un histórico de los diabéticos, nos puede decir qué tienen en común los diabéticos que están así de bien. Y el algoritmo ofrece los datos comunes. A partir de eso, se puede ofrecer las recomendaciones ideales.

¿Cómo se hace la selección del Big Data?

A través de los profesionales, ya que tenemos la evidencia científica. Luego, tendremos algoritmos que serán capaces de leer la evidencia científica y resumirla. Aún no está listo, pero hay muchas empresas trabajando en ello. También está la captura de datos objetivos, como las constantes vitales, que es lo que se denomina el yo cuantificado y están las historias clínicas de los pacientes que tienen mucho conocimiento integrado.

En este contexto, uno de los principales obstáculos es la protección de datos, ¿cómo se puede manejar?

Hay técnicas estadísticas para no solo anonimizar la historia, sino que además se puede agregar estadísticamente la información. Ya no se ve un paciente concreto sino que se tiene un modelo de paciente. El Big Data es un libro dinámico. En España no hemos cogido el tren de la innovación digital en salud y tenemos el riesgo de perder nuestro puesto sanitario mundial.

¿Cómo ve el futuro a corto-medio plazo?

Si las cosas siguen así, en unos 7 años deberíamos utilizar la genómica como algo normal en los pacientes diarios. No se está haciendo en España, pero sí en Arabia Saudí, que se secuencian a todos los recién nacidos. En Estados Unidos hay un plan de Medicina personalizada que va a secuenciar a dos millones de personas y en Reino Unido hay plan en marcha *Genomics England* para secuenciar 100.000 ingleses y formar a todos sus médicos, Primaria y especializada, en genética. Aquí no hay nada. No podemos dejar pasar este tren ■



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 Estava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada