



Día Mundial de la Salud 2014

Pequeñas picaduras: grandes amenazas

Entrevistas

Antonio L. Andreu
Director del Instituto
de Salud Carlos III

José Manuel Aranda Lara
Director gerente del
Servicio Andaluz de Salud

Emilio Ignacio García
Presidente de la Sociedad
Española de Calidad
Asistencial

Alfredo Rodríguez-
Antigüedad
Presidente de la Sociedad
Española de Neurología

M^a Dolores Acón Royo
Gerente del Hospital
de Laredo

Foro de Expertos

Elena Andradas,
Subdirectora general de Promoción
de la Salud y Epidemiología,
Ministerio de Sanidad:
La Estrategia de Promoción de
la Salud y Prevención en el SNS



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97

Grandes amenazas

Las enfermedades transmitidas por vectores ha sido el tema escogido este año por la OMS para celebrar el “Día Mundial de la Salud 2014”. La campaña se centra en algunos de los principales vectores, en las enfermedades que transmiten y en las medidas que se deben adoptar para evitar su transmisión. Los vectores ponen en peligro la salud de la población y suponen un alto riesgo y un elevado coste social y humano. No en vano, las enfermedades vectoriales representan un 17 por ciento de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas.

Las campañas mundiales de salud pública son una gran oportunidad para aumentar la concienciación y los conocimientos sobre los problemas de salud y para movilizar apoyos en todos los ámbitos, desde el local hasta el internacional. La Organización Mundial de la Salud mediatiza gran parte de su potencial divulgador y de sensibilización social a partir de campañas de salud pública. Aparte de iniciativas puntuales, esta institución realiza anualmente ocho grandes campañas oficiales. Presta especial atención a los siete días y a la semana que los estados miembros de la OMS han designado como campañas mundiales de salud pública “oficiales”.



Decíamos en el número del mes pasado que el valor de la promoción de la salud y de la prevención se halla en la idea de anticiparse a las enfermedades y evitar su aparición, aunque no siempre se consigue este objetivo. Éste sin duda es un ejemplo de los más destacados.

Al Día Mundial de la Salud dedicamos el número de abril, pero la edición que el lector tiene en sus manos incluye interesantes entrevistas e importantes análisis de mano de grandes y destacados expertos. Así, contamos con un artículo de Elena Andradás, subdirectora general de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que analiza la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS; o el de Miguel Ángel Asenjo, ex director del Clinic de Barcelona y socio de honor de SEDISA, que aporta datos muy detallados sobre nuestro sistema sanitario y los de los países de nuestro entorno, entre otros temas de interés.

Además, en la sección de entrevistas contamos con relevantes personalidades del mundo político-sanitario y profesional. En esta edición han contestado a nuestras preguntas, entre otros, Antonio L. Andreu, director del Instituto de Salud Carlos III; José Manuel Aranda Lara, director gerente del Servicio Andaluz de Salud; Emilio Ignacio García, presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial; Alfredo Rodríguez-Antigüedad, presidente de la Sociedad Española de Neurología; o M^a Dolores Acón, gerente del Hospital de Laredo.

Junto a estos asuntos se incluyen otros reportajes y secciones que hacen un repaso a lo más destacado de la actualidad político-profesional y a los principales avances médicos. Asimismo, les recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa ■

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

**Día Mundial de la Salud 2014
Pequeñas picaduras:
grandes amenazas**
28



Las enfermedades transmitidas por vectores es el tema escogido este año por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para celebrar el "Día Mundial de la Salud 2014". La campaña se centra en algunos de los principales vectores, en las enfermedades que transmiten y en las medidas que se deben adoptar para protegernos de ellos.

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Entrevista a
José Manuel
Aranda Lara**

Director gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

62



ENTREVISTAS



**Antonio L.
Andreu**

Director del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (ISCIII)

36

**Emilio Ignacio
García**

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

42



**Alfredo
Rodríguez-
Antigüedad**

Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

48



FORO DE EXPERTOS

**ELENA
ANDRADAS**

Subdirectora general de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. MSSSI

10



**MIGUEL A.
ASENJO**

Profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB). Asesor científico del IL3-UB. Socio de honor de SEDISA. Ex director del Hospital Clínic de Barcelona

12



**LEOPOLDO PÉREZ
DE ISLA**

Jefe de la Unidad de Imagen Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Editor Asociado de Revista Española de Cardiología

22



**JOSÉ MANUEL
CORRAL**

Buildings Segments Manager de Schneider Electric

24



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

**Entrevista a
María Dolores Acón Royo**

Gerente del Hospital de Laredo

66



Especialistas en Sistema Nervioso Central



Lundbeck es la única multinacional farmacéutica a nivel mundial especialista en el tratamiento de patologías del Sistema Nervioso Central.

En Lundbeck, la búsqueda de nuevos fármacos para el futuro es el eje de todas nuestras actividades.

Nuestro objetivo es investigar y desarrollar fármacos que representen una innovación en el tratamiento de patologías psiquiátricas y neurológicas.

Y nuestra misión es Mejorar la Calidad de Vida de los Pacientes que sufren Enfermedades Psiquiátricas y Neurológicas.

RADIOGRAFÍA

Cuidados Intensivos, una Medicina que salva vidas



El 80 por ciento de los pacientes que entran en las Unidades de Cuidados Intensivos-UCI retornan a la sociedad en buenas condiciones de vida. En España tenemos una mortalidad intra-UCI que se sitúa en torno a un 20 por ciento y en las unidades de semicríticos oscila entre el 2 y 4 por ciento.

54

MEDICINA INDIVIDUALIZADA



Avanzando hacia la personalización de la Medicina

72

REPORTAJE

“Orgullosos de estar a la cabecera”, una nueva forma de reivindicar el papel de la Primaria

Médicos de Atención Primaria de la SEMG preparan diversas novedades para su XXI Congreso y como elemento clave, la campaña “Orgullosos de estar a la cabecera”, una iniciativa que pretende reavivar el espíritu de los médicos de familia en tiempos de crisis.

78

PERFILES SANITARIOS

María José Valcárcel

Jefa de la Unidad de Salud Laboral de RTVE

82



OTROS TEMAS

Presentación

3

Fue noticia

88

La instantánea médica

92

Próximo número

98

El Médico

EDITA:



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

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, Alejandro Blanco, Nerea Garay, Mónica de Haro. Agencia: Europa Press.

Otras secciones: *Derecho Sanitario*: ASJUSA-LETRAMED 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: 11 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 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2014. 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. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

La Fundación Española del Corazón recomienda tomar complementos de Omega-3 para ayudar a cuidar el corazón.

MegaRed es la nueva generación de complementos de Omega-3

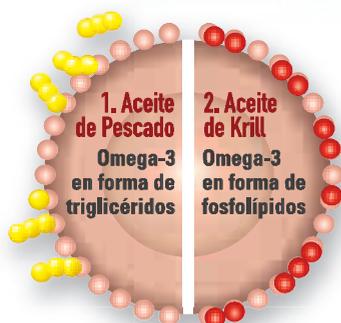
Nuevo

MegaRed



- ♥ 100% Aceite Puro de Krill
- ♥ 1 cápsula al día
- ♥ Único complemento reconocido por la Fundación Española del Corazón

El aceite de Krill, a diferencia del aceite de pescado:



Célula

♥ Rápida y eficaz absorción

El Omega-3 del aceite de Krill se presenta en forma de fosfolípidos, la misma estructura que la de nuestras membranas celulares. Los fosfolípidos del aceite de Krill son reconocidos y absorbidos fácilmente por nuestro cuerpo.

♥ No produce regusto a pescado:

El aceite de krill se disuelve en el estómago evitando regustos desagradables. Sin embargo el aceite de pescado se queda en la parte superior del estómago.

*Contiene EPA y DHA que contribuyen al normal funcionamiento del corazón. El efecto beneficioso para el corazón se obtiene con una ingesta diaria de 250 mg de EPA y DHA

Ayuda a cuidar el corazón*

• La mirad



Elena
Andradas Aragonés

a maestra de la actualidad



Miguel A.
Asenjo



Leopoldo
Pérez de Isla



José Manuel
Corral



La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)

Autor | Elena Andradás Aragonés. Subdirectora general de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libre de discapacidad, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y las Sociedades Científicas, ha elaborado la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)”. Esta iniciativa se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013.

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de una población. España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo (82,3 años en 2012); sin embargo, otros países de nuestro entorno nos aventajan en esperanza de vida con buena salud (en España 61,7 años en hombres y 59,4 en mujeres en 2011). Además, las condiciones crónicas de salud son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles en nuestro entorno y, en España, suponen el 89,2 por ciento del total de carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Estos problemas de salud tienen la particularidad de compartir determinantes y factores de riesgo, que pueden formar parte del estilo de vida de las personas y que se ven



Elena Andradás Aragonés

influenciados no solamente por lo que una persona hace, sino también por el entorno en el que vive. Abordarlos de forma conjunta e integradora mejorará tanto el impacto de las acciones como su eficiencia. Por ello, la Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS se caracteriza por su enfoque integral. Otras características fundamentales son el enfoque positivo de la ganancia en salud, el abordaje por entornos y el enfoque poblacional. Además, presenta una perspectiva de curso vital, reconociendo la importancia de la suma de los diferentes acontecimientos vitales en el estado de salud.

La Estrategia de Promoción de la Salud y

Prevención en el SNS propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a prevenir las enfermedades, lesiones y la discapacidad, con el objetivo global de aumentar en dos años la esperanza de vida en buena salud al nacer en España, para 2020.

Presenta un eje tridimensional de acción: por poblaciones, por entornos y por factores a abordar. Las poblaciones priorizadas para la intervención, en una primera fase, son la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años. Los factores que se abordan corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, actividad física, alimentación saludable, consu-

mo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales. En cuanto a los entornos de actuación, para la población menor de 15 años, se han identificado como entornos prioritarios de intervención, además del sanitario, el educativo y el comunitario. En la población mayor de 50 años se abordan el entorno sanitario y el comunitario.

Para la elaboración de esta Estrategia se ha empleado una metodología participativa que parte de la implicación de los sectores profesionales, así como de las administraciones sanitarias central y autonómica. Se ha partido de la identificación de buenas prácticas en promoción de la salud y prevención primaria implantadas en las comunidades autónomas que, tras un riguroso proceso de evaluación, priorización, integración y ordenación, en base a su importancia y factibilidad, ha permitido identificar las mejores prácticas disponibles a universalizar en todo el SNS.

Para el periodo 2014-2015, se ha priorizado la puesta en marcha de ciertas intervenciones. Por un lado, promover el consejo integral sobre estilos de vida saludable en Atención Primaria, vinculado a recursos comunitarios. Esta intervención se dirigirá tanto en la población adulta como a la infantil, el embarazo y la lactancia. Por otro lado, el cribado en Atención Primaria de fragilidad y deterioro funcional incipiente de la persona mayor, que desarrollará planes de intervención preventiva, en línea con los planes de actuación promovidos en el Partenariado de Innovación de Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA). Además, se plantea el desarrollo de programas de parentalidad positiva, para promover el bienestar emocional en la población infantil.

En esta Estrategia se avanzará, por tanto, en la intervención integral en prevención primaria y promoción de la salud, reforzando estas intervenciones en Atención Primaria con carácter integral y universal. También se promoverán las intervenciones comunitarias y su coordinación en los diferentes entornos (sanitario, social, educativo y comu-

nitario), siempre en base a los principios rectores de integridad, evidencia científica, cohesión, participación, evaluación, salud en todas las políticas y equidad.

Durante el proceso de implementación de la Estrategia están previstas diferentes acciones. Por un lado, se contempla la realización de una consulta pública sobre la Estrategia en el mes de marzo de 2014, con el objetivo de facilitar la participación de la ciudadanía y de los diversos sectores sociales en su revisión y mejora, a través de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/estrategiaPromocionYPrevencion.htm>). La consulta está focalizada en detectar aspectos esenciales para la etapa de implementación.

Por otro, se avanzará en el desarrollo operativo de las intervenciones priorizadas, profundizando en los aspectos comunes y replicables de las mejores prácticas identificadas, para facilitar la universalización de las mismas, además de promover la coordinación eficaz entre las estructuras de salud pública y Atención Primaria. Todo ello para garantizar la equidad en su implementación

Está previsto abordar un plan de capacitación profesional en metodología del cambio y educación en estilos de vida saludables, que se implementará como formación “on line”. También se contempla avanzar en la capacitación de la población a través del diseño de una plataforma web sobre estilos de vida saludables que tendrá en cuenta las necesidades de alfabetización en salud.

Otra línea fundamental de la fase de implementación es la generación de alianzas, que contempla, por ejemplo, un Plan de desarrollo local, con la realización de mapas

“on-line” que permiten identificar a nivel local los recursos comunitarios existentes para la promoción de la salud y prevención, como uno de los elementos clave. Asimismo, se está realizando un trabajo conjunto con el

entorno educativo, para reforzar las intervenciones de manera coordinada y universal en dos ámbitos concretos: por un lado la actividad física y la alimentación saludable, y por otro lado el bienestar y salud emocional. También se está desarrollando con el sector deportivo, entre otras líneas de actua-

ción, programas de formación en actividad física dirigidos a profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y comunitario. Finalmente, se trabajará con otros sectores, como urbanismo, transporte o medio ambiente, con el objetivo de que los entornos faciliten unos estilos de vida más saludables.

En definitiva, esta Estrategia es una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Supone un nuevo impulso en la reorientación del Sistema Nacional de Salud, que es una demanda de nuestro entorno y una recomendación reiterada por organismos internacionales como OMS y la Unión Europea.

La sociedad da un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta, coordinada e integrada de intervenciones efectivas y mantenida en el tiempo. Dentro del actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometido el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

Esta Estrategia se propone como un instrumento para lograr esta meta ■

En esta Estrategia se avanzará, por tanto, en la intervención integral en prevención primaria y promoción de la salud, reforzando estas intervenciones en Atención Primaria con carácter integral y universal



Un poco de paciencia. Datos para opinar, dialogar, negociar y decidir

Autor | Dr. Miguel A. Asenjo. Socio de honor de SEDISA. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Ex Director del hospital Clínic de Barcelona. Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña

La actual situación que padecemos de prolongada crisis económica recomienda recoger, exponer y analizar una amplia serie de datos que permitan reflexionar para fundamentar las opiniones en hechos que conformen las emociones causantes de las decisiones, muchas veces precipitadas, a menudo poco meditadas, casi siempre apasionadas y, por todo ello, frecuentemente equivocadas. Como es sabido, la salud considerada por la OMS como el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad, depende, en los países desarrollados, de cuatro determinantes: herencia genética, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario. Los tres primeros condicionan más del 80 por ciento de la salud y apenas incurren en el 12 por ciento de los gastos sanitarios. El estilo de vida, influido por el nivel cultural, determina más del 40 por ciento de la salud. Esa es la razón por la que los indicadores de salud no se han deteriorado, si se exceptúa los de satisfacción de algún colectivo, a pesar de la prolongada crisis económica. La enfermedad se debe a la relación nociva entre el individuo, medio ambiente, y agente patógeno. Por eso el modelo sanitario debe priorizar la promoción de la salud, continuar con la prevención de la enfermedad, seguir con la evitación de sus secuelas y añadir la docencia y la investigación^{1,2}.

Hemos expuesto en congresos y en la cátedra³, y publicado en artículos científicos, escrito, incluso en libros y monografías⁴, y practicado en la gestión directa de hospitales pequeños⁵, medianos⁶ y grandes⁷ a lo largo de 50 años de ejercicio profesional ininterrumpido tanto gestor, como docente e investigador que el modelo sanitario, incluido el hospitalario, en todos los países democráticos del mundo, necesita por encima de todo, diálogo constante entre los implicados ya que es el resultado de la conciliación de los intereses de los cuatro colectivos que lo conforman⁸, tal como aconseja el sentido común y evidencia la realidad, más allá de disquisiciones teóricas y complejas elucubraciones. Tal es así que The Economics llegó a identificar⁹ hasta 57 maneras diferentes de organizar la práctica asistencial. Los colectivos que deben dialogar son, agrupados, los cuatro siguientes: a) los ciudadanos; b) los suministradores de salud, fundamentalmente los médicos; c) los directivos y d) los propietarios ya sean políticos por ser servicios públicos o accionistas en el caso de los privados.



Miguel A. Asenjo

Los ciudadanos, posibles enfermos además de contribuyentes y votantes, son los dueños del sistema sanitario público y, a través de sus representantes, deciden qué normas regularán su organización, garantizarán sus derechos y marcarán sus obligaciones. Últimamente las numerosas manifestaciones en la calle, más o menos violentas, doblegan la voluntad de sus gobernantes, con el pretexto de que lo ejecutado es contrario a lo prometido o a sus propios intereses, de tal manera que el número de manifestaciones en la calle ha pasado, en España, de 9.131 en 2007 a 44.236 en 2012. Los intereses fundamentales de los ciudadanos enfermos son

los cuatro siguientes: recibir con seguridad y confianza la asistencia a la que tienen derecho; no esperar para recibirla en caso de necesitarla; ser informados al ser asistidos y no arruinarse para recibirla. También desean, si es posible, poder elegir médico y, en su caso, hospital. Dicha elección aumenta a medida que su desarrollo económico y cultural es mayor y la disfrutan los que actúan como clientes, que son los privados y asegurados en mutuas privadas. No ocurre así con los llamados usuarios con cobertura universal de carácter público que, en general, tienen derecho a usar pero no a elegir. Finalmente se consideran pacientes aque-

los que en el acto médico reciben un trato similar a: túmbese, cálese, desnúdese, haga lo que le decimos y quizás le curaremos y que afortunadamente cada vez son menos y en menos lugares. Era una asistencia paternalista que no es recomendable añorar y que algunos pocos pretenden mantener.

El interés fundamental del segundo grupo, el de los suministradores de salud en el que se incluyen los médicos, es el del reconocimiento social y económico, así como la participación en la planificación y gestión del sistema sanitario. Éstos son, y lo saben, imprescindibles y conviene no olvidarlo en beneficio, no de ellos, sino de los enfermos. Deben actuar como agente, es decir como persona de confianza tanto de los enfermos, como del equipo directivo, estableciéndose un círculo virtuoso entre el enfermo, el médico y el directivo, pues además, en el aspecto económico y en el curioso mercado sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga por lo que la ética profesional de los médicos es una virtud necesaria pero no suficiente para la correcta gestión sanitaria. Es evidente que el modelo no debe organizarse sólo para los médicos, pero es ilógico, poco inteligente e incluso inviable, hacerlo o parecer que se hace, con el desconocimiento de los médicos y peor aún contra su voluntad. Son, con los enfermos, los protagonistas del acto médico que es la razón de ser del sistema sanitario que debe basarse en la confianza y en la responsabilidad, entendida ésta como el acto de asumir las consecuencias de las propias decisiones. Los enfermeros, las casas comerciales del sector, los laboratorios farmacéuticos y otros varios colectivos son y pertenecen también a este grupo de los suministradores de salud y tienen sus propios intereses.

El tercer grupo que es el de los equipos directivos se ocupan, fundamentalmente, de la eficiencia para lo que intentan obtener el máximo rendimiento de los medios disponibles. Conseguir más con menos

El gasto sanitario medio en España es de 1.255 euros, siendo los valencianos con 974 los que menos gastan y los vascos con 1.557 los que más



es la consigna actual y como ahora somos pobres tenemos que pensar sin olvidar que la palabra convence pero el ejemplo arrastra. El fundamental activo del sistema sanitario es el personal y especialmente los profesionales sanitarios de cuya capacidad y motivación depende el resultado, máxime al considerar que el sistema sanitario es el de mayor interacción social. Todo lo hacen personas para personas. El equipo directivo ha de desarrollar, también, una

función de agencia estableciendo relaciones de confianza entre médicos y propietarios. Entre sus obligaciones están las de cuantificar los gastos fijos y los variables, el umbral de rentabilidad de los servicios y de la institución, el valor añadido, la capacidad o eficacia del sistema así como la eficiencia, exigir el cumplimiento de la equidad que se logra al aplicar a la misma necesidad similar recurso, fijar los niveles de calidad, tanto técnica como percibida, seleccionar al personal, evaluarlo y motivarlo pues es sabido que mejora lo que se mide, evalúa y reconoce y es evidente que las personas actúan conforme a como son evaluadas.

Finalmente el cuarto grupo es, y no el



menos influyente, el de los propietarios del sistema que son políticos en las instituciones públicas y garantes del cumplimiento de las normas y son accionistas en los privados que, como es obvio, procuran obtener el mayor rendimiento posible a su inversión económica. Un matiz muy importante es que la institución privada gasta lo que cobra, mientras que la pública cobra lo que gasta. La evaluación del directivo de la institución privada es muy fácil, se encuentra en la última línea de la cuenta de resultados donde aparece la cifra que indica la diferencia entre gastos e ingresos. La del que gestiona servicios públicos es la subjetiva voluntad de quien le nombró o de quien sustituye a éste.

Para facilitar la conciliación de los intereses expuestos es imprescindible utilizar datos que permitan una planificación profesional, expresada en números, para los siguientes cinco conceptos: 1º qué necesita, exactamente, el modelo sanitario tanto en medios materiales, como personales, arquitectónicos, organizativos y normativos para cumplir correctamente sus obligaciones 2º.- Saber, concretamente, qué se puede hacer con lo que ya dispone, 3º.- a qué precio debe realizarse, 4º.- para quiénes se realizará y 5º.- con qué nivel de calidad, que es tanto como conocer científica y respectivamente, la: necesidad, eficacia, eficiencia, equidad y calidad del modelo sanitario. Para ello se pueden emplear fórmulas y operaciones matemáticas sencillas, disponibles y conocidas^{10,11}. Dicha planificación necesita información consistente en conocer los datos; conocimiento que es saber relacionar los datos y sabiduría que es ejecutar los datos adecuadamente¹².

Material y método

Se han recogido datos correspondientes de: a) España, b) Europa de los 27 (UE) y c) siete países relevantes del mundo por diversos motivos, miembros de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Se ha procedido a ordenarlos

en seis tablas: las dos primeras corresponden a datos de España del año 2012. Las tres siguientes recogen datos de la UE de 2012. La tabla final corresponde a datos del período 1980-2011 de los siete países relevantes: seis de Europa y el séptimo es Estados Unidos de Norteamérica.

En España se han recogido, para cada una de sus 17 Comunidades Autónomas (CCAA), datos de diversas publicaciones^{13,14} especialmente los contenidos en las páginas de Economía de La Vanguardia lo largo de 2013, y se han agru-

pado y ordenado según su población, presupuesto del gasto público, gasto global por persona, el gasto sanitario por persona, gasto en educación por persona, la suma de ambos gastos considerado como gasto social, el porcentaje del gasto social sobre el gasto total, el número de: funcionarios, de personas por funcionario, de parlamentarios y de habitantes por parlamentario, gastos en televisión propia, número de consejeros (equivalentes a ministros del gobierno central), aportación fiscal, retorno de esa aportación, saldo resultante y porcentaje de paro.

En la UE se ha analizado el amplio informe Health at Glance Europe 2012 de la OECD¹⁵ dado a conocer por la European Commission en 2013 y del que se han tomado y ordenado los siguientes parámetros: camas hospitalarias, frecuentación hospitalaria, promedio de estancia, visitas médicas por habitante y año, gasto sanitario por paciente y año y su porcentaje sobre su producto interior bruto (PIB), gasto farmacéutico por persona y año y su porcentaje sobre el PIB, esperanza de vida, mortalidad por mil habitantes, médicos por mil habitantes y enfermeros por mil habitantes. Se han ordenado para los tres países con los parámetros más altos, la media europea y la de España y los tres con los parámetros más bajos.

En el mundo y para siete países de la OCDE, se han tomado del Gráfico Interacti-

vo/Multimedia del período 1980-2011 del N Eng. J Med de enero de 2014¹⁶ la renta, el gasto sanitario público y el gasto sanitario total de los años 1980 y 2011 de España y de sus dos países vecinos: Francia y Portugal y cuatro de los más significativos del mundo: Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos de Norteamérica y Suecia. Se ha calculado y expuesto, además, sus variaciones en dicho período.

Resultados

Los resultados de las CCAA de España se exponen en las Tablas 1 y 2, los de la UE están en la 3, 4 y 5 y los de los siete países de la OCDE en la 6.

Discusión

En la Tabla 1 se observa que en España existen 17 Comunidades Autónomas (CCAA) cuya población media es de 2.765.922 habitantes con extremos que van desde más de ocho millones a menos de medio millón. Andalucía con 8.424.102 es la mayor, seguida por Cataluña que cuenta con 7.539.618, Madrid 6.480.680 y la Comunidad Valenciana 5.117.190 habitantes. Estas cuatro Comunidades, suman 21.729.590 habitantes, que representa el 46,21 por ciento de la población española. En el otro extremo está la Rioja con 322.995 habitantes, seguida por Cantabria con 593.121, Navarra con 642.051 y Asturias con 1.081.487 con un total de 2.639.654 habitantes equivalentes al 6,5 por ciento de la población que es 8,23 veces menor que las cuatro anteriores.

El presupuesto público de gastos e ingresos oscila entre un máximo de 30.216 millones de euros de Cataluña y 1.258 de la Rioja. La suma del presupuesto de las cuatro más pobladas, con el 46,21 por ciento de la población, representa el 56,66 por ciento del gasto y el de las menos pobladas con el 6,5 por ciento de población gasta el 7,57 por ciento del total. Cuando el gasto se refiere a cada persona la media es de 3.806 euros y la variación va desde 6.512 en Navarra a 2.896 en Madrid con una relación de 2,25/1. El País Vasco sigue a Navarra por arriba, con 4.829 euros por persona y año.

Tabla 1. Población, presupuesto, gasto por: persona, sanitario, educativo, suma de ambos y porcentaje de éstos sobre gasto total de la Comunidades Autónomas (CCAA) en 2012

COMUNIDAD	Población	Presupuesto en miles	Gasto P por pers.	G.sanit/ pers.	G.edu/ pers	Gasto soc. S	Pcje. S/P
Andalucía	8.424.102	27.748	3.294	1.174	1.110	2.284	69
Aragón	1.346.293	4.850	3.602	1.371	1.080	2.451	68
Asturias	1.081.487	4.327	4.000	1.495	1.010	2.505	63
Baleares	1.113.114	3.395	3.050	1.066	1.150	2.216	73
Canarias	2.126.769	7.014	3.298	1.161	1.050	2.211	67
Cantabria	593.121	2.398	4.043	1.230	1.230	2.460	61
Castilla La Mancha	2.115.334	7.879	4.000	1.283	1.330	2.613	65
Castilla y León	2.558.463	8.994	3.515	1.353	1.110	2.463	70
Cataluña	7.539.618	30.216	4.008	1.128	1.290	2.418	60
Comun. de Valencia	5.117.190	14.120	3.000	974	890	1.864	62
Extremadura	1.109.367	4.647	4.000	1.334	1.240	2.574	64
Galicia	2.795.420	9.658	3.455	1.262	1.170	2.432	70
La Rioja	322.995	1.258	3.895	1.298	960	2.258	58
Madrid	6.480.680	18.768	2.896	1.014	870	1.884	65
Murcia	1.470.069	4.859	3.305	1.219	1.060	2.279	69
Navarra	642.051	4.181	6.512	1.424	1.460	2.884	44
País Vasco	2.184.606	10.551	4.829	1.557	1.390	2.947	61
Totales	47.020.679	160.498	3.806*	1.255*	1.141*	2.396*	64*

*Media aritmética sobre 17 Comunidades.

Máximo Mínimo

Fuente. Elaboración propia

A Madrid, por abajo, la sigue la Comunidad Valenciana con 3.000 euros por persona y año. Como contribuyentes, a los españoles les conviene la Comunidad de Madrid seguida de la Valenciana y como perceptores la de Navarra, seguida de la del País Vasco. Cada uno de los primeros cuesta menos de 3.000 euros por persona y año y los segundos perciben más de 5.200 que, es el 173,3 por ciento mayor. El gasto sanitario medio es de 1.255 euros siendo los valencianos con 974 los que menos gastan y los vascos con 1.557 los que más que es el 160 por ciento superior. Siguen a los vascos los navarros por arriba y a los valencianos, por abajo, los madrileños. No está demostrado que los madrileños y valencianos tengan peor salud que navarros y vascos, ni instituciones menos complejas y especializadas a pesar de que gastan solamente un poco más de la mitad que ellos. El gasto medio en educación es de 1.141 por persona y año y así como los madrileños gastan 870 los navarros llegan a 1.460 euros que es un 168 por ciento superior. Por abajo los valencianos siguen a los madrileños y por arriba los vascos a los navarros. Según la evaluación

Tabla 2. Número de funcionario, población por funcionario, parlamentarios, habitantes por parl., gastos TV, consejeros, defensor del pueblo, aportación fiscal recepción, saldo y porcentaje de paro de las CCAA de España (2012)

COMUNIDAD	Funcio	Pobl./func	Parlam.	Hab/par	G.TV (mill)	Consej	Def. Pblo	Ap. Fiscal Base 100	Repción Base 100	Saldo	Porcent Paro
Andalucía	253.914	33	109	77.285	219	13	si	81	94,5	13,5	35,42
Aragón	43.926	31	67	20.094	52	9	si	115	113	-0,6	18,75
Asturias	36.318	30	45	24.033	32	9	si	105,2	112,9	7,7	21,84
Baleares	30.822	36	59	18.866	55,3	7	no	122,9	99,8	-23,1	19,47
Canarias	62.019	34	60	35.446	37	8	si	42,1	88,6	46,5	33,63
Cantabria	20.000	30	39	15.208	no	8	no	114	122,8	-0,6	15,71
Castilla La Mancha	68.673	31	49	43.170	37	7	no	86,6	104,4	17,8	27,97
Castilla y León	87.604	29	84	30.458	no	9	si	101,2	117,1	15,9	19,14
Cataluña	165.603	46	135	55.849	379	10	si	118,5	98,9	-19,6	25,56
Comun. de Valencia	127.298	40	99	51.689	154	10	si	93,9	93,5	-0,4	28,1
Extremadura	46.674	24	65	17.067	30	7	no	76,4	119,4	43	32,66
Galicia	88.842	31	75	37.272	117	8	si	90,5	111,6	21,1	20,13
La Rioja	10.509	31	33	9.788	no	7	si	102,3	117,6	14,7	20,33
Madrid	160.084	40	129	50.238	169	8	no	133,3	94,4	-38,9	18,56
Murcia	52.734	28	45	32.668	26,4	8	si	84	93,1	9,1	28,81
Navarra	23.815	27	50	12.841	no	8	si	NS/NC	NS/NC	NS/NC	14,95
País Vasco	66.167	33	75	29.128	166	10	si	NS/NC	NS/NC	NS/NC	15,48
Totales	1.345.002	33*	1218	38.605	1472,8	146					

Favorable Desfavorable

Fuente. Elaboración propia



docente Pisa, los madrileños son los mejores. Los favorables resultados asistenciales y docentes, con gasto muy inferior, no debe sorprender si se tiene en cuenta que en educación la responsabilidad del alumno y el sentido del deber del profesor lo hacen casi todo y que en la esperanza de vida influye cuatro veces más el estilo de vida que consume el 1,5 por ciento de gasto sanitario que el sistema sanitario que consume más del 80 por ciento de los recursos. Si al gasto sanitario se suman el de educación resulta el que he denominado gasto social cuyo promedio de gasto de las CCAA es de 2.396 euros por persona y año y oscila entre un máximo de 2.947 en el País

Vasco y un mínimo de 1.864 euros en la Comunidad Valenciana equivalente al 63,25 por ciento del anterior. En conjunto la media del gasto social es del 64 por ciento del gasto total pero resulta que a Navarra que gasta 2.884 euros por persona y año, la segunda que más gasta, solamente la representa el 44 por ciento del gasto, mientras que Baleares que gasta 2.216 euros, 668 euros menos, y está por debajo del promedio nacional, la representa el 73 por ciento de su presupuesto de gastos total. Dicho de otra manera Baleares dispone solamente del 27 por ciento de sus gastos para otras obligaciones que no sean sanidad y educación pero Navarra que es la que más gasta, sumados ambos conceptos, solamente la representa el 44 por ciento y, en consecuencia, para otras necesidades dispone del 56 por ciento del gasto, que es más del doble que lo que dispone Baleares; Cataluña dispone del 40 por ciento para dichas obligaciones, la Rioja del 42 por ciento y el País Vasco del 39 por ciento. Una deducción simple con visión de contribuyente sería que si cada español gastase como un madrileño con 136.170 millones de euros sería suficiente para todas las CCAA juntas pero si lo hiciera como un navarro se necesitarían 306.194 millones, que es más del doble. Como receptor es justo todo lo contrario. Es verdad que Navarra y el País Vasco in-

cluyen en los gastos su policía y su agencia tributaria y Cataluña su policía. Póngase cada uno en el lugar que considere oportuno pues nadie se siente rico o pobre, sino más rico o más pobre que otro, de tal manera que sentirte rico resulta muy fácil basta con buscarte amigos más pobres.

La Tabla 2 muestra que las CCAA españolas disponen de 1.345.002 funcionarios con un máximo de 253.914 en Andalucía y un mínimo de 10.510 en la Rioja. Referidos a la población, como media, hay un funcionario por cada 33 personas, ascendiendo a 46 personas en Cataluña mientras que en Extremadura desciende a 24 que es la

mitad, en Navarra cada 27 y en Murcia cada 28. El número de parlamentarios es de 1.218 y mientras que en Cataluña hay 135 parlamentarios, en Madrid 129, en Andalucía 109, en Cantabria 39 y en La Rioja 33. Respecto a la población, de promedio, hay un parlamentario por cada 38.605 personas, pero en la Rioja hay uno por cada 9.788 habitantes y en Andalucía por cada 77.285, casi 8 veces más (7,90). Navarra se aproxima a la Rioja con uno por cada 12.481 habitantes. Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana están muy parejos con alrededor de 50.000 habitantes por cada parlamentario. En televisión se gastan 1.472,8 millones de euros anuales de los que Cataluña con 379 es la Comunidad que más gasta con gran diferencia y la sigue Andalucía con 219. La que menos Murcia con 26,6. Cuatro CCAA no tienen televisión autonómica. Cataluña gasta en TV más de 14 veces más que la Comunidad de Murcia. El número de consejeros, equivalentes a ministros en el Gobierno Central, es de 146 con un máximo de 13 en Andalucía y un mínimo de 7 en Baleares, Castilla la Mancha, Extremadura y La Rioja. Defensor del pueblo tienen 12 y 5 no han creado dicha institución. La Comunidad que más aporta fiscalmente al conjunto es Madrid, que en base 100, llega a 133,3 y la siguen Baleares 122,9 y Cataluña 118,5. Las que menos son Canarias con 42,1 a la

que sigue Extremadura con 76,4 y Andalucía con 81. La que más recibe, también en base 100, es Cantabria con 122,8 y la siguen de cerca Extremadura con 119,4 La Rioja con 117,6 y Castilla y León con 117,1. El saldo más favorable es para Canarias con 46,5 y la siguen Galicia con 21,1 y Castilla la Mancha con 17,8. El peor es el de Madrid con -38,9 a la que siguen Baleares con -23,1 y Cataluña con -19,6. Navarra y el País Vasco, con régimen foral, no son comparables. El porcentaje de paro máximo está en Andalucía con 35,42 por ciento, seguida de Canarias con 33,63 y Extremadura con 32,66 por ciento; en el extremo contrario se sitúan Navarra con el 14,95 País Vasco con el 15,48 y Cantabria con el 15,7 por ciento. Madrid, Aragón y Baleares no llegan al 20 por ciento pues tienen el 18,56 por ciento el 18,75 por ciento y el 19,47 por ciento respectivamente.

No figura en las tablas datos relacionados con el fraude publicados muy recientemente¹⁷ y que de promedio es del 24,6 por ciento del PIB, con máximos para Extremadura del 31,1 por ciento a la que sigue Andalucía con el 29,2 por ciento y Castilla La Mancha con 29,1 por ciento y mínimos para Madrid que alcanza el 17,3 por ciento, Cantabria con el 22,0 por ciento y Aragón con el 24,1 por ciento. Cataluña coincide exactamente con la media española en su conjunto (24,6 por ciento).

En la Tabla 3 se observa que si las diferencias entre CCAA de España son considerables aún lo son mucho más las existentes entre las naciones que conforman la UE. En dicha tabla se observa que mientras Alemania dispone de 8,3 camas hospitalarias por mil habitantes que es la máxima, en el otro extremo se sitúa Suecia que tiene 2,7. España con 3,2 está por debajo de la media que es de 5,3. El número de ingresos hospitalarios por mil habitantes y año que es la frecuentación hospitalaria y que está influido por trece factores^{18,19} oscila desde un máximo de 261 en Austria a un mínimo de 80 en Chipre. España con 102, precede a Chipre y está muy por debajo de la media europea que es de 176. El promedio de estancia hospitalaria, especialmente significativo en la eficiencia hospitalaria, que está influido

Tabla 3. Diversos parámetros de los tres países que los tienen más altos, la media europea y España y los tres que los tienen más bajos de la Europa de los 27 (2012)

	Países máximos	Media UE 27	Países mínimos
Parámetros Camas hosp. X 1.000 h.	Alemania 8,3 Austria 7,6 Hungría 7,2	5,3 España 3,2	Suecia 2,7 Reino Unido 3 Irlanda 3,1
Frecuentación x 1.000 h.	Austria 261 Bulgaria 254 Alemania 240	176	Chipre 80 España 102 Portugal 112
Promedio de est. en días	Finlandia 11,6 Alemania 9,5 Bélgica 8,1	6,9 España 6,8	Dinamarca 4,6 Hungría 5,1 Suecia 5,7
Visitas médicas/hab./año	Hungría 11,7 Eslovaquia 11,3 Chequia 11	6,3 España 7,5	Chipre 2,1 Suecia 2,9 Malta 2,9

Fuente. Elaboración propia con datos de Health at a Glance: Europe 2012 OECD 2012. European Commission

Tabla 4. Diversos parámetros de los tres países que los tienen más altos, la media europea y España y los tres que los tienen más bajos de la Europa de los 27 (2012)

Parámetros	Máximos	Media	Mínimos
Gasto sant./pers/año en €	Holanda 3.890 Luxemburgo 3.607 Dinamarca 3.439	2.171 España 2.345	Rumanía 677 Bulgaria 745 Letonia 821
Porcentaje sobre PIB	Holanda 12 Francia 12 Alemania 12	9 España 9,6	Rumanía 6 Estonia 6.3 Letoia 6.8
Gasto farm./pers./año	Irlanda 528 Alemania 492 Bélgica 479	349 España 399	Rumanía 164 Letonia 176 Estonia 210
Porcentaje sobre PIB	Bulgaria 3 Hungría 3 Eslovaquia 2	1,6 España 1,8	Luxemburgo 0,6 Dinamarca 0,8 Reino Unido 1

Fuente. Elaboración propia con datos de Health at a Glance: Europe 2012 OECD 2012. European Commission

por 23 factores²⁰ y que hemos controlado y reducido constantemente en el hospital Clínic de Barcelona desde 1972 gracias a la responsabilidad y formación en gestión de sus profesionales sanitarios, oscila entre 11,6 días que tiene Finlandia a un mínimo de 4,6 de Dinamarca, la más baja de Europa. España con 6,8 está un poco por debajo de la media europea que es de 6,9. El número de visitas médicas por habitante y año

es máximo en Hungría con 11,7 y mínimo en Chipre que es de 2,1. España está, con 7,5 visitas, algo por encima de la media que es de 6,3. Se deduce del análisis de dicha tabla que las diferencias entre naciones son enormes y se sabe que de los trece factores que influyen en la frecuentación los cuatro fundamentales son: la disponibilidad de camas, la edad de la población el sistema de pago y la organización de la asistencia

primaria. De los 23 factores que actúan sobre la estancia media: diez la aumentan, ocho la reducen y cinco tienen efectos variables.

En la Tabla 4 se observa que el gasto sanitario por persona y año en la UE es máximo en Holanda con 3.890 euros y mínimo en Rumanía con 677 que equivale a 5,75 veces menos. España gasta 2.345 un poco por encima de la media europea que es de 2.171. En relación a este parámetro merece la pena destacar que en un reciente editorial²¹ de la revista de una asociación de establecimientos sanitarios privados se escribe (traduzco del catalán) que “un economista de los más reputados del mundo..... vuelve de nuevo con extrema valentía a situar la reforma del sistema público de salud en el centro del debate social, económico y político. Y parece insinuar que nos corresponde ahora y hoy, mirando al mañana, fijarnos más en Holanda que en el Reino Unido. Y mira por donde esta es la tesis defendida hace años por ACES”. Del citado economista, amigo y compañero institucional, en otro aspecto muy candente en Cataluña y España discrepa Josep Borrell²² del que escribe textualmente “algún ilustre economista nos dice la barbaridad de que da igual la pertenencia (se refiere a Cataluña a la UE) porque en la práctica seguiríamos teniendo las mismas ventajas que si fuéramos miembros. En el euro, el mercado interior, con acceso a la liquidez del BCE. Le han desmentido el Banco de España y el propio BCE”.

Al relacionar el gasto sanitario con el PIB resulta que los tres que lo tienen más alto, y que llega al 12 por ciento son Holanda, Francia y Alemania y los tres se financian por el sistema llamado de seguros sociales, denominado tipo Bismark y no por el de impuestos denominado tipo Beveridge. España con un gasto del 9,6 por ciento del PIB y financiación por impuestos está por encima de la media europea que es del 9 por ciento. El gasto farmacéutico por persona y año llega a 528 euros en Irlanda delante de Alemania que gasta 492. España gasta 399 algo por encima de la media que es de 349. Rumanía es la de menor gasto con 164 euros por persona y año. Cuando se relaciona con el PIB Bul-



garia llega al 3 por ciento mientras que Luxemburgo se queda en el 0,6 por ciento si bien la renta de Luxemburgo es de más de 75.000 euros por persona y año y la de Bulgaria apenas supera los 5.000. España gasta el 1,8 por ciento de su PIB, dos décimas por encima de la media europea que es del 1,6.

En la tabla 5 se observan los parámetros de la UE correspondientes a la esperanza de vida, la mortalidad, el número de médicos y el número de enfermeras de los tres países que los tienen más altos, más bajos y la media europea. En esperanza de vida de las

mujeres la mejor es Francia con 85 años, seguida de España con 84,9 la peor Bulgaria con 77,3 y la media es de 81,7. En mortalidad por mil habitantes la peor es Bulgaria con 9,7 y la mejor España con 4,88 siendo la media de 6,63. La que más médicos tiene por mil habitantes es Grecia con 6,1 y la que menos Polonia con 2,2. España con 3,8 está por encima de la media que es de 3,4. En cuanto a enfermeros Dinamarca tiene 15,4 por mil habitantes seguida muy de cerca por Bélgica con 15,1 mientras que Grecia que es la de mayor tasa de médicos es, sorprendentemente, la de menor tasa de enfermeros con 3,3 por mil habitantes. España

tiene 4,9 que está muy por debajo de la media que es de 7,9 y, además, muchos de ellos están en el paro o con empleo precario.

Posteriormente se ha informado de la percepción de la corrupción²³ en la UE. En España se percibe como el tercer país más corrupto porque el 95 por ciento de las respuestas de sus habitantes así lo atestiguan, detrás de Italia que es el segundo con el 97 por ciento y de Grecia que ocupa el primer lugar con el 99 por ciento de respuestas positivas. En el extremo opuesto está Dinamarca con el 20 por ciento a la que preceden Finlandia con el 29 por ciento y Luxemburgo con el 42 por ciento. La media europea es del 76 por ciento.

Finalmente la tabla 6 permite constatar que la renta de España y Portugal, en el período 1980-2011 ha crecido en idéntica proporción y se ha multiplicado por 4,7 la del Reino Unido por 4,3 Dinamarca 4,1 Estados Unidos 3,9 Francia 3,8 y Suecia 3,7. El gasto sanitario público que más ha crecido es el de Portugal que se ha multiplicado por 9,6 seguido de Estados Unidos que lo ha hecho por 8,8 España 7,8 Reino Unido 6,7 Francia 6,4 Dinamarca 4,9 y Suecia 3,5. Todos ellos han crecido muy por encima de la renta excepto Suecia que lo ha hecho 0,2 por debajo. Donde más ha crecido el gasto sanitario total, proporcionalmente, ha sido en Portugal que se ha multiplicado por 9,5 seguido por España 8,5 Estados Unidos 7,4 Reino Unido 7,3 Francia 6,2 Dinamarca 5,0 y Suecia 3,9. Llama la atención el escaso creci-

Tabla 5. Diversos parámetros de los tres países que los tienen más altos, la media europea y España y los tres que los tienen más bajos de la Europa de los 27 (2012)

Parámetros	Países máximos	Años	Media UE 27	Países máximos	Años	
Esperanza de vida (mujeres)	Francia	85	81,7	Bulgaria	77,3	
	España	84,9		Rumanía	77,3	
	Italia	84,6		Letonia	78,1	
Mortalidad x 1.000 h.	Bulgaria	9,7	6,63	España	4,88	
	Lituania	9,64		Italia	4,96	
	Rumanía	9,7		Francia	5,1	
Médicos x 1.000 h.	Grecia	6,1	3,4	Polonia	2,2	
	Austria	4,8		España 3,8	Rumanía	2,2
	Portugal	3,8		Eslovenia	2,4	
Enfermeras x 1.000 h.	Dinamarca	15,4	7,9	Grecia	3,3	
	Bélgica	15,1		Bulgria	4,2	
	Irlanda	13,1		Letona	4,7	

Fuente. Elaboración propia con datos de Health at a Glance: Europe 2012 OECD 2012. European Commission

Tabla 6. Renta, gasto sanitario público y gasto sanitario total de los países vecinos de España y de otros países significativos de la OECD (1980-2011)

País	Renta		Aumento período	Gasto sanitario público		Aumento período	Gasto sanitario público		Aumento período
	1980	2011		1980	2011		1980	2011	
España	6.829	32.087	x4,7	89	2.244	x7,8	362	3.072	x8,5
Francia	9.466	35.666	x3,8	533	3.161	x6,4	665	4.118	x6,2
Portugal	5.399	25.586	x4,7	178	1.703	x9,6	276	2.619	x9,5
Dinamarca	9.946	40.433	x4,1	781	3.795	x4,9	890	4.448	x5,0
Reino Unido	8.367	35.586	x4,3	417	2.821	x6,7	467	3.405	x7,3
Estados Unidos	2.180	48.113	x3,9	452	3.985	x8,8	1.102	8.175	x7,4
Suecia	10.554	39.257	x3,7	870	3.029	x3,5	941	3.717	x3,9

Fuente. Elaboración propia con datos de M. B. Rosenthal and L. E. Smith. Interactive Perspective Health Care Spending by High-Income Countries, 1980-2011 N Engl J Med 2014; 370:e7 Interactive/Multimedia

miento comparativo de Suecia en los tres aspectos analizados, el relativamente bajo de Dinamarca y el muy alto crecimiento del gasto sanitario en relación al crecimiento de la renta del resto de los países. Destaca Portugal seguido muy de cerca por España. Se puede deducir que el gasto sanitario privado (diferencia entre el aumento del total y el público) ha crecido en España, multiplicándose por 0,7 Reino Unido 0,6 Suecia 0,4 y Dinamarca 0,1 y ha disminuido en Estados Unidos 1,4 Francia 0,2 y Portugal 0,1. En cifras absolutas el orden decreciente del gasto sanitario total es el siguiente: Estados Unidos que casi dobla al siguiente que es Dinamarca y a continuación: Francia, Suecia, Reino Unido, España y Portugal. La esperanza de vida de estos países en orden decreciente y el orden de gasto sanitario total es: España, cuya esperanza de vida es de 82,3 años y en el orden de gasto sanitario total ocupa el 6º lugar ; Suecia 81,80 y 4º; Francia 81,67 y 3º; Portugal 80,72 y 7º; Reino Unido 80,40 y 5º; Dinamarca 79,80 y 2º y en último lugar Estados Unidos con 78,80 años de esperanza de vida y 1º en gasto sanitario con 8.175 euros por individuo y año, casi el triple que España, con 3,50 años menos de esperanza de vida.

Conclusiones

Primera.- Existen importantes diferencias cuantitativas entre la población de las 17 CCAA con una relación extrema de 26/1. Las cuatro más pobladas representan el 46,21 por ciento de la población y las cuatro menos pobladas el 6,50 por ciento con una relación entre ambos grupos de 8,23/1.

Segunda.- Las diferencias económicas son notables. La relación máxima del presupuesto público de gastos es de 24/1. Las cuatro CCAA más pobladas incurren en el 56,66 por ciento del gasto. Per cápita el promedio del gasto público es de 3.806 euros y la relación entre la que más gasta y la que menos, en base 100, es de 225; el gasto sanitario público que es de 1.255 per cápita tiene una relación máxima, en base 100, de 128. En educación el gasto público medio es de 1.141 y una relación máxima, en base 100, de 170. El promedio de la suma de ambos conceptos es de 2.396, con una rela-



ción máxima, en base 100, de 165, con extremos situados entre el 73 y el 44 por ciento del gasto total.

Tercera.- Otras diferencias considerables de las CCAA se refieren a la de funcionarios que con un promedio de 33 personas por funcionario existe una relación máxima, en base 100, de 192. Por cada parlamentario existe un promedio de 38.605 personas y una relación máxima, en base 100, de 790. Cuatro carecen de TV propia y la relación entre la que más gasta y la que menos de las que tienen, en base 100, es de 1.425. Doce disponen de defensor del pueblo. El saldo fiscal más favorable es de 46,5 puntos y el más desfavorable de -38,9. En base 100, la diferencia máxima del paro llega a 237 y el fraude fiscal a 180.

Cuarta.- Las diferencias entre las naciones de la UE son mayores que las de las CCAA con relaciones extremas de camas hospitalarias, en base 100, de 307, frecuentación 326, promedio de estancia 203, visitas médicas 557. En gasto sanitario, y también en base 100, la relación extrema es de 575 y relacionado con el PIB de 200, gasto farmacéutico 322 y relacionado con el PIB es de 500. La variación, en base 100, de la esperanza de vida en mujeres es 110, la mortalidad 199, el número de médicos 277 y de enfermeros de 467. España con la menor mortalidad de todas y segunda mejor esperanza de vida mantiene en el resto de parámetros una relación, en base 100, alrededor de 100 excepto en camas hospitalarias que es de 61 y de enfermeros que es de 60. La percepción de la corrupción con respecto a



la mejor, en base 100, es de 475 y con respecto a la media 125.

Quinta.- En España en relación a Suecia, considerada como modelo en política sanitaria y social, la renta se ha multiplicado por 4,7 entre 1980 y 2011, mientras que Suecia lo ha hecho por 3,7; el gasto sanitario público por 7,8 y Suecia por 3,5 y el gasto sanitario total por 8,5 y 3,9 respectivamente, de tal manera que, en base 100, la renta de Suecia comparada con España, en 1980 era 155 y en 2011 de 122; el gasto sanitario público pasó de 301 a 135 y el gasto sanitario total de 260 a 121 mientras que en esperanza de vida estamos por encima de Suecia. Se ignora lo que se tiene al igual que no hay campesinos enamorados del paisaje.

Sexta.- Los datos indican que aunque entre las CCAA de España existen diferencias importantes son muy inferiores a las existentes entre el resto de países que conforman la UE y van disminuyendo aceleradamente con respecto a los socialmente más desarrollados del mundo. A ello ha contribuido la negociación entre ciudadanos, profesionales, propietarios y directivos que con mucho esfuerzo, sacrificio personal y utilización de datos, resuelven día a día las muchas dificultades que el sistema sanitario, de tanta interacción social, comporta, especialmente en esta larga y grave crisis económica.

Séptima. Es imprescindible recabar datos constantemente, actualizarlos, analizarlos y difundirlos para conseguir una opinión razonada entre suministradores de salud, especialmente los profesionales sanitarios, los ciudadanos, los propietarios, sobre todo los políticos y los equipos directivos para que éstos, como ejecutivos, no vean constantemente discutida su compleja tarea la cual es especialmente delicada porque siempre afecta a personas. Hay que hacerlo con datos y método porque hasta un reloj parado acierta la hora dos veces al día.

Octava.- Nuestro comparado buen sistema sanitario debe superar la actual crisis económica con tacto e inteligencia de todos los implicados como lo hacen, o intentan

hacer, las naciones socialmente más avanzadas del mundo que, además, disfrutan de sólida democracia desde hace siglos, mientras que la nuestra es muy joven y, con frecuencia, radical por ser joven e insegura y lo que necesita es opinión razonada, sosiego, prudencia, solidaridad, aprender a no dejar de aprender especialmente de los errores, y sobre todo transparencia, diálogo, tiempo y paciencia ■

Referencias Bibliográficas

- ¹ Miguel Ángel Asenjo. Estructura Funcional Hospitalaria y Control de Calidad Asistencial. 2ª ed. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, 1981:1-263. ISBN 84-500-2463-3.
- ² M.A. Asenjo Sebastián y L. Bohigas Santasusagna. Manual práctico "La gestión hospitalaria". 1ª Ed. Barcelona-Frankfurt-Bruselas: Eurosystem, S.A., 1987:1-360. Reimpresiones 1988-89-90. Vol. I:1-150 ISBN 84-86704-15-4. Vol. II:1-210 ISBN 84-86704-16-2.
- ³ Asignatura Planificación y Gestión sanitarias. Licenciatura de Medicina 1990-2006. Universidad de Barcelona.
- ⁴ Miguel-Ángel Asenjo. Aspectos fundamentales de la planificación sanitaria. Discurso de Ingreso, como académico numerario, en la Real Academia de Medicina de Cataluña. Barcelona 1995. Ed Puntex
- ⁵ Dirección-gerencia de los Establecimientos Benéfico-Sanitarios de la Diputación de Jaén. 1966-68
- ⁶ Dirección-gerencia del Hospital General de Asturias. Oviedo 1968-71
- ⁷ Dirección Técnica del Hospital Clínico de Barcelona 1971-2010.
- ⁸ Sesions Científiques: Col·loqui controvertida: l'objecció de consciència en medicina. Miguel A. Asenjo. Acadèmic numerari. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Volum 28, número 2, Abril-Juny 2013:69-72
- ⁹ J. Grau. Material docente. Máster de

Gestión Hospitalaria de la Universidad de Barcelona (UB) 1997-1999

- ¹⁰ Miguel Ángel Asenjo. Reestructuración Funcional Hospitalaria. I División Médica. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona. 1973.
- ¹¹ M.A. Asenjo Sebastián, Ed.- Gestión diaria del hospital. 3ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006:1-637. ISBN 13:978-84-458-1666-0 y 10:84-458-1666-7.
- ¹² Miguel A. Asenjo. Material docente. Máster de Gestión Hospitalaria y de Servicios sanitarios. UB 2014-16
- ¹³ La Vanguardia. Páginas de Economía. año 2013. Barcelona
- ¹⁴ Datos diversos del Instituto Nacional de Estadística (INE)
- ¹⁵ Health at a Glance: Europe 2012 OECD 2012. European Commission
- ¹⁶ M.B. Rosenthal and L.E. Smith. Interactive Perspective Health Care Spending by High-Income Countries, 1980-2011. N Engl J Med 2014;370:e7 Graphic Interactive/Multimedia
- ¹⁷ Informe de los Técnicos del Ministerio de Hacienda (Gestha) y Universidad Rovira y Virgili, 2014
- ¹⁸ Miguel Ángel Asenjo. Las claves de la gestión hospitalaria. 2ª ed. Barcelona: Gestión 2000.com, 2002:1-138. ISBN 84-8088-718-4.
- ¹⁹ Carles A. Miquel Collell. Estudio de la estancia media hospitalaria en Cataluña. Tesis doctoral. Director Miguel A. Asenjo. Universidad de Barcelona. Facultad de Medicina. 19.11.1990.
- ²⁰ M.A. Asenjo Sebastián, Ed.- Gestión diaria del hospital. 3ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006:1-637. ISBN 13:978-84-458-1666-0 y 10:84-458-1666-7.
- ²¹ Asociación Catalana de Entidades de Salud. aces info. Editorial 2014; 49:4
- ²² Josep Borrell. El futuro de Cataluña. Celebraciones y elecciones. Opinión. el Periódico 20.1.2014 pág 7
- ²³ Cecilia Malmström. Comisaria europea de Interior. El grave problema de la Corrupción en Europa, Comisión europea 2014

5 MÓDULOS

MÓDULO 1, 2 y 4
4,8 CRÉDITOS
MÓDULO 3
7,4 CRÉDITOS

MÓDULO 5 EN PROCESO
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

<http://www.medicamente.es/formacion/los-derechos-de-los-medicos-en-atencion-primaria>

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:

<http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com>

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1 Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial

4,8 CRÉDITOS

Módulo 2 Derechos en relación con estudio/diagnóstico

4,8 CRÉDITOS

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

7,4 CRÉDITOS

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

4,8 CRÉDITOS

Módulo 5 Derechos de los médicos en relación con las instituciones sanitarias

EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN



Evaluación editorial de artículos científicos: Proceso de “peer-review”

Autor | Dr. Leopoldo Pérez de Isla. Jefe de la Unidad de Imagen Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Editor Asociado de Revista Española de Cardiología

Las revistas médicas son un medio extremadamente útil para comunicar los resultados de la investigación científica. Se puede decir que un hallazgo no existe hasta que es publicado. Además, gracias a ellas, los autores son reconocidos por la comunidad científica. Este es el motivo por el que un objetivo fundamental de estas revistas, es publicar artículos científicos de calidad y conseguir la máxima difusión posible de sus contenidos. Sin embargo, debido por una parte a la falta de espacio suficiente en las diferentes revistas para publicar los trabajos y por otra parte a que no todos los trabajos son igual de importantes, debe existir un proceso de selección. Esta evaluación busca escoger los trabajos de mayor calidad, que van a ser lo que atraerá lectores, citas, y prestigio, lo que hará que el nivel de calidad de los artículos remitidos a la misma en el futuro aumente.

Existen varias formas de evaluar los artículos científicos. El más sencillo de ellos consiste en que los editores de la revista seleccionen los artículos más interesantes. Este proceso es excesivamente subjetivo y puede estar sometido a grandes sesgos, estando actualmente en desuso. El tipo de revisión más empleada en las revistas científicas es el que se basa en el sistema de “Peer-review” o revisión por pares. Este proceso de revisión por pares no debe ser confundido con la revisión técnica que realiza el equipo editorial. Dentro de esta revisión técnica se incluirían aspectos como la comprobación de que el artículo remitido cumple las normas requeridas por la revista en cuanto a extensión, número de figuras, formato de las referencias.... Además existe otro método “mixto” que se sitúa a medio camino entre los dos previos, el denominado “early editorial manuscript screening” o valoración inicial de los manuscritos por el equipo editorial. Consiste en que los editores tienen potestad para rechazar artículos sin que entren en el proceso de revisión por pares en el caso de que, haciendo una valoración



Leopoldo Pérez de Isla

cuando los trabajos entran en el sistema de revisión, consideren que son de una calidad inferior a la deseada. Se ha demostrado que el impacto de los artículos aceptados mediante este sistema no difiere del conseguido por la revisión por pares convencional. Sin embargo el número de días y el número de revisores que se requiere por término medio para cada artículo, se reducen significativamente. El porcentaje de aceptación sería similar al conseguido mediante revisión por pares.

La gran mayoría de las revistas científicas emplean el proceso de revisión por pares para la selección de artículos. Cuando se emplea este sistema, además del equipo editorial, es imprescindible la figura del re-

visor. Los revisores o evaluadores son personas expertas, ajenas al equipo editorial, que hacen una revisión crítica de los artículos. El proceso de revisión por pares consigue aumentar la calidad del artículo científico antes de ser publicado, detectar errores y orienta al editor hacia una decisión final. Es decir, la decisión de si un artículo va a ser publicado, aunque finalmente corresponde a los editores, es directamente influenciada por los evaluadores.

Cuando un artículo científico llega para ser evaluado a una revista y supera la supervisión técnica, pasa a ser manejado por el equipo de editores. Los editores se encargan de hacer una valoración inicial, evaluando si el artículo es acorde a los objeti-

vos de la revista, su originalidad, los métodos empleados, la relevancia de los hallazgos y la presentación. Los editores intentan descartar la existencia de cualquier tipo de fraude como el plagio, la redundancia, la falsedad de datos o el incumplimiento de normas éticas, pero es importante destacar que los autores del trabajo son los únicos responsables del contenido del mismo.

Cada revista escoge el número de revisores que valora cada artículo. Ello varía en función de las posibilidades de la revista y de la dificultad técnica del artículo, siendo dos

el número más frecuente. Los revisores son expertos en el tema que ocupa el trabajo aunque no es infrecuente que alguno de ellos pueda ser experto en epidemiología o metodología. Las revistas suelen tener un grupo de revisores clasificado en función de sus conocimientos y posibilidades, aunque suele ser una lista flexible. En algunas revistas, los propios autores son capaces de sugerir potenciales revisores y de solicitar que su trabajo no sea evaluado por determinadas personas, en base a tratar de evitar potenciales sesgos que pudieran influenciar en la evaluación más allá de los estrictamente científicos.

El revisor, al completar su evaluación, emite un informe que suele tener dos apartados. En uno de ellos el revisor hace todos aquellos comentarios que quiere hacer llegar a los autores del trabajo. Aquí caben todas aquellas sugerencias que ayuden a mejorar el manuscrito, felicitaciones y limitaciones que plantea el revisor a los autores. En otro apartado, el revisor puede escribir comentarios para el editor, sabiendo que estos son confidenciales y no serán leídos por los autores.

En cuanto a la selección de los revisores, se ha demostrado que cuando son seleccionados por el editor las revisiones no son

de mayor calidad, no existe un ahorro de tiempo y es más probable que la decisión sea rechazar el trabajo que cuando los revisores son sugeridos por los autores. También se ha demostrado que la calidad de los artículos que llegan a ser publicados en una revista es similar si los revisores

La gran mayoría de las revistas científicas emplean el proceso de revisión por pares para la selección de artículos. Cuando se emplea este sistema, además del equipo editorial, es imprescindible la figura del revisor

son seleccionados por los editores o sugeridos por los autores. Es, por tanto, responsabilidad del equipo editorial intentar buscar el mejor de los equilibrios a la hora de seleccionar los revisores para que las evaluaciones de los manuscritos sean científicamente justas. Otra cuestión que se plantea es cómo descubrir

quiénes son los mejores evaluadores. Podemos encontrar trabajos que nos muestran que los revisores más jóvenes asociados a instituciones académicas, realizan las revisiones de mayor calidad. Por otra parte las mujeres jóvenes suelen ser las que tienen una mejor respuesta.

Un aspecto conflictivo es si debe existir anonimato y de qué tipo. En un modelo no anónimo el revisor conoce quienes son los autores del trabajo y los autores conocen quien ha hecho la evaluación. Otro modelo consistiría en que el revisor conoce quienes son los autores, pero los autores no saben quién ha evaluado su manuscrito. Este es el modelo más frecuente en las revistas de ciencias médicas. El tercer modelo sería, el modelo de anonimato total. En él, el revisor desconoce quiénes son los autores del trabajo y los autores no saben a

quién ha correspondido evaluar el mismo. También existe debate acerca de si los revisores deben ser entrenados para desarrollar su papel o no, considerando que son

expertos en el tema. Existen datos publicados que muestran que el entrenamiento de los revisores tiene poco impacto en la calidad de los artículos aceptados, no se consigue una mayor detección de errores graves aunque si aumentan las decisiones de rechazos de trabajos.

Los revisores suelen ser evaluados por el equipo editorial, teniendo en cuenta el número de trabajos que se les ha asignado, el tipo de trabajo para evaluar, el tiempo desde que son invitados a hacer una revisión y aceptan, el tiempo desde la aceptación al envío de la evaluación y la calidad de la evaluación. La mayor parte de los revisores no perciben remuneración económica por este trabajo, sino que lo hacen de forma completamente altruista. En algunas revistas se trata de premiar ese trabajo incluyendo a los revisores en listas de reconocimiento, en el comité editorial, otorgándoles créditos de formación o bien con algún nombramiento tipo “revisor de élite”.

Ya se ha hablado anteriormente de las ventajas del proceso de evaluación por pares, pero este método también tiene limitaciones. Se trata de un método poco reproducible y muy subjetivo, ya que puede existir poco acuerdo entre los diferentes revisores. Por otra parte, se trata de un método que puede estar sometido a muchos sesgos personales. También tiene limitaciones a la hora de detectar defectos graves, es muy poco eficaz para detectar el fraude científico y supone una carga importante de trabajo por parte de los revisores. No elimina la

Un aspecto conflictivo es si debe existir anonimato y de qué tipo. También existe debate acerca de si los revisores deben ser entrenados para desarrollar su papel o no

posibilidad de que los que participan en el proceso cometan abusos y la limitación más importante: No es un método basado en la evidencia científica. Este último punto es paradójico, ya que el método empleado para publicar trabajos que serán la base de la evidencia científica, no está basado en la misma. Pese a ello, es el método más reconocido y empleado en la comunidad científica internacional ■



Nuevos retos y necesidades en centros hospitalarios

Autor | José Manuel Corral. Buildings Segments Manager de Schneider Electric

Actualmente, los centros hospitalarios se enfrentan a grandes retos que giran en torno a su modelo de negocio, buscando el equilibrio entre ofrecer una alta calidad de cuidado y seguridad al paciente con unos recursos notablemente limitados. A medida que las poblaciones crecen y envejecen, los costes de energía siguen subiendo y la cantidad de equipo sensible a la energía aumenta, los hospitales de todo el mundo se enfrentan a desafíos cada vez más complejos. Los gestores de centros sanitarios tienen que mantener, actualizar y ampliar su infraestructura para estar a la altura de la demanda, al mismo tiempo que garantiza un entorno seguro y productivo.



José Manuel Corral

El primer desafío consiste en aumentar la productividad de los hospitales con menos recursos sin comprometer la calidad del servicio que están ofreciendo. A nivel energético, los hospitales son los segundos edificios con mayor consumo por metro cuadrado, sólo por detrás de los restaurantes. Además, tanto los costes sanitarios como los costes energéticos están viéndose incrementados, dos factores que provocan una presión mayor en los centros hospitalarios para hacer más con menos recursos.

De acuerdo con la American Society for Healthcare Engineering, en los hospitales verdes, los pacientes son dados de alta una media de 2,5 días antes en comparación con los hospitales tradicionales

El segundo gran desafío de los centros hospitalarios gira en torno a la seguridad de los pacientes. De esta manera es crucial garantizar un entor-

no de máxima seguridad, reduciendo el riesgo de infecciones así como otros riesgos potenciales entre los que se encuentran los fallos a nivel energético, para asegurar un alto nivel del servicio ofrecido y mantener la reputación del centro. En paralelo, la seguridad de las propias instalaciones constituye otro de los principales retos de hospitales y centros sanitarios.

En tercer lugar, los centros hospitalarios no son ajenos a las normas reguladoras en el ámbito de la energía. Al mismo tiempo que aumenta la

demanda de energía, muchos países están requiriendo a los centros de salud una reducción de sus emisiones de carbono y cumplir con los mandatos de reducción de energía. El incumplimiento de las normas de regulación puede conducir a una interrupción de las operaciones del centro, una peor calidad de la atención o multas considerables.

Por otra parte, la satisfacción de los pacientes constituye el cuarto gran reto de los centros hospitalarios. El bienestar de los pacientes es clave para la reducción de la duración de la estancia y la prevención de reingresos. De acuerdo con la *American Society for Healthcare Engineering* (ASHE), en los hospitales verdes, los pacientes son dados de alta una media de 2,5 días antes en comparación con los hospitales tradicionales. Además, la satisfacción

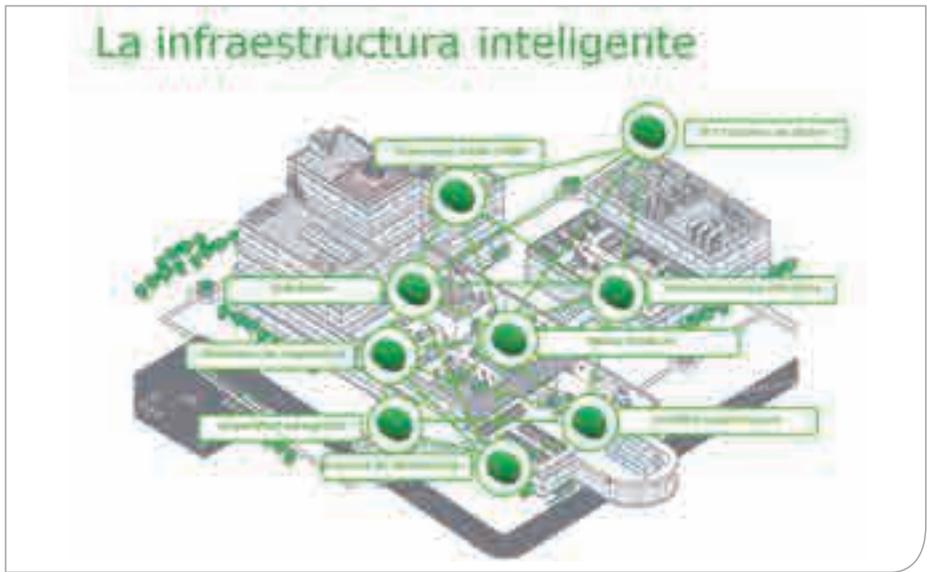
del paciente también puede afectar a los ingresos de un hospital.

El envejecimiento de la población se suma a las problemáticas a las que se enfrentan los centros hospitalarios de hoy en día. Actualmente 841 millones de personas, es decir cerca de un 12 por ciento de la población mundial, tienen 60 años o más. Esta cifra se verá incrementada hasta 2.000 millones de personas en 2050, según las previsiones de la ONU. El envejecimiento de la población se traducirá, sin lugar a dudas, en un volumen creciente de personas que necesitarán atención sanitaria, poniendo una mayor presión en los centros hospitalarios, que ya están luchando hoy en día contra los presupuestos apretados y la falta de recursos. Por otra parte, cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hasta un 40 por ciento

Cuando los sistemas de un hospital pueden comunicarse entre sí, la infraestructura en su conjunto se fortalece y hace un uso más eficaz de todos los recursos

de los recursos destinados a la asistencia sanitaria se pierden, en gran parte, a causa del uso de procesos y sistemas anticuados. Para hacer frente a las nuevas necesidades en el ámbito sanitario, una gran variedad de soluciones de tecnología avanzada está disponible para mejorar la atención al paciente y reducir los costes operacionales.

Basado en la tecnología de la información y la comunicación, así como en protocolos de comunicación inalámbrica y móvil, una infraestructura sanitaria inteligente construye la eficiencia en toda la organización. Actuando como el sistema nervioso central de un hospital, la infraestructura inteligente integra y permite la comunicación entre todos los sistemas tradicionalmente dispares, tales como la energía, la gestión de los edificios, la seguridad y el entorno IT. De esta manera, cuando los sistemas de un hospital pueden comunicarse entre sí, la infraestructura en su conjunto se fortalece y hace un uso más eficaz de todos los recursos.



En muchos países, los pacientes pueden elegir a sus centros de tratamiento, lo que significa que los hospitales deben competir. La experiencia global de un paciente

depende de diversos factores, tales como la atención del personal médico, el catering, el servicio de limpieza o la instalación en sí. A través de la comunicación inalámbrica, una infraestructura de tecnología inteligente mejora la experiencia del paciente y la eficiencia del propio hospital:

Entre los beneficios que aporta una infraestructura inteligente destaca el hecho de permitir al personal sanitario acceder a los archivos de los pacientes desde cualquier lugar para tomar las decisiones adecuadas o permitir al personal de enfermería reaccionar rápidamente a las necesidades del paciente. Además, la eficiencia del hospital se traduce también en una mayor productividad

del personal gracias a un manejo más rápido y eficiente de los sistemas y equipos del centro. El control y monitorización del consumo energético es otro de los factores clave para promover la eficiencia energética y su consecuente rentabilidad. Finalmente, disponer de una red fiable, escalable e inteligente, que permite detectar y reparar fallos rápidamente, contribuye a reducir los gastos operativos del centro.

En el ámbito de la experiencia del paciente ingresado, la tecnología aplicada al entorno sanitario garantiza la comodidad del paciente a través de un control personal de la iluminación de la habitación, la temperatura o las persianas. Además, permite satisfacer el deseo de un paciente de comunicarse con amigos o familiares a través de correo electrónico u otros servicios web.

En este contexto, Schneider Electric ofrece una gama completa de soluciones que pueden optimizar todos los aspectos de los sistemas de energía eléctrica y, a su vez, ayudar a mejorar el rendimiento financiero, la productividad operativa y la seguridad de los pacientes.

Entre los beneficios que aporta una infraestructura inteligente destaca el hecho de permitir al personal sanitario acceder a los archivos de los pacientes desde cualquier lugar para tomar las decisiones adecuadas

eléctrica y, a su vez, ayudar a mejorar el rendimiento financiero, la productividad operativa y la seguridad de los pacientes.



Estas soluciones altamente escalables e interoperables se basan de forma exclusiva en arquitecturas de referencia comprobadas, validadas y documentadas, y garantizan que todos los activos energéticos, desde generadores de reserva hasta quirófanos, estén plenamente aprovechados y funcionen con la máxima fiabilidad y un coste mínimo. Cada solución complementaria se centra en una actividad clave en su sistema de energía, y juntas permiten llevar a cabo análisis integrales y el control de todos los demás aspectos de la gestión de la energía en una o más instalaciones.

Energy Operation

El uso de energía de forma intensiva, la iluminación especial y los horarios de funcionamiento de 24 horas son factores que se combinan para incrementar los costes de las infraestructuras hospitalarias. La solución StruxureWare Energy Operation permite monitorizar cada vatio que circula por el edificio, ayudando a tomar decisiones fundamentadas sobre un uso más inteligente de la energía. De esta manera se

La experiencia global de un paciente depende de diversos factores, tales como la atención del personal médico, el catering, el servicio de limpieza o la instalación en sí

consigue mejorar los resultados financieros y cumplir con los objetivos de sostenibilidad al convertir los datos de energía en información útil, mediante el uso de informes y paneles de KPI que ayudan a identificar pérdidas de energía, reducir su consumo energético y minimizar costes.

consigue mejorar los resultados financieros y cumplir con los objetivos de sostenibilidad al convertir los datos de energía en información útil, mediante el uso de informes y paneles de KPI que ayudan a identificar pérdidas de energía, reducir su consumo energético y minimizar costes.

Secured Power Distribution

Cuando se están realizando obras o trabajos de mejora en las instalaciones, Secured Power Dis-

tribution permite efectuar sus renovaciones sin interrumpir la alimentación a otras áreas y con las mínimas molestias al personal y los pacientes. La gama de soluciones de distribución eléctrica de Schneider Electric, de baja y media tensión a distribución final, permite maximizar la seguridad y la operatividad en cada habitación del hospital.

Power Monitoring and Control

Power Monitoring and Control tiene como objetivo ayudar a maximizar la operatividad y a tomar decisiones fundamentadas durante una crisis energética. Además permite prolongar la vida útil de los equipos y

los activos, optimizar el rendimiento y contener los gastos de explotación durante la vida útil de su hospital a través de un mantenimiento proactivo.

Solución para quirófanos

Si se corta el suministro durante la cirugía, las consecuencias pueden ser terribles. La Solución para quirófanos permite la monitorización y el control de los parámetros eléctricos y ambientales, proporcionando información en tiempo real a través de una pantalla táctil de fácil uso, y capacidad de supervisión desde el puesto de control de enfermería. Esto ofrece un nivel óptimo de seguridad y confort para el personal médico, que puede concentrarse en las exigencias de su trabajo sin tener que preocuparse por un posible corte del suministro. Además, la solución permite reducir los impactos negativos en los pacientes.

Power Outage Insight

Un fallo eléctrico puede constituir la diferencia literal entre la vida y la muerte, y dar lugar a costosos pleitos. Power Outage Insight es una combinación de contadores inteligentes, interruptores automáticos e interfaces de comunicación que trabajan conjuntamente para mantener en marcha la iluminación y el equipo crítico sin incidentes. El sistema sugerirá acciones proactivas para mantener el nivel de operatividad y a la vez reducir los costes del mantenimiento programado.

Pruebas del EPSS

La solución de prueba del Sistema de Alimentación de Emergencia (EPSS) automatiza de forma fiable y eficiente todo el proceso de comprobación y documentación. Monitoriza y controla diversos elementos eliminando la necesidad de recoger los datos manualmente, lo que es a veces poco fiable. Las pruebas y los informes sobre cumplimiento de normas se simplifican enormemente, y de esta manera se puede incrementar la seguridad global de los pacientes al garantizar una reserva de energía fiable durante los cortes del suministro. ■



**CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA**



SEMFG
Sociedad Española de Medicina
General y de Familia



Sevilla

PALACIO DE CONGRESOS

29-31 MAYO 2014

Ciencia, arte y luz

www.sevilla.semg.net

congresos_semg@semg.es





Día Mundial de la Salud 2014

Pequeñas picaduras: grandes amenazas

Las enfermedades transmitidas por vectores es el tema escogido este año por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para celebrar el “Día Mundial de la Salud 2014”. La campaña se centra en algunos de los principales vectores, en las enfermedades que transmiten y en las medidas que se deben adoptar para protegernos de ellos. Los vectores son pequeños animales, como los mosquitos, las chinches, las garrapatas, que pueden transmitir enfermedades de una persona a otra y llevarlas de un lugar a otro, poniendo en peligro la salud humana.

Texto | Paco Romero

Fotos | OMS/Archivo



REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2014

Pequeñas picaduras: grandes amenazas

Como conmemoración del aniversario de la fundación de la OMS en 1948, se celebra el 7 de abril de cada año el “Día Mundial de la Salud”, eligiéndose un tema relacionado con un área prioritaria de salud pública. Para este año, el tema escogido son las enfermedades transmitidas por vectores. Los vectores son organismos que transmiten patógenos de una persona (o animal) infectada a otra. Las enfermedades vectoriales son las causadas por estos patógenos en el ser humano, y generalmente son más frecuentes en zonas tropicales y lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento.

Las enfermedades vectoriales representan un 17 por ciento de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas. Se calcula que la enfermedad vectorial más mortífera (el paludismo) causó 660.000 muertes en 2010, la mayoría en niños africanos. No obstante, la enfermedad de este tipo con mayor crecimiento en el mundo es el dengue, cuya incidencia se ha multiplicado por 30 en los últimos 50 años. La globalización del comercio y los viajes, la urbanización y los cambios medioambientales, tales como el cambio climático, están teniendo gran impacto en la transmisión de estas enfermedades y haciendo que aparezcan en países en los que antes no existían.

En los últimos años, el renovado compromiso de los ministerios de salud y de las iniciativas sanitarias regionales y mundiales (con el apoyo de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la comunidad científica) ha ayudado a reducir las tasas de incidencia y mortalidad de algunas de estas enfermedades. El Día Mundial de la Salud 2014 se centra en algunos de los vectores más conocidos, como los mosquitos, los flebotomos, las chinches, las garrapatas o los caracoles, responsables de la transmisión de una amplia gama de patógenos que afectan al ser humano o a los animales.

Objetivo: mayor protección

El objetivo de la campaña consiste en aumentar la concienciación sobre la amenaza que suponen los vectores y las enfermedades vectoriales, y animar a las familias y a las comunidades a que adopten medidas de protección. Un elemento básico de la

Como conmemoración del aniversario de la fundación de la OMS en 1948, se celebra el 7 de abril de cada año el Día Mundial de la Salud

campaña será la difusión de información en las distintas comunidades que, hasta el momento, desconocían el riesgo de este tipo de enfermedades. Como las enfermedades vectoriales empiezan a sobrepasar sus fronteras tradicionales, es necesario que las medidas se amplíen más allá de los países en los que actualmente residen estas enfermedades.

Como otros objetivos, se pretende lograr que: las familias residentes en zonas donde hay transmisión vectorial sepan cómo protegerse; las personas sepan cómo protegerse de los vectores y las enfermedades vectoriales cuando viajan a países en los que éstas suponen una amenaza para la salud; los ministerios de salud de los países en los que las enfermedades vectoriales constituyen un problema de salud pública tomen medidas para mejorar la protección de su población; y las autoridades sanitarias de los países en los que las enfermedades vectoriales empiezan a ser una amenaza colaboren con otras autoridades pertinentes, para mejorar la vigilancia integrada de los vectores y adoptar medidas que eviten su proliferación.

Principales amenazas: Cosas a recordar

Leishmaniasis

Está causada por un protozoo parásito del género *Leishmania* (que cuenta con más

de 20 especies diferentes), transmitido por la picadura de flebotomos infectados. La enfermedad, que afecta a las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos. Está vinculada a los cambios ambientales, como la deforestación, la construcción de presas, los sistemas de riego y la urbanización. Su epidemiología depende de las características de la especie del parásito, las características ecológicas locales de los lugares donde se transmite, la exposición previa y actual de la población humana al parásito y las pautas de comportamiento humano. Se estima que cada año se producen 1,3 millones de nuevos casos y entre 20.000 y 30.000 defunciones.

Hay tres formas principales de leishmaniasis: visceral (la forma más grave de la enfermedad, a menudo conocida como kala-azar), cutánea (la más común) y mucocutánea. En la cuenca mediterránea, la principal forma de la enfermedad es la leishmaniasis visceral; se produce en las zonas rurales, en pueblos de las regiones montañosas y también en algunas zonas periurbanas, donde las leishmanias viven en perros y otros animales.

El diagnóstico de la leishmaniasis visceral se realiza mediante la combinación de un examen clínico con pruebas parasitológicas o serológicas. Las pruebas serológicas tienen un valor limitado en las leishmaniasis cutánea y mucocutánea. En el caso de la leishmaniasis cutánea, el diagnóstico se confirma cuando los análisis parasitológicos corroboran las manifestaciones clínicas.

El tratamiento de la leishmaniasis depende de varios factores, como la forma de la enfermedad, la especie de parásito y la ubicación geográfica. La leishmaniasis es una enfermedad tratable que puede curarse. Todos los pacientes a quienes se haya

Los vectores son organismos que transmiten patógenos de una persona (o animal) infectada a otra

diagnosticado leishmaniasis visceral requieren la administración inmediata de un tratamiento completo.

La prevención y el control de la leishmaniasis requieren una combinación de estrategias de intervención, ya que la transmisión se produce en un sistema biológico complejo que engloba el huésped humano, el parásito, el flebótomo vector, y, en algunos casos, un reservorio animal. Las principales estrategias tienen en cuenta lo siguiente: - el diagnóstico temprano y la gestión eficaz de los casos reducen la prevalencia de la enfermedad y previenen la discapacidad y la muerte; - el control de los vectores ayuda a reducir o interrumpir la transmisión de la enfermedad al controlar los flebótomos; - la detección y el tratamiento temprano de los casos ayuda a reducir la transmisión y contribuye a vigilar la propagación y la carga de la enfermedad; - el control de los reservorios animales resulta complejo y debe adaptarse a la situación local; - la movilización social y el fortalecimiento de alianzas es clave para resolver este problema.

Dengue

El dengue es una infección vírica transmitida por mosquitos; el vector principal es el mosquito *Aedes aegypti*. La infección causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado dengue grave. En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Más de 2.500 millones de personas —más del 40 por ciento de la población mundial— están en riesgo de contraer esta enfermedad. La OMS calcula que cada año se producen entre 50 millones y 100 millones de infecciones por el virus del dengue en el mundo. Cada año, unas 500.000 personas que padecen dengue grave (la mayor parte niños) necesitan hos-





REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2014

Pequeñas picaduras: grandes amenazas

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARTRÓPODOS VECTORES: RIESGOS EN NUESTRA REGIÓN SANITARIA

Un vector es un agente generalmente orgánico (principalmente un insecto) que sirve como medio de transmisión de un organismo a otro. Distribuidos por el mundo existen una gran variedad de vectores responsables de la transmisión de enfermedades infecciosas. Esta variedad incluye mosquitos, chinches, pulgas, piojos, moscas, ácaros, entre otros, y cada uno de ellos con sus especies y variedades diversas. De todos ellos, hay algunos que pueden tener una cierta incidencia epidemiológica en nuestra región sanitaria y, por lo tanto, puedan ser un peligro para la salud pública en un momento determinado.

Mosquito *Anopheles*

Posee una cabeza y cuerpo en línea recta y formando ángulo con el plano. Suele tener las alas moteadas. Transmite fundamentalmente la malaria o el paludismo. Su distribución geográfica es en África, Asia, América y Pacífico Occidental. Pica generalmente de noche, tanto en el interior como en el exterior y principalmente en el medio rural. La picadura no suele ser dolorosa, pero puede producir una reacción local cuya duración oscila entre unas pocas horas y varios días. Transmite diferentes especies del género *Plasmodium*.

La malaria fue erradicada en España en 1964, tras registrarse el último caso en Navalmoral de la Mata (Cáceres). Eso no significa que en los hospitales no se trate la enfermedad. En España se diagnostican unos 200 casos importados al año, en españoles que viajan al extranjero o inmigrantes que la contraen en sus países al haber perdido la inmunidad que trajeron cuando inmigraron. En 2001, una mujer de Torrejón de Ardoz (Madrid) contrajo la enfermedad sin haber salido de la ciudad. La investigación de la Comunidad de Madrid concluyó que había sido un caso de "malaria de aeropuerto", es decir, que la había infectado un mosquito llegado a España en avión.

A partir del año 2012 ha aparecido un brote de paludismo autóctono en Grecia. Los casos de paludismo en Grecia se han multiplicado en el último bienio, casi 40 años después de erradicada su forma endémica, y hoy en día se requieren medidas urgentes para localizarla, advierten los expertos del Centro griego para el control y la prevención de enfermedades. "Es evidente la necesidad de reforzar e intensificar en gran medida el control y la lucha contra los vectores transmisores", afirman los expertos del centro en un artículo publicado en la revista "Eurosurveillance". Pero los expertos avisan: el cambio climático puede

alterar los factores ambientales que influyen sobre la transmisión de la enfermedad, alargando la época de actividad de los mosquitos o aumentando su número. "Es importante controlar la situación en las zonas de la UE con presencia de poblaciones de mosquito anopheles y aumentar la concienciación entre los profesionales sanitarios", recuerda el ECDC. Esto garantiza que los casos sospechosos son rápidamente identificados y comunicados.

Aedes aegypti

Morfológicamente posee un cuerpo paralelo al plano y cabeza inclinada. Puede transmitir el virus del dengue, algunas filariosis la fiebre amarilla y algunas encefalitis víricas. Se distribuye por África, Asia, América y Pacífico Occidental. Suele picar de día, tanto en el interior como en el exterior, y tanto en medio urbano como rural. La picadura no suele ser dolorosa pero normalmente produce prurito local cuya duración oscila entre unas pocas horas y varios días.

El dengue se transmite a través de la picadura de un mosquito de la especie *Aedes aegypti*, infectado por alguno de los cuatro virus del dengue. La enfermedad afecta a habitantes de zonas tropicales y subtropicales. Los síntomas aparecen transcurridos entre 3 y 14 días tras la picadura infecciosa. La enfermedad se manifiesta como un síndrome febril y afecta a lactantes, niños pequeños y adultos. Los síntomas varían, desde una fiebre moderada hasta una fiebre alta incapacitante con cefaleas intensas, dolor retroorbitario, dolor muscular y articular (fiebre quebrantahuesos), y exantema. No existen fármacos antivíricos específicos contra el dengue. Es importante mantener al paciente hidratado. No se recomienda la utilización de ácido acetilsalicílico (por ejemplo aspirina) o antiinflamatorios no esteroideos (por ejemplo ibuprofeno).

Uno de los serotipos, el dengue hemo-



OMS/C. Black

rrágico (fiebre, dolor abdominal, vómitos, hemorragia), es una complicación potencialmente mortal que afecta principalmente a los niños. El diagnóstico temprano y una buena atención clínica a cargo de médicos y enfermeras con experiencia aumentan la supervivencia de los pacientes.

Desde comienzos de octubre de 2012, se han notificado casos de dengue entre los residentes de la Región Autónoma de Madeira (Portugal) y los turistas que han visitado la isla. Por todo ello, se recomienda a los residentes y a las personas que visiten la isla de Madeira que tomen precauciones para evitar las picaduras de mosquito. Las medidas de protección deben aplicarse durante todo el día. Las autoridades sanitarias portuguesas han publicado recomendaciones para los residentes y visitantes.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) recomienda a los viajeros que experimenten síntomas similares a los de la gripe o fuertes dolores de cabeza, dolor en las cuencas oculares, dolores musculares y en las articulaciones o erupciones cutáneas en los 21 días posteriores a su visita a Madeira que acudan al médico.

Chinche del triatoma

Morfológicamente es muy grande (de 10 a 40 mm), es de muchos colores, con o sin alas, posee una cabeza cónica y tiene 3 pares de patas. Transmite la enfermedad de Chagas inoculando el protozoo *Trypanosoma cruzi*. De distribución geográfica por gran parte de Centroamérica y Sudamérica. Generalmente pica de noche en la cama, siendo muy frecuente en el medio rural en las zonas más deprimidas de la población. La picadura generalmente es indolora, pero puede aparecer reacción urticariforme a la saliva que inyecta el chinche. También puede aparecer en el punto de la picadura lo que se denomina Chagoma y

en el parpado próximo un edema que se denomina Signo de Romaña.

El diagnóstico no es complicado. Sin embargo, la principal dificultad es que, a menudo, no se sospecha la dolencia, ya que muchas de las manifestaciones del mal de Chagas se asemejan a las de otras patologías. Si no se aplica el tratamiento adecuado, se estima que entre un 5 por ciento y 10 por ciento de los pacientes pueden tener complicaciones fatales.

Este mal de Chagas es un problema emergente en España. La OMS alerta que el número de personas infectadas por el mal de Chagas en España es cada vez mayor, a pesar de no ser una zona endémica para la enfermedad. España es, dentro de la Unión Europea, uno de los países con mayor número de afectados: entre 40.000 y 65.000 personas. La creciente cifra de casos se debe a la ola migratoria de Latinoamérica, donde es una dolencia habitual en algunas regiones. Estos parásitos no se encuentran en España por lo que, en nuestro país, las vías más comunes de transmisión son la transfusión de sangre, el trasplante de órganos y la transmisión madre-hijo.

Desde hace unos años, España lleva a cabo un protocolo de control del riesgo de contagio del mal de Chagas por donación de sangre y trasplante de órganos. No obstante, el reto pendiente es lograr controlar la transmisión madre-hijo. En este sentido, es importante hacer pruebas de cribado a todas las gestantes procedentes de zonas endémicas y, en caso de dar positivo, estar atentos al diagnóstico de los recién nacidos así como al resto de sus hijos.

Por el Grupo de la Infección de SEMERGEN. José Luis Cañada Merino/Manuel Linares Rufo

Para más información:
www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/es; www.fundacionio.org;
www.viajarseguro.org;
www.sosmalaria.com; www.gefor.4t.com

pitalización y aproximadamente un 2,5 por ciento fallecen.

Se conocen cuatro serotipos distintos, pero estrechamente emparentados, del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular. Sin embargo, la inmunidad cruzada a los otros serotipos es parcial y temporal. Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer el dengue grave.

No hay tratamiento específico, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1 por ciento. La prevención y el control del dengue dependen exclusivamente de las medidas eficaces de lucha antivectorial.

Las enfermedades vectoriales representan un 17 por ciento de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas

Actualmente, el único método para controlar o prevenir la transmisión del virus del dengue consiste en luchar contra los mosquitos vectores; entre otras cosas, se aconseja: evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos; eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales; cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico, y aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie; utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores;...

Otras enfermedades a tener en cuenta

Esquistosomiasis: enfermedad parasitaria crónica causada por gusanos. Corren el riesgo de contraer la infección las personas que realizan actividades agrícolas, domésticas o recreativas que las exponen a aguas infectadas.



REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2014

Pequeñas picaduras: grandes amenazas

Filariasis linfática: conocida generalmente como elefantiasis, puede alterar el sistema linfático y producir una hipertrofia anormal de algunas partes del cuerpo, dolor y discapacidad grave.

Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo: enfermedad muy extendida causada por un virus transmitido por garrapatas. Este virus causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de leta-

lidad del 10 por ciento-40 por ciento.

Fiebre amarilla: enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude a la

XAVIER ROURA

Veterinario internista y director clínico de la Fundació Hospital Clínic Veterinari de la Universitat Autònoma de Barcelona

“La mayoría de las enfermedades infecciosas nuevas o re-emergentes en los humanos provienen de los animales salvajes o domésticos”



La Organización Mundial de la Salud apuesta por el concepto “One health” (“Un mundo, Una salud”). ¿Por qué considera apropiada y necesaria esta visión integral para la prevención de enfermedades transmitidas por vectores?

El concepto “One health” propone una visión conjunta o global de la medicina humana, de la medicina veterinaria y de la salud ambiental diferente a la que hasta ahora se tenía, donde se consideraban disciplinas totalmente separadas. “One health” reconoce la estrecha relación que existe entre todas estas disciplinas, especialmente cuando nos enfrentamos a las enfermedades infecciosas.

Lo que resulta evidente es que esta interrelación existe en la naturaleza y está en la base de muchas enfermedades infecciosas...

Está claramente reconocida la importancia del cambio climático, de los cambios en diferentes especies salvajes, del cambio de rol de los animales de compañía en la sociedad, o de los viajes de las personas solas o con sus mascotas en la aparición o re-emergencia de diversos patógenos y de

las enfermedades asociadas a ellos. Está descrito en diversas publicaciones científicas que la mayoría de las enfermedades infecciosas nuevas o re-emergentes en los humanos provienen de los animales salvajes o domésticos. Por tanto, es muy importante que el mayor conocimiento de estas enfermedades se base en la integración y colaboración de las distintas disciplinas, especialmente entre la medicina humana y la medicina veterinaria. Esto permitiría el uso de un protocolo “One health” que, por ejemplo, facilitaría el diagnóstico, tratamiento y prevención de muchas enfermedades zoonóticas como, por ejemplo, la bartonelosis, una enfermedad algunas veces subdiagnosticada en pacientes humanos con signos clínicos y hematológicos compatibles con leucemia linfoblástica aguda.

De las enfermedades transmitidas por vectores, ¿por cuáles debemos preocuparnos más en nuestro país?

En los países desarrollados el número de perros y gatos que juegan un rol importante dentro de la familia ha aumentado exponencialmente. Por lo tanto, cada vez más, cuando hablamos de salud pública o de control del riesgo de contraer estas infecciones en humanos, hemos de considerar el importantísimo papel que juega el perro o el gato en el concepto “One health”. En España, las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores que más frecuentemente se han encontrado en los perros y los gatos y, que también pueden potencialmente infectar a los humanos, son: leishmaniosis, ehrlichiosis, anaplasmosis, babesiosis, borreliosis, bartonelosis, rickettsiosis o dipilidiosis.

¿Existe alguna amenaza emergente en este ámbito a nivel global?

En el mundo, actualmente, son innumerables las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores que nos han de preocupar y tienen un impacto importante en medicina humana, en medicina veterinaria o en ambas. Entre ellas, destacaría, por ejemplo, la leishmaniosis, el West Nile virus, la enfermedad de Lyme, la malaria, el dengue o la fiebre amarilla.

ictericia que presentan algunos pacientes. El virus es endémico en las zonas tropicales de África y América Latina.

Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana): enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*. Se encuentra sobre todo en América Latina.

Paludismo: está causado por un parásito denominado Plasmodium que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. En el organismo humano, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos.

Tripanosomiasis africana humana: la tripanosomiasis africana humana, también llamada enfermedad del sueño, es una parasitosis transmitida por la mosca tsetse.

El ejemplo del paludismo

En general, el resultado de la lucha mundial para la prevención y tratamiento de estas enfermedades transmitidas por vectores, a pesar de estar siendo desigual, es positivo. En los últimos años se cuentan con progresos e hitos importantes; un ejemplo es el paludismo. El “Informe mundial sobre el paludismo 2013”, publicado por la Organización Mundial de la Salud, pone de manifiesto el gran avance habido en la lucha contra esta enfermedad. Así, se estima que los esfuerzos desplegados a escala mundial para combatir y eliminar el paludismo han permitido salvar la vida de 3,3 millones de personas desde el año 2000 (la mayor parte niños), y reducir la tasa de mortalidad debida a esta enfermedad en un 45 por ciento a nivel mundial y en un 49 por ciento en África, según el. Según la OMS, el mayor compromiso político y el aumento de la financiación han contribuido a reducir la incidencia del paludismo en un 29 por ciento a nivel mundial y en un 31 por ciento en África.

“Este notable avance no debe hacer que nos relajemos: en cifras absolutas, el número de casos de paludismo y de muertes provocadas por este no se está reduciendo tan rápido como sería posible”, señala la Dra. Mar-



OMS/C. Hollyman

garet Chan, Directora General de la OMS. “El hecho de que tantas personas contraigan la infección y mueran a causa de la picadura de un mosquito es una de las mayores tragedias del siglo XXI”, asegura.

Se estima que en 2012 hubo 207 millones de casos de paludismo, de los que aproximadamente 627.000 fueron mortales. Unos 3400 millones de personas siguen expuestas a la enfermedad, en particular en África y Asia Sudoriental (alrededor del 80 por ciento de los casos de paludismo se producen en África).

El informe de la OMS señala que ha habido una desaceleración en la expansión de las intervenciones para combatir los mosquitos por segundo año consecutivo, en particular en lo que respecta al acceso a mosquiteras tratadas con insecticida. Las pruebas de diagnóstico del paludismo no han sufrido ningún retroceso y han seguido expandiéndose en los últimos años: entre

2010 y 2012, el porcentaje de presuntos pacientes de paludismo a quienes se hicieron pruebas de diagnóstico en el sector público pasó del 44 por ciento al 64 por ciento a escala mundial. El acceso a tratamientos combinados basados en la artemisinina recomendados por la OMS también ha aumentado, y el número de tratamientos suministrados a los países pasó de 76 millones en 2006 a 331 millones en 2012.

La financiación internacional de la lucha antipalúdica pasó de menos de 100 millones US\$

en el año 2000 a casi 2000 millones US\$ en 2012. La financiación nacional se situó en torno a los 500 millones US\$ en el mismo año, por lo que en su conjunto los fondos internacionales y nacionales comprometidos para combatir el paludismo ascendieron a 2500 millones US\$ en 2012, que supone menos de la mitad de los 5100 millones US\$ que se necesitan cada año para lograr el acceso universal a las intervenciones ■

La enfermedad de este tipo con mayor crecimiento en el mundo es el dengue, cuya incidencia se ha multiplicado por 30 en los últimos 50 años

dos para combatir el paludismo ascendieron a 2500 millones US\$ en 2012, que supone menos de la mitad de los 5100 millones US\$ que se necesitan cada año para lograr el acceso universal a las intervenciones ■





En el sector salud
esta
crisis
está siendo una
ventana
de **oportunidad**

Antonio L. Andreu

Director del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (ISCIII)

Texto | Mónica de Haro

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA

Antonio L. Andreu

“En el sector salud esta crisis está siendo una ventana de oportunidad”

¿El 2013 ha sido un mal año para la investigación en salud?

Ha sido un año muy complicado por la situación financiera, y además de los problemas presupuestarios, hemos tenido que poner en marcha todas las actividades del nuevo Plan Estatal de Investigación Científico-técnica de Innovación

Sin embargo, el ISCIII goza de un estatus un tanto particular...

Desde el Carlos III hemos tenido un año particularmente complicado porque en el entorno del sistema hemos sido prácticamente la única agencia que ha podido mantener los niveles de financiación a lo largo del año en el marco de la convocatoria de la Acción Estratégica en Salud. La financiación en investigación en salud utiliza una parte muy significativa de los fondos que proceden directamente de la industria farmacéutica, lo cual ha salvaguardado y mantenido una cierta protección presupuestaria de nuestras capacidades para fomentar nuestras convocatorias.

También gozan del apoyo y sintonía ministerial...

Sí, tanto el Ministerio de Economía y Competitividad como el de Sanidad creen que la investigación y la atención sanitaria tienen que ser elementos que deben caminar uno junto al otro. Y de hecho, nos están apoyando cada día en sus propias competencias.

¿Esta posición ‘privilegiada’ conlleva una presión adicional?

Durante todo el año, la única ventanilla que ha estado adecuadamente abierta ha sido la nuestra, y esto ha sido una presión importante en el proceso de la gestión de las actividades que nosotros tenemos dentro del sistema. De hecho, los programas del Plan Nacional a lo largo del 2013 no se pudieron convocar hasta finales de año. Aún así en el 2013 hemos podido mantener en un nivel adecuado la velocidad del sistema en

investigación en salud gracias a la coexistencia de dos elementos: un cierto nivel de autonomía en la capacidad de gestión al ser un organismo público de investigación y que parte de los fondos procedentes de la industria farmacéutica a través de la disposición adicional sexta de Uso Racional del Medicamento determina que Farmaindustria retornará al Carlos III, en función de un porcentaje fijo de la factura farmacéutica, para fomentar las actividades de investigación biomédica.

¿El análisis retrospectivo es por tanto bueno?

El hecho de que en el resto del sistema

la situación haya sido tremendamente complicada ha repercutido sobre nuestra propia estructura porque en investigación todos dependemos de todos. Pero excepto alguna situación puntual, hemos podido -en una visión global- mantener el conjunto de nuestras actividades. Lo demuestra el hecho de que en 2012 financiamos 737 proyectos de investigación, y en el 2013, 711, que están dentro de la acción estratégica en salud. En cuanto a los programas de recursos humanos, los seis se han mantenido en la misma dotación, excepto el Programa de Becas Pre-doctorales, pero la dotación se ha podido inyectar dentro de toda la convocatoria de proyectos.



Incluso se han puesto en marcha programas nuevos...

Sí, hemos podido poner en marcha dos programas nuevos de mucho impacto sobre el sistema: el programa Joan Rodés y un programa de institutos de investigación sanitaria. Hay que destacar que el programa Joan Rodés está haciendo algo revolucionario en el sistema, está utilizando fondos de I+D para la contratación de personal asistencial en los centros de investigación en salud, para incorporar profesionales en las plantillas asistenciales con los máximos niveles de experiencia investigadora. Por tanto, aunque el año 2013 ha sido difícil, hemos podido mantener la velocidad del sistema sin incrementar pero sin disminuirla de forma significativa.



¿Y qué ha sido lo más positivo?

La aceleración de los programas de los institutos de investigación sanitaria. Algo fundamental porque son la punta de lanza del sistema, son instituciones muy competitivas, de alta visibilidad a nivel nacional e internacional, que este año ya se han empezado a desplegar de una manera muy valiente. Otro elemento muy importante es que a lo largo de este año se ha acabado de articular el proceso de creación del único consorcio CIBER, que representa la fusión operativa de todos los otros CIBER dentro de un único consorcio.

¿Qué destacaría del 2014?

Ha habido muchas actividades destacadas en lo que va de año como la puesta en marcha de la Plataforma de Recursos Moleculares y Bioinformáticos que incluye programas de genotipado, proteómica, ácidos nucleicos, líneas celulares y bioinformática; y el despegue de nuevas convocatorias de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa.

¿Cuál ha sido el denominador común de todas estas actividades?

Todas las actividades que se han puesto en marcha, desde distintas perspectivas, van dirigidas a que los científicos en el área de salud del país agregen sus capacidades para hacer proyectos y actividades de mayor masa crítica y, por tanto, más competitivos. Ha sido el año en el cual los científicos, en el área salud, más que nunca han unido sus capacidades para hacer proyectos más beneficiosos, fruto de la situación presupuestaria complicada.

¿Crisis también significa oportunidad?

Paradójicamente nosotros estamos detectando de manera muy clara que en el sector salud esta crisis está siendo una ventana de oportunidad para que los investigadores reorganicen sus propios procesos y decidan abordar nuevas agendas colectivas. En este sentido, tenemos que ser capaces de compatibilizar las agendas individuales con las agendas colectivas a un nivel más macro, que haga que tengamos masas críticas adecuadas que nos permitan competir y consigan que España mire hacia fuera.

A pesar de la crisis financiera que ha vivido la ciencia, todos los indicadores de generación del conocimiento indican que los científicos españoles, específicamente en el sector salud, se mantienen en las diez primeras posiciones del ranking mundial

¿La ciencia y los investigadores españoles revalorizan la marca España?

A pesar de la crisis financiera importante que ha vivido la ciencia, todos los indicadores de generación del conocimiento indican que los científicos españoles, específicamente en el sector salud, se mantienen en las diez primeras posiciones del ranking mundial. Hasta ahora hemos oscilamos entre 9 y 12,

pero no hemos bajado hasta 25. Lo cual es muy importante porque quiere decir que la estructura de base es muy potente.

O sea, que somos listos pero todavía no sabemos sacar partido de ello

El talento nos ha permitido afrontar la crisis mejor que otros países del entorno. El CNIO es un ejemplo paradigmático, porque a pesar de todo es uno de los 10 mejores centros de investigación médica de todo el mundo. Por tanto, la inversión sembrada



ENTREVISTA

Antonio L. Andreu

se está recogiendo. Tenemos un auténtico fondo de armario en la ciencia española y hay que ser lo suficientemente inteligente como para utilizarlo con el mayor nivel de eficiencia y eficacia para que el nivel baje lo menos posible.

¿Cuál es la situación presupuestaria para el 2014?

Estamos en un escenario presupuestario que claramente empieza a dar señales más tranquilizadoras. Nuestra realidad es positiva porque tenemos un incremento de la subvención nominativa de la Secretaría de Estado de 18 millones de euros. Somos el OPI que más ha crecido en subvención porque la Secretaría de Estado y el Ministerio de Sanidad apoyan estratégicamente la investigación en salud que se está haciendo desde esta casa.

¿En qué se va a traducir esta 'inyección' monetaria?

Eso nos va a permitir introducir en el sistema determinadas actividades que hay que hacerlas con un cojín financiero adecuado, y vamos a poner en marcha toda una serie de instrumentos que se van a publicar en la AES 2014, de momento en una dimensión moderada, en relación con el incremento mencionado. Vamos a empezar a hacer cosas nuevas que ahora más que nunca entendemos que van a ser necesarias para desarrollar la investigación en salud cara a lo que queda del siglo XXI y sobre todo, cara a los parámetros que Europa marca en el seno de horizonte 2020.

El gran reto del ISCIII es...

Nuestra misión sigue siendo fomentar la cultura de la innovación en el SNS, si la situación se mantiene en este nivel de estabilidad. Horizonte 2020 marca una hoja de ruta de ocho años de duración para todo el espacio europeo articulada sobre tres principios: producir ciencia de excelencia para ser competitivos globalmente, que la ciencia que se financia con los impuestos de los ciudadanos europeos solu-

cione sus problemas prácticos, y que sirva para generar riqueza en el tejido productivo de Europa. Por otro lado, la apuesta del Carlos III es mantener vivas las actividades dentro del SNS para poder dar a los

ciudadanos los mejores tratamientos. Hay que utilizar los recursos de la manera más inteligente posible. Muestra de ello es cómo ha

cambiado radicalmente el tratamiento oncológico en el país y en el entorno internacional. La Medicina del futuro es la Medicina personalizada porque es la más sostenible cuando esté implementada ya que va a permitir que los tratamientos sean lo más efectivos posibles. Además habrá que llevar a cabo modificaciones fruto del cambio en el perfil que ha generado en los últimos años relacionado con la tecnificación, la mejora de la esperanza de vida y con la permanencia en el sistema de las patologías crónicas de larga duración. Hemos hechos un sistema muy basado sobre una Medicina de agudos, pero los avances nos impulsan hacia el mantenimiento de la sostenibilidad de las patologías crónicas y del envejecimiento.

El mayor problema que tiene la ciencia española en estos momentos es...

Que existe un gap excesivo entre la capacidad que tenemos de generar conocimiento y que éste llegue a las empresas, y por tanto, sea capaz de generar riqueza. En los indicadores de innovación. En los años 2009-2012 España ocupaba la posición nº 9 del mundo en generación de conocimiento, mientras que en capacidad de generación de innovación ocupábamos el puesto 57. Y otros países europeos están en situaciones parecidas.

¿Se trata entonces de un problema global?

Sí, es algo que incumbe a todo el espacio europeo, el peligro de que las empresas europeas se queden a la cola en el entorno competitivo porque los mercados emergentes ya emergieron y ahora debemos luchar



más para mantener la economía europea. Así que tenemos una situación complicada en la ciencia europea, ya que generamos mucho conocimiento científico pero esto no se transforma en algo que crea riqueza en las empresas.

¿Y esto qué supone?

Pues genera problemas como una no adecuada capacidad de inversión en las empresas en I+D y, por otro lado, revela la necesidad de que desde los agentes gubernamentales se diseñen instrumentos específicos para fomentar este tipo de acciones. Hay que trabajar mucho más intensamente y acelerar este proceso porque la economía europea ya no puede perder el tren. Por tanto tenemos que empezar a inyectar instrumentos de innovación en la investigación en salud. Este es el gran reto para la investigación en salud



para el Carlos III en el año 2014 y en los años venideros.

Si lo que se ha hecho hasta ahora no ha funcionado, ¿cuál debería ser el siguiente paso?

Aunque hay mecanismos que apoyan a las empresas, nos faltan mecanismos que acerquen el conocimiento del sector académico a las empresas. Hasta ahora las agencias financiadoras financiaban la investigación en salud pero nos ha costado mucho diseñar instrumentos para que los investigadores del SNS, que son los que generan conocimiento, se convenzan de que ese mismo conocimiento se puede transformar en riqueza en una empresa biotecnológica, de comunicaciones, etc. El investigador no debe pensar sólo en la atención al paciente, por eso las actividades que se están llevando a cabo (creacio-

nes de spin-off, acuerdos con las empresas...) tienen que estructurarse en un marco de eficiencia y eficacia.

Entonces es preciso también ver las cosas desde otro prisma, realizar un cambio conceptual y de perspectiva

Exacto, el objetivo de todo el sistema es diseñar instrumentos pero también es preciso un cambio cultural. Es importante que los investigadores en el área salud entiendan que hacen cosas que, adecuadamente gestionadas, podrían transformarse en un bien directo de atención a los pacientes y en riqueza productiva.

Pero a pesar de esto, hay cosas que sí se están haciendo bien

Un buen ejemplo es que en la convocatoria de este año esperamos poner en marcha un programa para la realización de doctorados, instituto de investigación sanitaria, empresa del sector ciencias y tecnología de la salud para, a través de la realización de una tesis doctoral, fomentar alianzas entre investigadores del sector académico e investigadores de las empresas en el sector ciencias y tecnológicas de la salud. De modo que los jóvenes licenciados podrán realizar una tesis doctoral co-tutorizada desde ambos ámbitos con dos años de estancia en un instituto de investigación sanitaria y una empresa.

¿En la unión está la fuerza?

Eso es. Todavía existe excesivo desconocimiento estratégico entre ambos sectores de las capacidades que tiene el otro. En este barco estamos todos: sector público, ciudadanos, empresa y sector académico. La clave está en diseñar estrategias para agregar nuestras capacidades y crear masas críticas a nivel social que nos permitan ser competitivos. España tiene ventajas estructurales que no tienen otros países del entorno europeo, el tejido investigador en el área salud está

muy interaccionado a través de programas de investigación cooperativa y a nivel de programas nacionales que hacen que haya un flujo de comunicación entre los investigadores de todo el estado que trabajan juntos en modelos virtuales.

Tenemos una situación complicada en la ciencia europea, ya que generamos mucho conocimiento científico pero esto no se transforma en algo que crea riqueza en las empresas

Esas masas críticas existen y hacen que, a pesar de todo, los niveles de generación conocimiento se estén manteniendo altísimos. Es nuestra gran ventaja cultural y estructural a nivel de sociología de la ciencia ■





ENTREVISTA

Emilio Ignacio García

dad y las consejerías de salud, con todas las sociedades científicas ha sido otro gran avance. Hemos consolidado con ello las tres actividades científicas que realizamos a lo largo del año: una reunión de coordinadores de calidad de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), que la SECA financia todos los gastos y reúne a todos los técnicos que se dedican en exclusiva a la calidad. Luego hemos consolidado unas jornadas de seguridad de pacientes que realizamos conjuntamente con la semFYC en el que, desde hace seis años, reunimos a los profesionales de Atención Primaria y que es un campo que está ahora en vanguardia y que, conforme el sistema sanitario es más sofisticado y las tecnologías son mayores, las posibilidades de error y los beneficios también lo son. La última actividad, y es la más importante, es el congreso anual, que cada año va a una ciudad diferente de este país y que reúne a entre 700 y 800 profesionales de la salud para debatir las estrategias relacionadas con la calidad que se han hecho a lo largo de este año en los difetrente hospitales y centros de Atención Primaria.

¿Y qué ha faltado por limar?

Hay que intentar implicar a cada vez más profesionales para que participen y unan al quehacer diario de atención al paciente con la monitorización y la evaluación del impacto de los trabajos que desempeñan. Tenemos que dar el paso para que la cultura de calidad sea inherente a la cultura directa al paciente y asistencial. Hay una línea de mejora importante. Quizás también habría que aumentar nuestra visibilidad al resto del mundo. Es una sociedad que aún no tiene el reconocimiento que sí se han granjeado otras sociedades más específicas. Tendríamos que darnos más a conocer y ponernos a disposición de la gente para que esta disciplina científica pueda llegar cada vez a más profesionales y personas.

El congreso, que se celebrará en Madrid en octubre aún queda lejos, pero ¿puede avanzarnos algo?

El congreso se celebrará en el Palacio de

Congresos de Madrid del 15 al 17 de octubre. Hemos tenido reuniones con el Ministerio de Sanidad y, en concreto, con la secretaria general de calidad asistencial, que formará parte de la organización. También hemos estado con la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Una de las líneas principales de este congreso serán cómo las nuevas tecnologías, como la telemedicina, la asistencia on line o las app para paciente, se pueden poner al servicio de los profesionales. Otra línea será la seguridad del paciente y la última estará relacionada con la gestión sanitaria, la gobernanza y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y esas van a ser las líneas nucleares del congreso.

En el último congreso, indicó que el sistema sanitario estaba en una encrucijada, ¿cómo están afectando los recortes en Sanidad para los profesionales que velan por la calidad?

Como todas las crisis, y esta es una de las mayores crisis de las últimas décadas, los recortes que se están introduciendo en Sanidad lógicamente pueden tener su impacto. Yo hablé en su momento que el gasto sanitario en este país se ha mermado en torno al 10 por ciento de media entre todas las comunidades autónomas. A fecha de hoy, el presupuesto sanitario es de 52.000 millones de euros, cuando en el pasado llegamos a disponer millones a tener esto. Esto tiene su impacto en la asistencia sanitaria. En una visión global, si te vas a la lista de espera quirúrgica, éstas han aumentado. Hay 571.395 pacientes en listas de espera, lo que supone un aumento significativo con años precedentes. De manera absoluta eso está ahí, pero también deberíamos profesionalizar la información sanitaria que se suministra a la población para no alarmarla. Deberíamos ser más transparentes y publicar la información de las listas de espera en función de patologías y gravedad. Si estamos atendiendo en tiempo y forma las patologías más graves, en tiempos de crisis y re-

cortes, es bueno difundirlo para tranquilizar a la población.

Entonces, ¿es una situación más grave o menos grave con los recortes?

La opinión de la SECA es clara. En términos absolutos hemos aumentado la espera quirúrgica y diagnóstica. Pero si somos capaces de trasladarle a la población que lo grave, lo que no puede esperar, se está atendiendo perfectamente, se sería, por un lado, más transparente y, por otro, mejoraría mucho más la imagen del sistema sanitario público que como siga así lo vamos a hundir cuando ahora tenemos de los sistemas sanitarios mejores del mundo. Los recortes afectan, pero falta ese hilo conductor para trasladar que no están desatendidos. Aunque las cifras en listas de espera han aumentado, si viéramos la información segregada en relación con la urgencia de la espera y le transmitiríamos que lo verdaderamente necesario se está haciendo, porque entre otras cosas en un sistema sanitario público las esperas son inevitables. Un sistema público no puede atender al momento toda la demanda sanitaria porque ésta es incalculable e insaciable. Cuanto más se

atiende más se genera. Un sistema sanitario público tiene que sopesar los recursos que tiene, necesita y le quita a otras áreas como Educación, Empleo o

Dependencia. Hay que utilizar de manera eficiente los recursos.

Todos señalamos con el dedo a la crisis, ¿es la única culpable de esta encrucijada del SNS?

El sistema sanitario tiene el problema por la crisis y los recortes, pero tiene que introducir mayores criterios de eficiencia. Todavía arrastramos muchos costes de no calidad que se podrían abordar y mejorar, como adecuar las estancias a los procesos y a las enfermedades. Hago referencia a toda la política de medicamentos o costes de problemas inherentes al sistema sanitario que podríamos mejorar.

Tenemos que dar el paso para que la cultura de calidad sea inherente a la cultura directa al paciente y asistencial



La SECA se ofreció a las administraciones a colaborar con una reforma, ¿se ha llegado a una primera toma de contacto?

Tan directo no. Mantenemos reuniones periódicas con el Ministerio de Sanidad. Nosotros trasladamos cuál es nuestra posición y orientaciones para el sistema sanitario. Las relaciones son muy buenas pero no tenemos por ahora ninguna capacidad de influencia ni se ha fijado un marco de colaboración para estos asuntos específicos.

Ha citado las nuevas tecnologías, ¿la Sanidad se está sabiendo adaptar a esta revolución o aún estamos gateando?

Las nuevas tecnologías lo inundan todo y la asistencia sanitaria cada vez cuenta más con la telemedicina, con la que se hacen

más diagnósticos, sobre todo dermatológicos y radiológicos, de forma que viaja la imagen y no el paciente. Hay especialidades que se han desarrollado bastante. La teleasistencia facilita la gestión, y la cita al paciente on line está suponiendo un pilar fundamental para dar una actividad más eficiente y más ahorradora en recursos.

Pero también puede ser un arma de doble filo...

Internet es una herramienta potentísima, pero a su vez si no se utiliza de manera adecuada pueda ser problemática. Hay mucha literatura gris, que no está contrastada ni avalada por las sociedades científicas. Hay mucha intoxicación que no es conveniente. Por eso abogamos para que las páginas web acrediten la calidad de la información que dan y asesoren a los pa-

cientes hacia los lugares más recomendables.

Como profesor universitario, ¿cree que la generación actual puede dar el salto definitivo en el uso de estas herramientas?

No tengo ninguna duda. Imparto clases a cientos de alumnos y considero que es la generación que tiene interiorizado desde pequeño el uso de las aplicaciones informáticas, de los móviles y de internet. Cuando estos profesionales de la salud se incorporen al mercado laboral, habrá un impacto exponencial. Será una herramienta inherente a su trabajo. Paralelamente, hay muchas universidades con asignaturas específicas sobre calidad asistencial y seguridad de los pacientes y los alumnos desde el primer año de carrera ya tendrán formación sobre estos asuntos.

Lo van a tener en el ADN...

De hecho, lo tendrán en su currículum de pregrado.

El año no ha arrancado mal para la SECA, con la concesión de un premio Avedis Donabedian, ¿qué sintió al recibirlo?

Estamos muy contentos y agradecidos a que una entidad de prestigio como Avedis Donabedian nos premien como la mejor sociedad científica en excelencia a la calidad del año 2014. Este premio es fruto de las líneas de investigación, las publicaciones y las colaboraciones con las entidades.

A lo mejor suena políticamente incorrecto, ¿ha estado suficientemente valorada al exterior?

Este premio es el primero que recibimos en reconocimiento a nuestra labor en 30 años. Nunca habíamos recibido nada. Esto ayudará a darnos mayor visibilidad, más allá de que tenemos que trabajar más desde la SECA en este campo. En ese campo, estamos confiados en que la revista de calidad asistencial, que dirige Susana Lorenzo con un equipo de editores y evaluadores, también nos ayudará a proyectarnos en el exterior ■





El decreto de
troncalidad
nos aterroriza,
bajo él nuestros neurólogos
no podrán trabajar en Europa



Alfredo Rodríguez-Antigüedad

Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Texto y fotos  Nekane Lauzirika



ENTREVISTA

Alfredo Rodríguez-Antigüedad

“El decreto de troncalidad nos aterroriza, bajo él nuestros neurólogos no podrán trabajar en Europa”

El doctor Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz, jefe de Neurología del Hospital de Basurto, ha sido nombrado recientemente presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Trabaja junto con su equipo en la nueva Junta Directiva para que la especialidad continúe teniendo la misma calidad y prestigio de los que goza en la actualidad. Por eso se muestra extremadamente preocupado por el borrador de decreto sobre troncalidad que afecta negativamente a la formación de los nuevos neurólogos. De aprobarse, lo vería como una losa profesional para estos especialistas. Por otro lado, el nuevo equipo de la SEN defenderá con todos los medios a su alcance que los equipos con investigaciones en marcha continúen con su trabajo, entre otras razones porque el aumento de edad de la población con sus enfermedades degenerativas en crecimiento es todo un reto para la investigación y la praxis clínica neurológica “La investigación en Neurología es fundamental para acercarnos al origen de muchas de estas enfermedades que hoy desconocemos”.

Aunque a veces hagamos cosas extrañas, ¿es la nuestra una sociedad neurótica?

No lo sé. No tengo datos contrastados para decir si lo somos o no. Nosotros, en plan de broma, solemos decir a los pacientes que somos los que estudiamos el hardware y los siquiátras se encargan del software. Manejamos el ordenador del cerebro, no los programas. Eso corresponde a otros especialistas. Cuando alguien tiene un infarto cerebral se le muere el cerebro; cuando alguien tiene un Parkinson se destruye una parte del cerebro. Somos la parte más organicista. No tratamos tanto aspectos puntuales de la personalidad; más bien manejamos el ordenador del cerebro, no los programas.

¿Cuáles son las patologías neurológicas a las que con más frecuencia se tienen que enfrentar?

Las enfermedades protagonistas en la Neurología son las neurodegenerativas. La primera de todas, el mal de Alzheimer, una enfermedad extremadamente presente que cada vez irá a más. En EE.UU, en alguna editorial científica se publicó que era la epidemia del siglo XXI, porque el envejecimiento es un proceso relativamente reciente en la sociedad. En 1900 no había prácticamente nadie, porque pocas personas llegaban a los 87 años. Hoy la esperanza de vida es muy alta y hay enfermedades cuya frecuencia aumenta con la edad.

¿El aumento de las enfermedades neurodegenerativas es el peaje?

El peaje por vivir más años. La posibilidad de que una persona de 95 años tenga artrosis o Alzheimer aumenta con el tiempo. Y de todas, ésta es la enfermedad más frecuente. Y como derivada, el tremendo consumo de recursos sociales para su cuidado. Hay personas que están incapacitadas y esto afecta al cuidador/a, a la familia y a la sociedad. La patología de Parkinson es otra enfermedad neurodegenerativa muy importante, la segunda más frecuente. Cuando se piensa en personajes históricos, Juan Pablo II, Franco, Hitler, Michael Fox...

Una dolencia tremendamente importante. Por una parte, desconocemos el origen de todas las patologías neurodegenerativas, por qué se producen. Y por otra, son muy frecuentes e invalidantes, a lo que debe sumarse el sufrimiento y sentimiento de dependencia tanto de los pacientes como de los familiares. Aunque estas dos son la punta álgida, hay otras enfermedades también importantes.

¿Cuáles?

La Esclerosis Múltiple (EM) que es la primera causa de discapacidad entre las personas jóvenes. Luego están las cefaleas, que aunque aparentemente es un problema supuestamente banal, al dolor se suma la acumulación de días de baja laboral con las consecuencias económicas tremendas que tiene. De hecho, cuando se hacen estudios de coste económico sanitario siempre salen a la relucir las cefaleas. Otra enfermedad “estrella” hoy en día es el ictus, que de repente, “de la noche a la mañana”, te rompe la vida, porque no avisa; afortunadamente en esta dolencia se está avanzando mucho, al igual que en las epilepsias que cada vez están más controladas. Tenemos después un grupo enorme de enfermedades neuromusculares, que son un conjunto de muchas dolencias no demasiado frecuentes, catalogadas la mayoría de ellas como “enfermedades raras”. Otro grupo son las distrofias musculares, el Duchén... Por lo general todas ellas son enfermedades demoledoras. Este es el entorno donde nos movemos los neurólogos, en las relacionadas con el avance de la edad, Parkinson y Alzheimer, que no son curables, pero también entre enfermedades donde tenemos cada día más capacidad de intervención como en la epilepsia, cuyos episodios los controlamos bien. Gracias a la mejora en la capacidad de actuación en la epilepsia, ictus y en la EM se están reduciendo los ataques de forma muy importante.

¿Son diferentes las patologías neurológicas en jóvenes, adultos y mayores?

Sí, por diferentes causas. Las epilepsias ocurren en los adolescentes y por origen genético; las que ocurren en personas adultas suelen tener una base más estructural, por cuestiones isquémicas, tumora-

Realmente el nivel de la Neurología en el Estado es muy bueno. Podemos competir con cualquiera



les y traumatismos. En los mayores son patologías degenerativas. En los más jóvenes, por ejemplo, está la Esclerosis Múltiple (EM); la migraña aparece con la juventud y en las mujeres con la menopausia. Podemos estudiar estas diferencias, porque nosotros abarcamos todas las edades, desde niños que nacen con Duchén hasta ancianos con Alzheimer.

¿Y entre hombres y mujeres?

También. La EM, más en mujeres. El ictus, no. Aunque sea la causa principal de muerte de las mujeres en países desarrollados, porque las mujeres viven más y de algo hemos de morir. El paso del tiempo favorecen la aparición del ictus junto a la

hipertensión y el colesterol. Además la edad es un factor de riesgo previsible pero no prevenible. Puedes hacer una dieta sana toda la vida, ejercicio, buena tenisión... pero si llegas a los 98 tus arterias estarán como mi pelo, se deterioran. Es la principal causa de muerte en mujeres porque viven más y es un peaje consecuencia del envejecimiento de la población.

¿En estas enfermedades influyen los factores económicos, sociológicos y culturales?

En la más importante, el Alzheimer, no guarda relación con esas circunstancias. En este sentido son enfermedades muy equitativas.; desafortunadamente, porque afectan

a todos por igual. Sí, se han estudiado las desigualdades en la salud. Las personas más ricas tienden a tener mejor calidad de salud. Se catalogan en cinco niveles y estratos sociales. Para cualquier enfermedad, a mayor nivel económico-social, mejor pronóstico que el nivel inferior. Es un análisis que se ha hecho en otras patologías, pero hasta donde yo sé en enfermedades neurológicas hasta ahora no se ha realizado.

¿Cuántos neurólogos hay en el Estado?

Ahora mismo estamos en la SEN unos 2.400 neurólogos, que somos prácticamente la totalidad.

Con el envejecimiento poblacional, ¿habrá suficientes para tratar a tantos pacientes?

Hay un trabajo que está a punto de publicarse con datos concretos. Se está haciendo el libro blanco de cómo es la distribución actual de neurólogos en las distintas Comunidades Autónomas. Porque cada una tiene sus peculiaridades. Algunas de ellas sí tienen carencias, que en ocasiones depende de la mera distribución geográfica; por ejemplo, en Euskadi de Bilbao a Vitoria se tarda tres cuartos de hora, pero de Teruel a Zaragoza tardas mucho más ¿no? En el libro blanco se entra en este análisis pormenorizado. Lo que sí es cierto es que en la última convocatoria MIR, las únicas plazas que no se han recortado son las de neurólogos.

¿Quiere decir que es una especialidad en alza?

El no haber recortado las plazas MIR así lo indica. Parece que todos son conscientes de que es especialidad en alza; la demanda sigue creciendo tanto desde el punto de vista de la asistencia como de la investigación en enfermedades raras o muy desconocidas. Insisto en lo de la investigación del origen para poder atajarlas mejor, porque provocan un gran impacto en la sociedad tanto en términos de sufrimiento como económicos y asistenciales.

¿Cuáles son sus objetivos para los próximos dos años: investigación, forma-



ENTREVISTA

Alfredo Rodríguez-Antigüedad

ción, carrera profesional, la colaboración con otros países...?

Cuando respondo lo hago no sólo como neurólogo a título personal, sino como presidente y miembro de la junta directiva. Se ha cambiado y ejerzo de presidente, pero trabajamos en equipo. La idea clave es que la tendencia de la Neurología en el Estado es muy buena. Cuando ves la proyección social que tiene en la sociedad sientes satisfacción, y, aunque parezca un tópico, la idea de la nueva junta directiva es que no caiga esta tendencia positiva.

¿Y por qué un tópico?

Porque estamos en un tiempo económicamente bastante complicado en todos los sentidos. La idea es que incluso en un momento económico complicado como éste, debemos mantener y promocionar el estudio de las enfermedades neurológicas, la atención, la investigación y la formación en Neurología. Y en este camino un reto ahora muy importante es la troncalidad que nos atemoriza.

¿Afectarán los recortes en investigación sobre las enfermedades neurodegenerativas?

La verdad es que tenemos un observatorio de la crisis que hace referencia a estos aspectos; no tenemos datos concretos, pero es evidente que el dinero disponible para la investigación se ha reducido. Si hay que priorizar los recursos escasos, nuestro planteamiento es que se invierta en investigación en aquellas líneas de mayor proyección. Si tengo dinero escaso reduciré mi cesta de compra, pero no dejaría de llevarle al dentista a mi

hijo, porque se quedaría sin dientes y dentro de cinco años aunque tuviera para comer no tendría con qué. Es un poco priorizar y no desinvertir en áreas que son muy importantes. Destruir una línea de investigación es muy fácil, pero recomponerla requiere un trabajo infinito. Por eso hay que ver lo que es más importante. Es un trabajo de priorización.

Además de la investigación, ¿en qué otras áreas pondrá el foco la nueva Junta Directiva de la SEN?

En la docencia por una parte y por otra en la sostenibilidad económica de la SEN. Porque vemos situaciones de otras sociedades científicas nada halagüeñas. Estamos en un proceso de reajuste de nuestra viabilidad económica. Hemos cambiado de sede este año. Históricamente siempre ha sido Barcelona, pero después de cuatro años de pérdidas continuadas no podíamos seguir en Barcelona. Y nos hemos trasladado, por temas exclusivamente económicos a Valencia.

Desde el punto de vista de aplicación económica, ¿qué es lo que más les preocupa?

El tema asistencial; porque si en el fondo puede ser importante para nosotros, aún lo es más para los pacientes. Tiene que haber neurólogos suficientes para mantener la excelente calidad asistencial actual a los pacientes. Que no se devalúe este nivel de calidad asistencial. Es también nuestro reto.

Luego, dentro de la distribución global hemos de ver los neurólogos que hacen falta, la distribución geográfica, el acceso a las pruebas complementarias... la formación. Por eso estamos analizando el tema de la troncalidad que nos agobia.

¿Cuál es la posición de la SEN sobre el decreto de troncalidad?

El decreto no se ha publicado aún. Hay un borrador que ha salido en el Consejo de Estado y seguirá el trámite. En el último borrador al que hemos tenido acceso, los neurólogos que se formen no serían reconocidos en Europa, porque no cumplirían los requisitos que se exigen en los países de la UE para ejercer. Lo cual me parece tremendo. ¿Cuál es nuestro planteamiento? No ser originales, que los neurólogos que se formen en España tengan la misma formación en tiempo y contenidos que los neurólogos formados en Alemania, Francia, Reino Unido, Bélgica... en todos los lados. Inventar poco. Tal y como se ha planteado el decreto de troncalidad es un modelo que de entrada no nos gusta en absoluto. Busca más médicos polivalentes que médicos especialistas. En otras especialidades desconozco si es la estrategia adecuada, aunque veo que otras especialidades científicas también se quejan, pero no tengo opinión. Pero en Neurología, evidentemente nos parece una barbaridad. Sobre todo porque históricamente pedíamos más formación para la Neurología, y de repente hacen un cambalache metiendo a los neurólogos a que adquieran conocimientos de la Medicina General, muy interesantes, pero que no nos van a servir para ser especialistas en Neurología. Tener formación en todo es maravilloso, pero hay que formarse en lo que vas a trabajar y en lo que exigirán los pacientes; al neurólogo no le van a exigir que tenga conocimientos de otras áreas... Nos oponemos porque es hipotecar el futuro; desde la SEN nos peleamos por algo que a nosotros, en concreto, no nos afecta personalmente, porque yo tengo ya la formación hecha y podemos optar a trabajar en Europa. Luchamos no por nosotros sino por los futuros neurólogos y por los pacientes, que podemos serlo todos. Queremos que los futuros neurólogos reciban la misma formación especializada que tenemos nosotros, para que mantengan el prestigio de la Neurología en el Estado y tengan la buena imagen del neurólogo actual.

El nivel de los neurólogos es bueno. ¿Suficiente para ser apreciados aquí y demandados en otros países?

Claro. Realmente el nivel de la Neurología en el Estado es muy bueno. Podemos competir con cualquiera. Con este borrador, en los términos del último que conocimos, insisto, no nos gusta nada, porque tendrían una formación reducida: se puede ampliar, hacer muchas cosas. No sé cuál es la motivación tan profunda por la que se lanza este decreto; por lo menos en lo que se refiere a la Neurología no es racional pensar que no puedan cumplir los criterios mínimos para ser especialistas en Europa. ¿Podrán ejercer aquí y no en Europa? Es una barbaridad.

¿Hay paro entre los neurólogos? ¿Tienen que marcharse fuera de Europa?

Los neurólogos que hoy salen fuera a trabajar lo hacen por su prestigio, su capacidad y desarrollo profesional. Hoy por hoy no hay paro, aunque empieza, como en otras especialidades, a faltar trabajo. De todos modos tenemos miedo a que el impacto de la crisis termine afectado y el paro se aparezca.

¿Cree que todos los equipos de investigación en marcha se podrán seguir manteniendo?

El objetivo es ese; esperamos que sí, que podamos apoyar desde la SEN para que eso siga siendo así. No desinvertir en aquello que sea prioritario.

Las políticas sanitarias que se llevan desde el Ministerio de Ana Mato...

Con respecto en concreto a la Neurología, lo que nos atemoriza en su política sanitaria es el decreto de troncalidad; no por nosotros sino por los futuros profesionales.

¿Cómo son las principales reivindicaciones de los neurólogos en las Comunidades Autónomas?

Básicamente la disponibilidad de los recursos suficientes para la asistencia. En muchas

CC.AA. hay recortes de personal y en recursos que ya están en marcha como las Unidades de Ictus. Fíjate que entre nuestras principales reivindicaciones no está la económica, sino que pedimos los recursos suficientes para tener la atención que somos capaces de dar, de alta calidad. Pero sin ruedas no puede andar el coche, y menos si nos tenemos que enfrentar a patologías galopantes en este siglo como es el Alzheimer.

En estos momentos no se puede prevenir ni curar dolencias como el Alzheimer, el Parkinson, ¿qué necesitaríamos para que dejaran de ser los jinetes del apocalipsis?

Alzheimer y Parkinson son primas hermanas en cuanto a que el origen es totalmente desconocido. Conocer los mecanismos que dan lugar a la enfermedad, conocer las proteínas marcadoras... esa sería la estrategia. ¿Qué sería lo ideal? Tener una vacuna o un método de prevención, pero eso todavía no está en el calendario; es complicado. Sería fantástico poder decir: te vas a morir de esto o de lo otro, de un accidente de coche, pero no de un Alzheimer porque no podemos evitarlo.

Llegan los fármacos personalizados, la Medicina regenerativa, las terapias génicas, ¿hay recorrido en esta vía para la esperanza o necesitamos todavía más avances?

Las terapias genéticas están orientadas sobre todo para las enfermedades neuromusculares, enfermedades raras... Ya se están investigando algunos medicamentos que de alguna manera modifican la maquinaria genética implicada. Afortunadamente es un camino de esperanza cierta y apasionante para los enfermos con estas dolencias. También está en marcha pero es más complicada la terapia génica, que no consiste solo en sustituir el gen defectuoso, sino en modificar el manejo que la célula hace de él para curar esas enfermedades. Donde hay una enorme

puerta abierta es en la Medicina regenerativa. Algunos órganos se pueden regenerar con mayor facilidad (el hígado se regenera con facilidad en ocho meses), sin embargo, el cerebro no se regenera, no se puede trasplantar. Si ponen tu cerebro en otro cuerpo serías tú en otro cuerpo y viceversa. El cerebro es peculiar y ante cualquier agresión tiene escasa capacidad de recuperación. Además, cada zona del

cerebro controla una cosa específica. La esperanza está en los estudios en marcha sobre tratamientos regenerativos del cerebro y en los medicamentos para regenerar el cerebro. La estrategia de Medicina regenerativa en Neurología tiene un interés enorme hacia futuro, pero aún estamos en los comienzos.

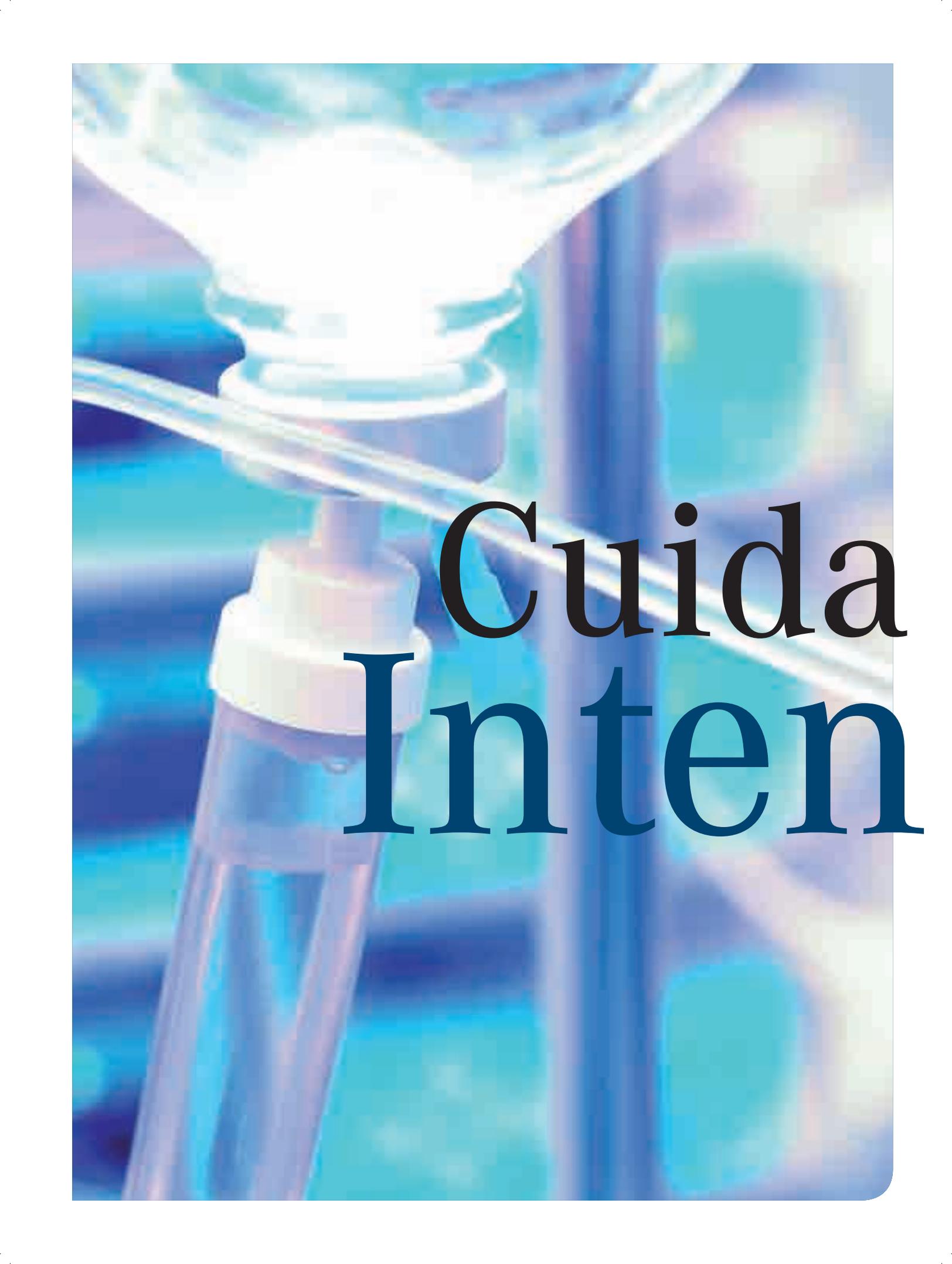
¿La Medicina personalizada podría colocarnos en mejor situación de prevención, predicción y, en su caso, de curación?

En áreas específicas de algunas enfermedades sí se empieza a avanzar. Cuando se tiene un repertorio muy amplio de medicamentos uno tiene que intentar poder elegir aquel que sea más efectivo y seguro desde el principio; se empieza a avanzar en ese campo en algunas enfermedades con diferentes medicamentos. En el ámbito de la Esclerosis Múltiple podemos personalizar el riesgo. Estamos en ello. Analizamos información que nos permite conocer el riesgo que va a padecer una persona para valorar el riesgo-beneficio que va a tener un paciente de una manera más precisa con un tratamiento u otro.

¿La esperanza para estas patologías existe y no es tan lejana? ¿O tal vez todo esto que hablamos sea tan lejano que pueda crearnos una esperanza soufflé?

El tiempo no lo sé, pero la humanidad ha superado de todo. A Julio Verne le parecería increíble ir a Marte; hay que esperar, cierto no es para mañana. De ahí la necesidad de investigar sin desmayo este tipo de problema. De hecho se ha avanzado muchísimo ■

Hay toda una estrategia de Medicina Regenerativa que en Neurología tiene un interés enorme



Cuida
Inten



dos SIVOS, una Medicina que salva vidas

Texto  Nekane Lauzirika



RADIOGRAFÍA

Cuidados Intensivos, una Medicina que salva vidas

El 80 por ciento de los pacientes que entra en las Unidades de Cuidados Intensivos-UCI retorna a la sociedad en buenas condiciones de vida. En España tenemos una mortalidad intra-UCI que se sitúa en torno a un 20 por ciento y en las unidades de semicríticos oscila entre el 2 y 4 por ciento. “Entre los objetivos que se marca la Sociedad está la búsqueda continua de la calidad, así como seguir siendo líderes en proyectos de seguridad que ahorran no solo vidas, sino también dinero a la Sanidad en estos tiempos de crisis”, tal y como lo señala Lluís Blanch, presidente de SEMICYUC.

A pesar de tener más de 40 años y estar muy consolidada, la Medicina Intensiva continúa siendo una especialidad desconocida para la mayor parte de la ciudadanía. Además, el papel del intensivista no solo se centra en la Unidad de Cuidados Intensivos, sino también fuera del hospital, en la UCI sin paredes”. Así lo explica Lluís Blanch, presidente de SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias). Como afirma, la Medicina Crítica española es la quinta en reconocimiento mundial y su nivel de investigación es muy alto. “Confiamos que con el descenso de recursos no caigan estos niveles”, explica a la Revista EL MÉDICO el Dr. Blanch, al tiempo que reivindica que las unidades de cuidados intermedios “requieren una gestión integrada con los servicios de Medicina Intensiva con el fin de propiciar una continuidad asistencial”.

En su opinión, en España la especialidad está mejor que en otros países de nuestro entorno donde no existe como tal. “En Europa se van acercando a nosotros. El médico intensivista es el que convive con los pacientes críticos 7 días a la semana; así que tenemos 40 años de resultados excelentes, de gente tratada en la UCI que no fallece. De hecho, la mortalidad intra-UCI se sitúa en torno al 12-20 por ciento. La mayoría salen bien”. Luego están las Unidades de semicríticos, cuya mortalidad oscila entre el 2 y el 4 por ciento. “El intensivista es el médico que trabaja con enfermos críticos y que lucha por su vida”, sentencia.

Coincide en esta misma línea el doctor Francisco Álvarez, presidente del Comité Científico, al asegurar que los intensivistas

españoles son referente mundial en cuanto a la especialidad. “A la que se están sumando otros países. China creó la especialidad hace dos años tomándonos como modelo; en Inglaterra, donde no existía más que como subespecialidad, también acaban de aceptarla como una especialidad primaria en la que se pueden formar desde que se acaba Medicina, que no es poco. No hace falta ser especialista en algo para ser intensivista”, remarca.

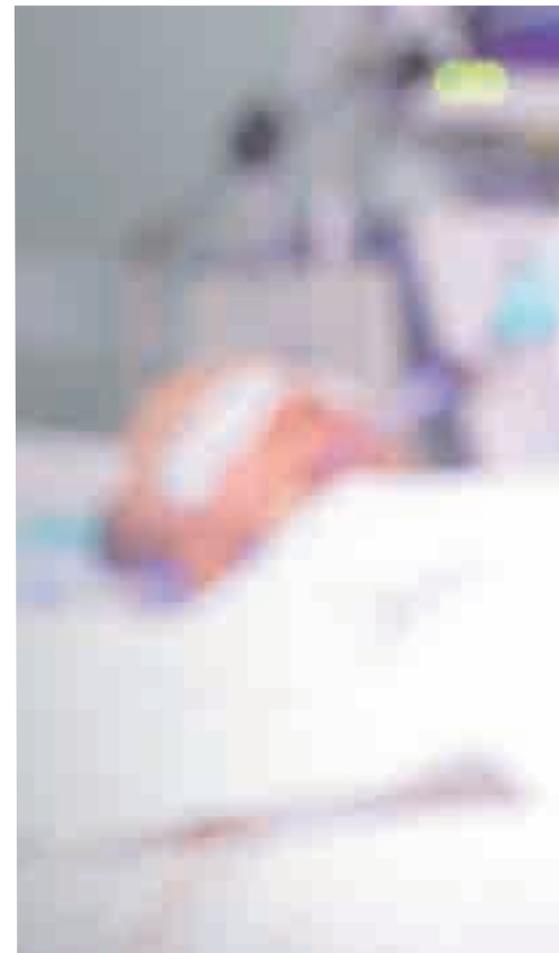
La Medicina Intensiva es una especialidad dinámica porque ofrece numerosas posibilidades no solo al paciente, sino también al entorno del paciente tratado. “El aspecto de la investigación, aunque puede verse mermado por los recortes, es importantes. Hay que tener en cuenta que España es líder en trasplantes y estos se llevan a cabo por intensivistas”, comenta el presidente de SEMICYUC.

Entre los retos que se marcan desde la Sociedad está el de concienciar a la ciudadanía sobre el error de pensar que los que entran en la UCI tienen casi todas las papeletas para fallecer. “Es todo lo contrario; son pacientes con muchas posibilidades de vivir. Como están graves tienen unos cuidados importantes, pero el retorno a la sociedad suele ser destacado”, aclara. A pesar de los recortes que está sufriendo la Sanidad pública, “a los pacientes en cuidados intensivos se les ofrecen las mismas atenciones que antes de la llegada de la crisis, aunque nuestro sueldo esté como en el año 2006. Porque la motivación de los intensivistas es la misma: la vida del paciente. Son profesionales muy involucrados, a pesar de que sus emolumentos

estén muy mermados. Donde la crisis sí puede hacerse más patente es en la investigación; si puede verse afectada”, reflexiona con cierto lamento el doctor Blanch.

Proyecto “UCI sin paredes”

Con respecto al futuro, el doctor Blanch apuesta por extender a toda España el proyecto piloto 'UCI sin paredes', implantado con éxito en el Hospital Universitario del Henares. Se trata de la utilización de un avanzado sistema informático de monitorización que permite detectar alteraciones en las constantes vitales de pacientes in-



gresados en las mismas plantas de hospitalización, evitándose así estancias en cuidados intermedios e ingresos en la UCI. Estos últimos "suponen un coste medio aproximado de 2.000 euros por paciente y día en nuestro país, debido fundamentalmente al mayor número de profesionales sanitarios y tecnologías con que cuentan", señala. Varios estudios avalan el "claro ahorro" de la 'UCI sin paredes'.

En el enfermo crítico, añade Lluís Blanch, más que en ningún otro paciente, "hay que analizar la eficacia y eficiencia de los procesos asistenciales". En España "contamos con un número razonable de camas de cuidados intermedios y de UCI, por lo que hay que optimizar su gestión antes de abrir nuevas". Además, los intensivistas "debemos hacer todo lo posible por devolver a estos pacientes a la sociedad en las mejores condiciones con el objetivo de evitar gastos mayores derivados de la cronificación de patologías y situaciones de de-

pendencia", apunta. Esto va en línea con el hecho de que los hospitales acaben atendiendo casi exclusivamente procesos agudos y pacientes críticos y semi-críticos.

En este mismo hilo conductor, el doctor Álvarez asegura que la Medicina Intensiva tiene los enfermos más monitorizados del hospital. "Sus constantes vitales o metabólicas están controladas. Eso hace que sea un modelo de paciente crítico, donde se aplican muchos de los modelos de nuevos tratamientos que se están diseñando para mejorar la evolución de los enfermos en el campo de la ciencia, de los nuevos antibióticos, de los nuevos aparatos de ventilación... Hay un continuo campo de investigación que no para de avanzar. De hecho, de forma continuada en

el Hospital del Mar, que es de nivel medio, nos dedicamos desde hace mucho tiempo a la investigación, contamos con cuatro o cinco proyectos de ensayos clínicos bien diseñados por la industria y con los comités de ética en funcionamiento", explica detalladamente.

Por otro lado, cabe destacar que la Medicina Intensiva es, sin duda, una especialidad con renovación permanente, la formación continua es clave en esta es-

pecialidad muy tecnológica. "Se producen a gran velocidad novedades muy eficaces para los pacientes. En este campo, los intensivistas estamos trabajando mucho en cómo evitar las complicaciones. También contamos con programas de bajo coste para evitar neumonías o infecciones que en estos pacientes son muy importante".

Los fondos para los pacientes siguen siendo los mismos, pero la investigación sí puede verse afectada por la crisis





Hasta hace poco, el paro en la especialidad era casi inexistente. Sin embargo, ahora han empezado a sufrir las consecuencias de la crisis. “Muchos de nuestros residentes tienen trabajo en precario; en guardias. Y otros muchos deben de salir a otros países, ya que con los recortes no podemos contratarlos. Aquí hay menos movilidad por lo que tienen que experimentar en el extranjero. Como tienen muy buena formación son muy bien aceptados. Es una época dura para el trabajo”, reconoce resignado Blanch.

En este mismo sentido, el doctor Francisco Álvarez, del Hospital del Mar añade que cuando se crearon muchos hospitales con unidades de

intensivos el paro era “ciencia ficción”. También eran demandados por hospitales comarcales que buscaban la figura del intensivista porque es un médico muy polivalente. “En todos los centros, en urgencias, o en áreas de intensivos buscan a nuestros profesionales. Pero en los últimos años hay una cierta dificultad para colocarlos, aunque hay que decir que todos se ganan la vida. ¿Cómo? A base de hacer guardias, porque ya saben que nuestro trabajo significa estar los 365 días del año al lado del enfermo. Esto obliga a tener una dotación de médicos para guardias complementarias a la dotación de profesionales que hacen asistencia por la mañana. Y en este pool de facultativos de guardia se han ido colocando todos los que han salido en los últimos años”, explica.

La SEMICYUC persigue consolidar varios de los programas ya en marcha de difusión, de formación y de reanimación cardiopulmonar. “También ofrecemos servicios a muchos residentes a los que formamos de forma gratuita a través de Congresos, con investigación así como con participaciones en universidades de otras zonas del mundo. También intentamos trasladar nuestra formación a países menos desarrollados”, desgranaban los responsables de la asociación.

Búsqueda de la calidad continua

Por otro lado y en opinión del doctor Álva-

ro Castellanos del Hospital de Valdecilla y coordinador nacional para la implementación del programa formativo de la especialidad, ésta tiene un futuro “muy prometedor”, asegura una parte del mapa de competencias europea (COVATRICE). “Un programa europeo de formación de Medicina Intensiva basado en competencias”. ¿Qué es exactamente? “En Europa se quiere definir, de hecho ya está definido lo que es ser intensivista. Tienes que adquirir una serie de conocimientos, de habilidades técnicas y de actitudes personales también. Todo esto forma parte de lo que es este programa COVATRICE”, recalca el doctor Castellanos.

En algunos países europeos de nuestro entorno han reconocido que el ámbito o las competencias del intensivista son tantas y tan importantes que requieren un programa de formación específico. “En Reino Unido, Portugal, Suiza, Francia y España tenemos la Medicina Intensiva como una especialidad independiente. En el Reino Unido y Suiza se puede acceder a ser intensivista desde otras especialidades. Pero lo más importante es que se asuma que el cuidado del paciente crítico requiere de una sólida formación. Se están reconociendo ya programas de formación específicos para Medicina Intensiva. En definitiva, lo que se busca es la calidad continua”, explica el coordinador de COVATRICE.

A juicio del doctor Castellanos, lo que se busca, fundamentalmente, es la homogeneización de la formación de todos los intensivistas de Europa y que esta formación esté basada en una alta calidad. “Nosotros nos hemos adherido al programa porque favorecerá la movilidad de los profesionales entre fronteras. Así nuestros profesionales podrán trabajar en cualquier país europeo y viceversa, porque saben que son médicos bien formados”.

Investigación y docencia

¿Y la investigación? “Forma parte de las competencias para ser intensivistas. No solo la investigación, sino también la enseñanza. En este sentido, en España somos bastante activos. En los Congresos europeos suele haber un número elevado de comunicaciones y trabajos científicos importantes. Es una especialidad muy activa, tanto en el campo de la investigación como profesional”, señala en perfecta coincidencia con la opinión del presidente de SEMICYUC.

El coordinador nacional para la implementación del programa COVATRICE explica cómo los intensivistas trabajan también para otras especialidades médicas. “Somos una especialidad horizontal que damos apoyo a muchos otros servicios; somos los internistas del paciente grave y damos apoyo a cirugía y a todas las especialidades de Medicina interna, a urgencias y jugamos un papel destacado en las donaciones. En concreto somos los que conseguimos el consentimiento de las familias y participamos de forma importante en el mantenimiento de los órganos hasta que el paciente pueda ser trasplantado”.

“Nuestra sociedad tiene marcadores de calidad; somos líderes de seguridad que ahorran vidas y dinero por medio de proyectos como Bacteriema Zero, Neumonía Zero. La formación es especial y diferencial de

otras especialidades para la atención del paciente crítico. Además, apostamos por el fomento y desarrollo de programas de formación europeos como el citado COVATRICE. A esto hay que añadir que la Medi-

cina Intensiva incorpora los avances más notables en monitorización, diagnóstico y tratamiento y colabora en la investigación en todos los campos del conocimiento (fisiopatología, medicamentos, tecnología aplicada)”, detalla el doctor Castellanos.

También para Francisco Álvarez del Hospital del Mar la formación es el gran reto. “La

Muchos residentes deben salir al extranjero porque no podemos contratarlos. Son muy bien acogidos porque son muy buenos

La Medicina Intensiva no es una especialidad muy demandada porque produce mucho estrés por la gran dedicación, y tiene poca rentabilidad económica privada

tecnología avanza en la medida que las necesidades obligan y cada vez hay más aparatos, más novedades, aportaciones, que nos empujan a una formación continua. Nuestra especialidad se renueva totalmente en el campo tecnológico cada diez años. Los sistemas de monitorización, los respiradores.... Los avances hacen que sea necesario una dedicación continua en la formación. Es un tema complejo”, reconoce.

Castellanos considera que la especialidad cada vez es más conocida, porque las unidades de intensivos son requeridas más frecuentemente por la gente, porque aumenta la edad media de la población y se precisan más tratamiento y vigilancia intensivos. “La longevidad es un hecho y ello conlleva la pluripatología, muchas comorbilidades, mucha complejidad y el número de camas de cuidados intensivos en los hospitales aumentan constantemente; tal vez por ello, todo el mundo sabe lo que son las unidades de cuidados intensivos y que hay unos profesionales que se dedican exclusivamente al tratamiento de los pacientes graves”, subraya.

Aumento de cuidados intensivos

Una opinión compartida por el doctor Francisco Álvarez, quien recalca que la sociedad surgió con el ánimo de agrupar a todos los intensivistas que están trabajando en hospitales dispersos en las capitales del Estado y facilitarles la transmisión de conocimientos entre las distintas especialidades. “Todo el mundo sabe lo que es una unidad de cuidados intensivos, pero no saben lo que se hace. La visión que tienen sobre lo que ocurre dentro, probablemente es poco real porque muchas veces piensan que es el lugar donde llevan a los enfermos que están en la fase final de su vida. Cuando eso no es así. Precisamente lo que se hace en la UCI es salvar vidas”, apunta Álvarez en sintonía con el presidente de SEMICYUC. “En los últimos años el 80 por ciento de los pacientes que han estado en la UCI salen vivos y de ellos puede haber un 5 por ciento que en el centro puedan adquirir alguna infección o les suceda algo, pero el resto llegan a sus casas en condiciones aceptables”.

En relación de los recortes, el especialista de Valdecilla asegura que se notan de forma muy parcial. “Por ejemplo en alguna jubilación que no ha sido sustituida. En general la experiencia en mi hospital es que no se han dejado notar. No nos ha afectado porque es un área muy sensible. Son los pacientes más graves, que requieren unos recursos en los que si se recortaran podría resentirse la calidad de la asistencia en su vida misma”.

A juicio del doctor Álvarez, si se hiciera una comparación con el Ejército, los intensivistas serían las fuerzas especiales. “Gente muy preparada, muy tecnificada, con una gran capacidad de respuesta y que atendemos las situaciones de mayor emergencia que se producen en el entorno del hospital”. En la misma línea que Blanch y Castellanos, recalca que la UCI da vida. “Nuestra presencia garantiza el tratamiento mejor que pueda tenerse. Como sociedad nuestro reto es que esta visión de las Unidades Intensivas llegue a la base”.



CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- ✔ CENTRO ESPECIALIZADO EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS
- ✔ ALQUILER FLEXIBLE POR PUESTOS Y DESPACHOS
- ✔ GABINETE DE PRENSA PARA SUS COMUNICACIONES
- ✔ SERVICIO DE VÍDEO CONFERENCIAS
- ✔ TRATAMIENTO DE SUS FICHEROS
- ✔ EXCELENTE COMUNICACIÓN ZONA NORTE DE MADRID
- ✔ GESTIÓN DE SUS RECURSOS ONLINE
- ✔ PRECIOS MUY COMPETITIVOS



RADIOGRAFÍA

Cuidados Intensivos, una Medicina que salva vidas

EN CIFRAS

- 1 En el Estado hay unos 3.500 profesionales de intensivos. Cada año entran nuevos para su formación entre 120-130. En la actualidad hay 700 facultativos formándose para ser intensivista.
- 2 La estancia media en las UCI oscila entre uno y tres días.
- 3 La mortalidad apenas alcanza el 2 por ciento en las unidades de semicríticos
- 4 En España hay 43 unidades de cuidados intermedios dependientes de servicios de Medicina Intensiva.
- 5 El intensivista es quien debe supervisar al paciente crítico, al menos el 90 por ciento de su tiempo; la UCI será el siguiente paso si se agrava su salud.

Como presidente del Comité Científico que coordina 13 grupos de trabajo, el intensivista del Hospital del Mar se encarga de que los profesionales puedan moverse por Europa. “La formación es clave. Uno de las ventajas que tenemos es que la especialidad en España está muy bien sedimentada; es una especialidad de 5 años de formación. En el resto de Europa la Medicina Intensiva no tiene estas características. Es una subespecialidad a la que se llega a través de otras como puede ser cirugía. La formación es muy dispersa y el contenido de conocimientos que se les da en otros países europeos es muy dispar”, subraya Francisco Álvarez. “Es una especialidad viva, en continuo cambio, con aportación continua de nuevos conocimientos que supone un gran avance para nuestros pacientes”.

Mucho estrés y baja remuneración

La especialidad de Medicina Intensiva no tiene excesiva demanda porque provoca mucho estrés en los profesionales. “El trabajo es muy duro porque estamos en continuo contacto con la muerte, pues los pacientes cuando llegan a nuestra unidad vienen con alto riesgo de muerte y esa situación hay que transmitirla a la familia para que sepan que vamos a hacer todo lo posible para salvarle la vida, pero que tienen un alto riesgo. Debemos de aplicar con rapidez los mejores tratamientos que se tienen: la mayor parte de las veces actuamos de forma protocolizada que nos ayuda mucho a la hora de tomar decisio-



nes. Pero las decisiones al final las tienes que tomar tú, no el frío protocolo. Eso supone un estrés personal a cualquier hora del día, igual a las doce del mediodía que a las tres de la madrugada, porque un paciente crítico puede aparecer en cualquier momento por la puerta del hospital”, subraya Álvarez.

A su juicio, un estrés tan elevado tendría que tener una mayor rentabilidad económica y es todo lo contrario. “Pero nosotros no podemos tener beneficio privado: nuestro trabajo se tiene que hacer en un entorno hospitalario, generalmente en la Medicina pública, aunque también haya intensivistas pediátricos en la privada”, explica. “El núcleo de los grandes intensivos están en estos momentos en la Medicina pública, porque es muy costoso mantener una estructura de intensivos. Evidentemente nos encontramos muy por detrás de la Cirugía Maxilofacial, la Oftalmología, las cirugías que producen más beneficios económicos, pero aunque no sea la especialidad MIR más solicitada, estamos en el ranking adecuado”, comenta.

Por otra parte, el doctor Francisco Álvarez reconoce que la SEMICYUC es una sociedad muy participativa y está abierta a todos los socios. “Adaptar la capacidad de comunicación entre nosotros. Las nuevas tecnologías están haciendo que cada vez estemos más próximos, aunque estemos lejos. Intentamos buscar actividades comunes, porque uno de los campos en los que tenemos que mejorar es en la capacidad de interrelación entre personas que están trabajando en lugares dispersos”, explica.

Para concluir, el especialista del Hospital del Mar, añade que de alguna manera lo que tendría que mejorar sería la integración Sociedad y universidad. “Los estudiantes que acaban ahora la carrera conocen poco lo que son los pacientes críticos, cuando en el día a día de su vida profesional se tendrán que ver obligados a identificar al enfermo crítico para dirigirlo al lugar correspondiente”. Un reto más a los muchos que plantea la mejora continua de la atención sanitaria ■

ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

El Médico.
Interactivo

LA SANIDAD DÍA A DÍA

ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN



Dentro del concepto de
excelencia
se incluye la
eficiencia.

La Medicina de calidad no es más cara

José Manuel Aranda Lara

Director gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Texto | Iñaki Alonso

Fotos | Servicio Andaluz de Salud



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

José Manuel Aranda Lara

“Dentro del concepto de excelencia se incluye la eficiencia. La Medicina de calidad no es más cara”

Desembarcó a principios de año en la gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS), en medio de la tormenta que conlleva todo cambio de ciclo. El sevillano José Manuel Aranda (Utrera, 1960), fue designado por la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, María José Sánchez Rubio, para llevar la nave de la Sanidad andaluza en unos tiempos, los de la crisis económica, que son más de salvar los muebles de lo ya obtenido. Una persona que, por cierto, no es nueva en cargos directivos –ha estado siete años al frente del Hospital Reina Sofía de Córdoba–. Por eso, con este bagaje en los despachos y en las cuentas, parece confiado pese a los envites de la coyuntura económica. Defiende que “la Medicina de calidad no es más cara”, defiende que la gran fortaleza del SAS son “sus profesionales”, reivindica una apuesta por la Atención Primaria basada en una mayor autonomía de los recursos y no se olvida de cargar las tintas contra los que “torpedean” acciones emprendidas desde Andalucía, como el no del Estado a la selección pública de medicamentos.

Acaba prácticamente de desembarcar en el SAS aunque lleva desde 1990 ocupando puestos directivos, ¿cuál es la prioridad que tiene en mente poner en marcha para 2014?

Seguir potenciando la gestión clínica y el modelo de unidades de gestión clínica con la introducción de innovaciones dirigidas a aumentar la autonomía y la corresponsabilidad de los profesionales en la toma de decisiones, y orientadas a mejorar la eficiencia y los resultados clínicos y en salud.

¿Cuáles percibe como las fortalezas del actual SAS?

La fortaleza del Servicio Andaluz de Salud

son sus profesionales y la experiencia que tienen en gestión, algo que ha hecho que sea uno de los sistemas sanitarios públicos más eficientes; entendiendo por eficiencia la prestación de una asistencia de calidad con una cartera de servicios completa y a unos costes razonables.

¿Y sus debilidades?

La debilidad es la debilidad de la sociedad en estos momentos, la crisis económica.

Recuerdo que el anterior gerente señalaba que uno de los retos del SAS era orientar los servicios a la excelencia sin obviar la viabilidad económica, ¿es compatible la excelencia con una menor disponibilidad presupuestaria?

Estamos convencidos de que un sistema de atención sanitaria de cobertura universal y financiado mediante impuestos generales, no sólo es más justo y obtiene mejores resultados en salud, sino que resulta más barato para la sociedad en su conjunto, en contra de lo que sostienen algunos sectores. Dentro del concepto de excelencia se incluye la eficiencia. La Medicina de calidad no es más cara.

Desde Madrid, en concreto el Ministerio de Hacienda, señalaba con datos que Andalucía, tras Cataluña, era la que más había recortado porcentualmente en Sanidad, ¿hasta qué punto está afectando la crisis en el sistema sanitario andaluz?

Al ámbito de las políticas sanitarias, la Junta de Andalucía destina el 38 por ciento (8.222 millones de euros) del presupuesto andaluz 2014, lo que permite, decir

no a la privatización de servicios, no al copago en farmacia hospitalaria, garantizar que los pensionistas no tengan que adelantar dinero de sus medicamentos, mantener íntegra la cartera de servicios más amplia del Sistema Nacional de Salud, seguir diferenciando la Sanidad andaluza del resto con derechos y prestaciones pioneras y únicas, apostar por la investigación biomédica, la innovación, el desarrollo del conocimiento y, en definitiva, buscar soluciones a enfermedades que hasta ahora no la tenían. El incremento del gasto sanitario por habitante reflejado por algunas comunidades autónomas es un reflejo de la privatización de la Sanidad que están realizando algunas de ellas. Y al contrario de lo que se traslada por algunas posiciones partidistas, la privatización de servicios supone un incremento del gasto. Estamos en una época difícil, pero es posible y más necesario que nunca seguir innovando en gestión para mantener la cartera de servicios y los niveles de calidad en la asistencia como hasta ahora. Las innovaciones pasan por fomentar la participación de los profesionales en la toma de decisiones.

La prioridad para este año es seguir potenciando la gestión clínica y el modelo de unidades de gestión clínica con la introducción de innovaciones dirigidas a aumentar la autonomía y la corresponsabilidad de los profesionales en la toma de decisiones

Aunque hay medidas de ajustes impuestos desde el Estado (tasa de reposición, jornada laboral de 37,5 horas), ¿entiende que los trabajadores y sindicatos hablen en los últimos meses de movilizaciones contra los recortes en plantilla?

Efectivamente, aunque la mayoría de

las medidas de ajustes que estamos implantando están relacionadas con mejoras en la gestión, hay algunas, como las que usted ha señalado, que vienen impuestas por las reformas planteadas por el Gobierno central, como es el caso del incremento de la jorna-

da a las 37,5 horas, y que afectan directamente a las condiciones laborales de los profesionales, incluidos los gestores. Por tanto, entiendo perfectamente las quejas de los profesionales y de los sindicatos. Si bien, el Gobierno andaluz ha realizado un importante esfuerzo para mantener el empleo público y, mientras en otras comunidades autónomas el incremento de jornada ha supuesto despidos masivos, en Andalucía hemos optado por medidas alternativas para mantener los puestos de trabajo en la Sanidad pública. En cualquier caso, el compromiso de la Junta de Andalucía es mejorar las condiciones laborales de los profesionales en cuanto la disponibilidad presupuestaria lo permita.

¿Echa en falta, en este contexto de crisis, mayor unidad de acción entre las diferentes comunidades autónomas para diseñar una estrategia conjunta?

Sería deseable establecer medidas de gestión que nos ayuden a todos a solventar las dificultades que nos estamos encontrando en estos momentos, aunque entiendo que es difícil porque las situaciones o puntos de partida en las distintas comunidades autónomas en materia de gestión sanitaria son en muchos casos muy diferentes. Pero lo que no es entendible es la posición del Gobierno central, que boicotea medidas puestas en marcha en Andalucía y necesarias para ajustarnos al presupuesto, pero sin afectar a la calidad de nuestras prestaciones o a los derechos en materia de salud. Es el caso de la selección pública de medicamentos en Andalucía, que sigue recibiendo envites.

¿Cuál cree que puede ser la mejor estrategia para favorecer la continuidad asistencial entre los hospitales y la Atención Primaria?

La estrategia pasa necesariamente por reforzar el rol de la Atención Primaria, donde se potencie la autonomía y la responsabilidad en la gestión de recursos para la obtención de resultados clínicos, pudiendo llegar a una Primaria responsable y gestora de la atención, evitando ingresos innecesarios.

¿Comparte la afirmación de otros gerentes de que la resolución de la mayoría de problemas se puede acometer desde la Atención Primaria?

El papel de la Atención Primaria es clave para la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario, pero los problemas hay que afrontarlos desde la perspectiva global del sistema.

En el ámbito hospitalario hay una tradición de profesionalización de directivos. ¿Cree que para Atención Primaria también sería conveniente la profesionalización de sus directivos?

Yo pienso que en Atención Primaria

también sus directivos son profesionales, al menos en Andalucía es así.

¿Qué innovaciones en la gestión se están abordando en el campo de la Atención Primaria en Andalucía? Y, sobre todo, ¿qué nuevas estrategias se podrían incorporar?

Tenemos que reforzar el papel de la Aten-

ción Primaria en el control de la demanda y en el cambio de enfoque de la planificación y de la acción hacia la atención socio-sanitaria, la atención a la cronicidad o pacientes frágiles, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

¿Qué acciones puede emprender el SAS para frenar la marcha de médicos que se han formado en hospitales andaluces?

El Servicio Andaluz de Salud sigue contratando médicos y las previsiones para los próximos años son que esta demanda se mantenga. Seguimos teniendo dificultades para encontrar facultativos de algunas especialidades, sobre todo, en hospitales comarcales, aunque también es cierto que la demanda en alguna especialidad es baja.

Con el relevo en la Consejería, se han retomado los contactos con los colegios de médicos, que demandan la colegiación obligatoria en Andalucía, ¿cómo van esas negociaciones?

Tenemos una relación fluida con los colegios de médicos, creemos que es importante que escuchemos sus opiniones. Sobre la colegiación obligatoria, estamos pendientes de la norma estatal que lo regule.

¿Qué espera de este 2014 para la Sanidad andaluza?

Espero que a pesar de las dificultades presupuestarias de este año sigamos avanzando y mejorando en la triple vertiente, asistencial, docente e investigadora ■

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





Faltan medios para medir adecuadamente la calidad percibida en todas sus dimensiones

María Dolores Acón Royo

Gerente del Hospital de Laredo

Texto | Silvia C. Carpallo



“Faltan medios para medir adecuadamente la calidad percibida en todas sus dimensiones”

La eficiencia ha aportado calidad, pero todavía nos faltan medios para medir adecuadamente la calidad percibida en todas sus dimensiones. La Medicina Personalizada avanza y contribuirá a una Sanidad más sostenible, pero falta formar a los profesionales en cuestiones bioéticas. La formación de los directivos sanitarios está mejorando, pero son necesarias más estrategias para el intercambio de conocimiento y relacional entre los profesionales directivos. Estas son algunas de las ideas que expone Dolores Acón, directora gerente del Hospital de Laredo, cuyo centro ha conseguido disminuir en un 15 por ciento las listas de espera.

En su currículum destacan responsabilidades relacionadas con la calidad, ¿hemos olvidado hablar de calidad para centrarnos solo en los costes?

En absoluto. Hablar de calidad implica hablar de un uso racional de los recursos para adecuarlos a las verdaderas necesidades asistenciales. Una asistencia derrochadora también puede ser lesiva para la salud si no se tienen en cuenta criterios de adecuación y de planificación de los servicios que se vayan a prestar.

¿Cómo se mide la calidad en un centro hospitalario? ¿Existe realmente evaluación y transparencia para medir la misma?

Medir la calidad de un centro sanitario implica definir previamente qué entendemos por calidad y qué parámetros de la misma vamos a querer y poder valorar. Podemos valorar y medir la adecuación y calidad técnica en base a los recursos e infraestructura de que dispongamos, del número y capacitación de todas las personas que trabajan en la organización, incluidos los directivos, y de los procesos asistenciales que llevamos a cabo para dar respuesta a

nuestra cartera de servicios. También podemos medir el impacto de todos estos agentes en la calidad percibida por parte de los pacientes, de los profesionales y de la sociedad en la que nuestra actividad tiene un impacto en la salud y calidad de vida de los ciudadanos. La evaluación existe de forma permanente y sistemática, aunque quizás más basada en los datos. Nos proporciona los indicadores vinculados puramente a la actividad asistencial, como

podían ser las tan conocidas listas de espera, las demoras en las consultas o la estancia media. Los datos son fiables dado que se obtienen directamente de los sistemas de información de los centros. Sin embargo, todavía nos faltan medios para medir adecuadamente la calidad percibida en todas sus dimensiones, y sobre todo, la cultura de retroalimentarnos a través de los datos obtenidos para planificar e impulsar nuevas acciones de mejora organizativa.

Igualmente, en su formación destacan sus conocimientos en bioética, ¿están preparados los hospitales de hoy en día para lo que va a suponer la Medicina Personalizada?

No cabe duda de que la Medicina Personalizada supone la clave para acceder a tratamientos más eficaces y que va a contribuir a una Sanidad más sostenible, dado que supone una utilización más ra-

cional de los recursos, una notable disminución de efectos adversos, y una mayor participación del paciente en las decisiones referentes a su enfermedad y al tratamiento de la misma. Sin embargo, en lo

concerniente a los aspectos bioéticos vinculados al conocimiento del Derecho sanitario por parte de los profesionales, considero que todavía nos queda un largo recorrido en tareas de formación y concienciación en relación al significado real de

los conceptos de derechos y deberes del paciente, autonomía, confidencialidad, privacidad y protección de datos, especialmente sensibles. Hay un gran trabajo por hacer, que debería forjarse sólidamente en las facultades donde se forman los profesionales sanitarios. Incluso, la sociedad en

general debería tener conocimiento acerca del significado de la Medicina Personalizada y conocer los límites de la misma en base a las singularidades de cada individuo.

¿Se trabaja realmente con todos los biomarcadores que están disponibles? ¿Es ético que la mayoría de ellos los financie la propia Industria?

Por lo que conozco, a través de las últimas publicaciones en la materia, está

habiendo grandes avances en el descubrimiento de nuevos biomarcadores que podrían cambiar la historia natural de numerosas enfermedades graves, observándose

La Medicina Personalizada supone la clave para acceder a tratamientos más eficaces, lo que contribuirá a una Sanidad más sostenible

En lo concerniente a los aspectos bioéticos vinculados al conocimiento del Derecho sanitario por parte de los profesionales, considero que todavía nos queda un largo recorrido en tareas de formación y concienciación en relación al significado real de los conceptos de derechos y deberes del paciente, autonomía, confidencialidad, privacidad y protección de datos

además un incremento progresivo del número de medicamentos aprobados con estos biomarcadores. Sin embargo, en este momento y debido al alto coste de estos fármacos, no existe una accesibilidad absoluta para todos los pacientes que pudieran beneficiarse de este tipo de terapias. Creo que tanto la industria farmacéutica, como la Administración sanitaria, deberán buscar progresivamente las fórmulas y articular los compromisos necesarios que permitan el acceso de medicamentos innovadores a todos los pacientes que puedan beneficiarse de los mismos.

¿Cuáles señalaría como principales retos actuales de la gestión en los centros hospitalarios?

La situación socioeconómica actual nos ha situado en un escenario en el que se nos pide constantemente racionalidad y control del gasto sanitario y que al mismo tiempo sigamos respondiendo a las expectativas de unos pacientes cada vez más exigentes y formados, que a su vez forman parte de una población cada vez más envejecida, con un elevado porcentaje de cronicidad, y acostumbradas a disfrutar de los servicios de un Sistema Nacional de Salud considerado como uno de los mejores a nivel mundial. Todo ello nos está obligando a los gestores a poner en marcha modelos organizativos en nuestros centros que tengan en cuenta estas dos premisas fundamentales. Igualmente tenemos que conseguir que nuestros servicios pasen por una reingeniería organizativa de los procesos; una participación cada vez mayor de los profesionales en tareas organizativas y de autogestión; una coordinación muy estrecha con Atención Primaria, alejándonos de la cultura hospitalocentrista; y una revisión de la cartera de servicios, enfocada a que el paciente esté cada vez más y mejor atendido en su medio habitual.

¿Qué opina de la implantación, cada vez mayor, de las Unidades de Gestión Clínica?

Me parece una fórmula de gestión muy interesante, porque promueve la participación e implicación directa de los profesio-

nales. En la experiencia que tuve ocasión de tener, en la etapa en la que trabajé en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, pude comprobar que algunas de ellas funcionaban con gran eficiencia. Hubiera sido deseable disponer una regulación legislativa a nivel del SNS para garan-

tizar una normalización básica de criterios de funcionamiento en todas las comunidades autónomas.

En su caso tiene experiencia en la gestión integrada, ¿cómo se comunican y trabajan en el Hospital de Laredo, tanto con la



Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Medicos

Enfermería

EQUIPO

Taller

Farmacia

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo

Atención Primaria, como con su centro de referencia, el Hospital de Valdecilla?

Cuando en 2011 me hice cargo de la gerencia de Laredo, ésta era una gerencia única integrada por el hospital y nueve centros de salud. El modelo llevaba implantado desde hacía siete meses, y legalmente no tenía transferidas todas las competencias que permitieran una verdadera gestión integrada e integral. La Primaria y el hospital estaban juntos bajo la dirección de un mismo gerente, pero seguían separados a todos los efectos. La finalidad principal que se pretendía con la integración, que no es otra que la continuidad asistencial mediante la desaparición de niveles, no se garantizaba tan sólo de ese modo. Al no existir tampoco resultados publicados que evidenciaran que esta fórmula era mejor que otras, según las experiencias en otras comunidades autónomas, se decidió volver a separar el Hospital de la Primaria, y mantener como vínculo entre ambas la figura del coordinador de continuidad asistencial, profesional de Atención Primaria y ubicado físicamente en el Hospital, que trabaja coordinadamente en la gestión de procesos, de enlace entre ambos niveles. La experiencia está resultando positiva y está respondiendo a las necesidades de nuestro entorno. En cuanto a nuestra relación con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, es la propia y normal de un hospital comarcal con su hospital de referencia.

Hablando de temas de actualidad, ¿qué supondría la centralización de los servicios en Valdecilla? ¿Por qué se opone la junta de personal del hospital?

La centralización de los laboratorios es un proyecto de optimización de recursos que todavía está en fase de definición, y en el que participarán los responsables de los laboratorios de los tres hospitales de Cantabria. El posicionamiento de la junta de personal del área de Laredo no es como tal una oposición, sino la manifestación de una cierta preocupación e interés porque se trabaje en la definición de un modelo de centralización que garantice la viabilidad de la cartera de servicios del Hospital y los puestos de trabajo del personal de los

laboratorios, algo por otra parte ya está sobradamente garantizado por la Consejería de Sanidad.

Según las últimas cifras aportadas por la Consejería han disminuido las listas de espera quirúrgicas en Cantabria, en el caso concreto de su hospital en un 15 por ciento, ¿cómo se consigue esto en tiempos de crisis?

Como ya dije antes, con un trabajo muy minucioso y permanente de análisis de procesos, de buena planificación de la actividad y de los recursos disponibles, y un trabajo constante de diálogo y negociación con los profesionales implicados. En los últimos tres años, toda la actividad del centro ha aumentado de un modo considerable, destacando especialmente la actividad quirúrgica que se ha incrementado en un 22,16 por ciento, de la cual, un 63,30 por ciento ha sido realizada en régimen de ambulatorización total. Una de las actuaciones más destacadas en el pasado año 2013 fue también la reestructuración de las unidades de hospitalización, con reagrupamiento de los pacientes en plantas adscritas a Medicina Interna, especialidades quirúrgicas y unidad materno infantil. Con ello se logró una mejora en la calidad de atención y de seguridad para todos los pacientes, un incremento del número de camas para uso individual, y un pequeño incremento en el número de locales para consultas externas.

Lo que también ha disminuido es el número de donaciones de sangre, ¿se piensa hacer alguna campaña desde el hospital?

Ha sido un descenso poco significativo respecto a las cifras registradas en ocasiones anteriores, pero plantearemos nuevas estrategias de sensibilización, encaminadas a obtener unos resultados más satisfactorios en futuras campañas en colaboración con el Banco de Sangre y de Tejidos de Cantabria.

Usted es miembro de SEDISA, y como sabrá, la Sociedad ha vuelto a poner en circulación el documento sobre Profesio-

nalización de la Gestión Sanitaria, ¿por qué cree que las instituciones, pese a estar de acuerdo en estas propuestas, no terminan de instaurarlas?

Pienso que, como todas las estrategias que suponen un cambio cultural, la profesionalización de los directivos de la salud para la definitiva desvinculación de las alterancias políticas, también habrá de recorrer su propia andadura. Pero de lo que no tengo ninguna duda es de que se están sentando sólidamente las bases desde SEDISA y desde aquí quiero destacar y agradecer el esfuerzo de su presidente, el Dr. Joaquín Estévez, por la magnífica labor que está realizando en aras de la consecución de este necesario fin.

Igualmente SEDISA ha puesto en marcha un máster de gestión sanitaria, ¿cuáles creen que deben ser las vías de formación para asegurar esta profesionalización?

Un máster aporta mucho conocimiento, pero en sí mismo no garantiza la obtención de habilidades suficientes y necesarias para convertirse en un buen directivo. Creo que la estrategia que se está siguiendo desde SEDISA, en cuanto a fomentar una formación continuada a lo largo del año, en diferentes foros y formatos, que permiten el intercambio de conocimiento y relacional entre los profesionales directivos que asistimos regularmente a los mismos, es lo que realmente permite obtener los patrones adecuados competenciales para una profesionalización ■

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







Avanzando hacia la personalización de la Medicina

La Medicina Personalizada no es sólo el futuro, sino también el presente. Se ha cambiado la forma no sólo de diagnosticar, sino también de tratar, y eso es algo digno de celebrar, pero queda mucho por mejorar. Falta cohesión en el sistema, implantación en otras especialidades más allá de la Oncología, y faltan equipos multidisciplinares bien formados. Todo ello para adaptarse a un futuro que se prevé cambie por completo el sistema sanitario tal y como lo conocemos. Sobre estos y otros aspectos debatieron diversos expertos en la ya tradicional 9ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, organizada con la colaboración del Instituto Roche.

Texto y fotos  Silvia C. Carpallo



Un cambio. Eso es lo que supone la Medicina Personalizada y la Genómica, un cambio a mejor, para el que aún no sabemos si vamos a tener recursos para adaptarnos. La ciencia evoluciona mucho más rápido que nuestros recursos, y es el momento de buscar soluciones. De buscar formas de recopilar y analizar la información, de conseguir aunar investigación y asistencia, de acortar los tiempos, y sobre todo, de encontrar los recursos para hacer todo esto posible. No es tan difícil, todos sabemos que hay bolsas de ineficiencia del sistema y que quizás dejando de hacer cosas que no aportan valor podríamos hacer otras que supusieran un verdadero cambio en el tratamiento de los pacientes.

Con el objetivo de buscar luz dentro de esta oscuridad, y de tomarse un momento para esa reflexión que incita a nuevas preguntas, se celebraba la 9ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, titulada “Fronteras en la Medicina Personalizada y Genómica”, organizada por la Fundación Jiménez Díaz, con la colaboración del Instituto Roche.

Tal y como explicaba Jaime del Barrio, director del mismo, “es la novena reunión que hacemos, y en estos nueve años se ha avanzado mucho”. Si bien reconoce que hay quienes dicen que no se ha avanzado tanto como en su momento se pensaba, “porque cuanto más sabemos más interrogantes se abren”, explica que aquellos que defienden lo contrario dicen que “podemos decir que muchas de las cosas que se han ido descubriendo ya se aplican en la clínica”.

En el terreno donde mejor puede observarse este hecho sin duda es en la Oncología, donde ya es habitual establecer tratamientos personalizados en base a la existencia, o no, de determinados tipos de marcadores genómicos. Pero en opinión de del Barrio, “es cierto que hay otras especialidades en

las que va más despacio, aunque es cuestión de pocos años, dos o cuatro, que la Medicina Personalizada también irrumpa en estas especialidades, como las enfermedades del sistema nervioso central”.

La principal dificultad para que esto no ocurra, como en todo lo relacionado con la Sanidad, es una cuestión más económica que otra cosa, y como siempre, de una falta de perspectiva a largo plazo en las políticas, puesto que “lo que sí que es verdad es que

**Jaime del Barrio:
“Lo que pediría es que las autoridades sanitarias incluyan la Medicina Personalizada en su agenda, como ya ocurre en otros países europeos cercanos a nosotros”**

estamos viendo que muchas de las pruebas y de los tratamientos que serían coste efectivos, con relación a los que ya existen- insiste el director del Instituto Roche- no se están implantando, la mayoría de veces por desconocimiento, tanto de los gestores como de los profesionales”. Profesionales, que además, deben de aprender a trabajar en equipos multidisciplinares.

No es la única barrera, otra de las principales es una cuestión político geográfica, y es que en algo tan importante y tan necesitado de organización y cohesión, contar con 17 autonomías diferentes gestionando de forma independiente, siempre es un factor a tener en cuenta. “Lo que pediría, sobre todo, es que las autoridades sanitarias incluyan la Medicina Personalizada en su agenda, como ya ocurre en otros países europeos cercanos a nosotros, demostrando que, en muy poco espacio de tiempo, económicamente sale más rentable”, matiza del Barrio.

Así, resume explicando que “las barreras de los próximos 4 o 6 años son que la Medicina Personalizada esté en la agenda de las autoridades, que fluya mucho más el conocimiento a todos los niveles de la investigación y de la clínica, y estar también más pendientes de los pacientes. Porque si siempre decimos que son nuestro objetivo final, tenemos que escuchar que ya nos demandan este tipo de tratamientos. Y en todo

esto va a estar el Instituto Roche en los próximos años”.

Adaptarse a los cambios

Si estos eran las dificultades del presente, de lo siguiente que cabe hablar son de las múltiples posibilidades de cara al futuro. Para ello, Montserrat Baiget, jefa del Servicio de Genética del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, hacia su propia reflexión, previa a la intervención de los propios ponentes, en la explicaba, metafóricamente, que la Medicina Personalizada es como una larva a punto de convertirse en mariposa, y que cuando eso ocurra “el futuro de los sistemas sanitarios ya no será nunca más lo que fue”. Bajo su criterio el cambio será “a nivel de ciencia, en el tipo de cuidados de salud que ofrecerá, pero también respecto a y quién y cómo los pagará”, adelantando además que los sistemas de salud deberán de ser “cualquier cosa menos estables”, para hacerse flexibles a los cambios de la población y de la propia tecnología.

“Lo que hace cinco años veíamos como futuro, ya es una realidad, nos estamos encontrando con problemas y oportunidades que nunca habíamos pensado que pasarían, y no estamos preparados”. En especial, Baiget señalaba que han de adaptarse los modelos de negocio, puesto que lo tradicional no servirá ante este nuevo escenario, y para ello habrá que repensar en cómo habrá que gastar el dinero, para desinvertir en aquello que no aporte valor, y apostar por la Medicina Personalizada. En este sentido señalaba que incluso los test de biomarcadores, que acompañan actualmente a los fármacos, tampoco serán el futuro, ya que “también dejarán de tener sentido, porque conociendo la información del genoma ya lo sabremos todo, por lo que tampoco tendrá mucho futuro”.

Por todo ello, insistía en que es clave comenzar a preparar los sistemas de salud para triunfar en este futuro complejo. Según la jefa de servicio de genética, “habrá subidas y bajadas, las cosas siempre se ponen de moda y luego llegan a su tamaño normal”.

Conectar la información

Uno de los pasos importantes para afrontar este futuro y poder avanzar es regular y organizar la información, que es mucha. En este sentido, intervenía para clarificar un poco más la cuestión Joaquín Arenas, director del Instituto de Investigación del Hospital Doce de Octubre i+12 de Madrid.

El experto se centraba en dar luz a cómo funcionan las llamadas Plataformas Ómicas y Bioinformáticas en el sistema de I+D español, declarando que “la importancia de estas plataformas es que los nuevos desarrollos tecnológicos han posibilitado una nueva generación de conocimiento, y una canalización muy efectiva, para la transferencia de ese conocimiento a la práctica clínica”. De hecho, Arenas aseguraba que “las plataformas son uno de los factores clínicos más importantes para el éxito de los programas traslacionales”, explicando que la red contribuye de una manera decisiva a este nuevo paradigma de la Medicina Predictiva y Personalizada.

Haciendo un poco de historia al asunto, hay que recordar que estas plataformas surgen en el año 2003, a través de la iniciativa de Genoma España, pero no es hasta 2010 que el Instituto de Salud Carlos III se plantea la falta de disponibilidad presupuestaria por parte Fundación Genoma para continuar con estas plataformas, y se decide a incorporar estas plataformas al sistema de las estructuras horizontales del apoyo de la investigación del ISCIII, junto con la incipiente red de biobancos.

Joaquín Arenas explicaba entonces todos los pormenores referentes a las Plataformas de Recursos Biomoleculares y Bioinformáticos. Para empezar que los porqués de la creación de estas plataformas tecnológicas se justifican en que es necesario poner una organización para estructurar estas tecnologías de alto coste, que además son perecederas y transitorias debido a los rápidos ritmos de renovación. Igualmente es necesario tener regulado a un equipo de profesionales altamente cualificados, con una formación multidisciplinar, y con todo ello, dar una rápida rentabilización del ser-



vicio, abordando múltiples proyectos. Las limitaciones de estas plataformas, sin embargo, son que se tiene un menor número de profesionales cualificados, la distancia física entre las mismas, y la menor diversificación de las aplicaciones.

Otra de las ideas que aportaba el experto es que las plataformas tecnológicas por primera vez coinciden y se estructuran dentro del Plan Estatal I+D+i a través del Plan Estratégico de Salud. Además, todas estas tecnologías ómicas (proteómica, genómica, bioinformática) están también dentro de los objetivos de la estrategia. “Hay instrumentos y líneas de investigación prioritarias que nos señalan la hoja de ruta a la que nos debemos a tener”.

Para entender el funcionamiento de las Plataformas de Recursos Biomoleculares y Bioinformáticos, hay que tener en cuenta que se dividen en diferentes programas de trabajo, estructurados en cinco diferentes organizaciones: el Banco Nacional de ADN (BNADN), el

Instituto Nacional de Bioinformática (INB), la Plataforma en Red de Proteómica (ProteoRed), el Centro Nacional de Genotipado (CeGen), y el Banco Nacional de Líneas Celulares (BNLC). Muchas de ellas tienen estructura en red.

Inciendo más concretamente en algunos de estos, Arenas hablaba de que en esta nueva etapa, ProteoRed- ISCIII pretende ajustar sus objetivos a los previstos a la acción estratégica de Salud del Plan Nacional de I+D+i, siendo su objetivo fundamental ofrecer servicios de proteómica en

el desarrollo y ejecución de proyectos que tienen un enfoque genómico y proteómico. En este contexto pretende potenciar su orientación biomédica, y en concreto se propone

generar el conocimiento en proteómica necesario, para que los centros puedan funcionar con las mayores garantías; así como formar especialistas en proteómica, colaborar y dar soporte técnico-científico a los proyectos de biomedicina y ciencias de

Uno de los pasos importantes para afrontar el futuro y poder avanzar es regular y organizar la información



la salud a nivel estatal, comportándose como una plataforma de servicios, y fomentar el desarrollo y competitividad de las empresas con actividad en este sector en España. En total existen diecinueve servicios de proteómica por toda España, con seis nodos diferentes en País Vasco, Valencia, Barcelona, Madrid, Córdoba y Salamanca.

Abriendo más perspectivas, Joaquín Arenas explicaba igualmente que el Centro Nacional de Genotipado (CeGen-ISCIII) se trata de una plataforma tecnológica creada en 2003, que actualmente se encuentra dentro de esa Plata-

forma de Recursos Moleculares y Bioinformáticos del ISCIII. Su objetivo no es otro que el de realizar proyectos de genotipado de SNPs (Single Nucleotide Polymorphisms), CNVs (Copy Number Variations) e InDels (Insertions and Deletions) a gran escala y bajo coste, tanto en humanos como en cualquier otra especie u organismo vivo. Entre sus proyectos destacan los estudios de asociación de enfermedades humanas, los estudios en farmacogenética, los análisis de ligamiento en humanos y otras especies, estudios en genética de poblaciones, análisis de metilación y nutrigenómica.

Un complejo entramado legal

Si esa era la información referente a la estructura de cómo se organiza la información genética, queda por aclarar cómo se legisla y se regula la misma. Un factor desde luego nada desdeñable. Tener claro cuáles son los principios generales es fundamental y en el caso de la Medicina Personalizada, el Derecho también los ha anunciado.

Para abordar este tema participaba en esta reunión Pilar Nicolás, de la Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, de la Universidad de Deusto, que insistía en

que la Medicina Personalizada tiene una legislación mucho más concreta que otros ámbitos más generales de la Medicina.

Sin embargo, para entender la misma era necesario tener en cuenta que existen muchas fronteras (geográficas, tecnológicas, económicas, institucionales profesionales,

vitales, etc.), y también aquellas fronteras que se concluyen al observar que la Medicina Personalizada plantea conflictos, tanto en la esfera privada de la vida de las personas, como en la esfera social. “El límite entre estos ámbitos me parece que es permeable, por-

que hay relación entre unos ámbitos u otros”, matizaba Nicolás, que replicaba que ante esos conflictos, “el Derecho actúa y ha actuado”.

Otra cuestión a plantear es la complejidad existente en este tipo de normativa, ya que hay normas de distinta naturaleza que tiene distinta fuerza vinculante. Un ejemplo de ello podría ser una Guía de Práctica Clínica, que pese a no tener un valor legislativo, sí podría tener valor a la hora de sentenciar un juez. Pero por lo general, el problema de estas normas es que son múltiples, y a veces se solapan. Pueden venir de distintos ámbitos, como internacional, nacional o autonómicos, o de diferentes sectores, “porque inciden en la regulación de los derechos de los pacientes, pero también en las normas que regulan la cohesión del sistema sanitaria, o la normativa más general de protección de datos, y todas estas normas hay que combinarlas y pueden surgir incluso a veces contradicciones”.

Detallando cuáles eran esos conflictos en las fronteras y de la visualización del Derecho como sistema de solución de conflictos, Pilar Nicolás ponía como ejemplo la clarificación de ello a través del Artículo 45 de la Ley de Investigación Biomédica, en la que se establecen diversas garantías.

En cuanto a la accesibilidad y a la equidad específica se debe garantizar la igualdad en el acceso a los análisis genéticos sin consideraciones económicas y sin requisitos previos relativos a posibles opciones personales. Sobre la protección de datos se establece la garantía del derecho a la intimidad y el respeto a la voluntad del sujeto en materia de información, así como la confidencialidad de los datos genéticos de carácter personal. Igualmente se habla de la gratuidad de todo el proceso de donación, cesión, almacenaje de muestras biológicas y de la necesidad de obtener previamente el consentimiento escrito del sujeto fuente, o en su caso de sus representantes legales. Por último, se incluye el hecho de que los datos obtenidos de los análisis genéticos no podrán ser tratados ni cedidos con fines distintos a los previstos en esta Ley.

Un sueño con luces y sombras

Si los andamios ya están puestos, solo nos queda continuar construyendo este impactante rascacielos. Y esa es la parte más difícil. Aunque parece que son muchos los avances, también son muchos los traspiés y los retos que van surgiendo. De hecho, esta reunión era una muestra de esas dos caras de la moneda.

Por una parte Antonio L. Andreu, director del Instituto Carlos III, anunciaba grandes avances, como el hecho de que el Instituto de Salud Carlos III vaya a participar como miembro dentro de la Alianza Americana de Medicina Personalizada, porque “representa exactamente nuestra idea de donde debe ir el futuro”.

Insistiendo además en convencer a los asistentes a este foro de la importancia de unificar las agendas individuales en una agenda colectiva, para poder dar grandes saltos cualitativos, explicando que “la Medicina Personalizada debe de ser uno de los espacios donde hacer esto posible”, el director del ISCIII apuntaba a que uno de los 5 ejes las estrategias del Instituto era de hecho la Medicina Predictiva y Personalizada. Entre los retos que se planteaba, destacaba un proyecto que definía como “complejo a la



par que emocionante”, como era el de “alinear la hoja estratégica del estado español con la hoja estratégica de Europa de forma totalmente sincrónica”, de manera que los objetivos del Horizonte 2020 sean llevados de la misma manera a España.

Sin embargo, en la otra cara de la moneda, otros expertos se dedicaban a desgranar y analizar la situación actual de la Medicina Personalizada en España, y descubrían que aún queda mucho por mejorar en lo ya existente, antes de avanzar hacia nuevos proyectos.

Para empezar, Gabriel Capellá, director de Investigación e Innovación del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, explicaba que “la necesidad de mapas fiables de actividad en genética y genómica es uno de los puntos clave”. Resumía además algunos de los otros retos actuales que aún están por trabajar, tales como la falta de especialidad en Genética y la falta de definición de la cartera de servicios en Genética del SNS; la necesidad de desarrollar proyectos de “Proof of concept”; y el pensar en una posible vía de financiación de estos proyectos que puede pasar por las compras públicas innovadoras. Especialmente remarcaban la necesidad de que el Ministerio de Sanidad liderase mucho más al respecto,

puesto que “nos hemos quedado un poco atrás”.

Dando más datos, Juan Cruz Cigudosa, presidente de la Asociación Española de Genética Humana, insistía en que dentro del SNS la aplicación de Medicina Personalizada es muy heterogénea, tal y como se apreciaba en un estudio que él mismo había realizado en un total de 31 hospitales españoles.

Para el mismo, a través de una serie de encuestas, preguntaba en qué indicaciones se utilizaban herramientas como el Array CGH, Paneles de NGS y Exomas. Poniendo como ejemplo el caso concreto de las indicaciones para las que se realizaba el Array CGH, concluía que lo hacían el 73 por ciento de los hospitales en casos de discapacidad intelectual o retrasos del desarrollo, en un 57 por ciento en los casos de síndrome polimalformativo, en un 30 por ciento en los trastornos del espectro autista, en un 20 por ciento en la caracterización de alteraciones cromosómicas, y en un 13 por ciento en ecografías fetales. Teniendo en cuenta que estas son las indicaciones más conocidas para el Array CGH, las

La genómica no está implantada de forma homogénea en el SNS, con una importante diferencia entre los diferentes hospitales

cifras desvelan una realidad muy diferente a la esperada. Igualmente, el número de pruebas realizadas variaban de 0 a 1000 según el hospital al que se preguntase.

Con el resto de datos extraídos del mismo, llegaba a la conclusión que la Genómica no está implantada de forma homogénea en el SNS, con una importante diferencia entre los diferentes hospitales. En cuanto a la producción de datos, si bien hay hospitales que han incorporado la tecnología, también hay centros de investigación públicos que actúan con gestión privada, sin asunción de riesgos.

Sobre los principales déficits, Cruz señalaba que no se incorporan profesionales; no se asegura la eficacia de las tecnologías; los programas de calidad son escasos; y no se adaptan las guías clínicas, por lo que “no estamos haciendo lo que debemos desde el punto de vista clínico”.

Si bien estos eran los “peros”, su intervención también tenía momentos para el optimismo, recordando que podemos mejorar y que hay mucho que aportar. “La genómica es el paradigma de la predicción, estamos preparados, no podemos intervenir genéticamente de momento, pero podemos prevenir mucho más, por eso es tan importante lo que estamos haciendo”. Concretaba esta declaración aportando datos como que el diagnóstico genético postnatal ha supuesto una mejora del 1000 por ciento en el diagnóstico, es decir “multiplicamos por 10 nuestra capacidad de diagnosticar”, e igualmente en el prenatal se mejora en un 40 por ciento. Cifras que llaman a la motivación de seguir trabajando al respecto.

Para conseguir estas mejoras, Cruz hacía un último apunte, y era el hecho de que “no hay profesionales”. En su opinión, “para cambiar el hospital necesitamos menos aparatos y más profesionales, más genetistas y bioinformáticos, y menos técnicos y grandes equipos. La imprescindibilidad del genetista no viene del aparato, viene de su conocimiento en genética” ■



Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas. Sulodexida (D.C.I.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinogénesis; inhibir el factor K activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS. Excipientes: laurilcarboxinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinita A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio parabenato de etilo, sodio parabenato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Hipercolesterolemia, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes: Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinita A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Efectos secundarios:** No se ha presentado ningún tipo de efectos secundarios. **Incompatibilidades:** No se han descrito ningún tipo de incompatibilidades. **Posología:** Las pautas posológicas recomendadas son: 3 a 4 cápsulas al día, antes de las comidas, durante 35-40 días. **Intoxicación y su tratamiento:** No se conoce hasta la fecha ningún tipo de intoxicación a las dosis recomendadas. En caso de intoxicación voluntaria o accidental se recomienda un lavado de estómago y medicación antisintomática. *En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20*. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Titular de la Autorización de Comercialización:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona (España). **Presentación:** Envase con 60 cápsulas. **PVPPlus:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 55.545. **Texto revisado:** Junio 1999.

BAMA - GEVE

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

Nº 1153. Abril 2014

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

1153. Abril 2014

Día Mundial de la Salud 2014 Pequeñas picaduras: grandes amenazas

Entrevistas

Antonio L. Andreu
Director del Instituto
de Salud Carlos III

José Manuel Aranda Lara
Director gerente del
Servicio Andaluz de Salud

Emilio Ignacio García
Presidente de la Sociedad
Española de Calidad
Asistencial

Alfredo Rodríguez-
Antigüedad
Presidente de la Sociedad
Española de Neurología

M^a Dolores Acón Royo
Gerente del Hospital
de Laredo

Foro de Expertos

Elena Andradas,
Subdirectora general de Promoción
de la Salud y Epidemiología,
Ministerio de Sanidad;
La Estrategia de Promoción de
la Salud y Prevención en el SNS

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



EN CONJUNTIVITIS ALÉRGICA



TRIPLE MECANISMO
DE ACCIÓN¹



PROFILAXIS
Y TRATAMIENTO



COMODIDAD
Y SEGURIDAD

1 GOTA CADA 12 HORAS
1 VIAL = 1 DÍA
SIN CONSERVANTES



SALVAT
innovación y calidad

FINANCIADO POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

1. Williams P, et al. Azelastine hydrochloride, a dual-acting anti-inflammatory ophthalmic solution, for treatment of allergic conjunctivitis. Clinical Ophthalmology 2010;4:993-100





ENTREVISTA Emilio Ignacio García

“Nos hemos incorporado más tarde que el resto de Europa, pero la cultura de la calidad asistencial ya es *vox populi* en la Sanidad española”

En unos tiempos de crisis en los que todo el mundo se cuestiona la calidad asistencial, Emilio Ignacio García es un catedrático en la materia. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial desde 2011, fue reelegido el pasado octubre, no sin antes mostrar que, más allá de fijarse en los recortes en la Sanidad, hace falta apostar por un cambio de modelo.

Hace 30 años que se fundó la sociedad, ¿qué ha cambiado en la concepción de la calidad asistencial?

La sociedad española se creó en 1984. Se creó por un grupo de profesionales que en aquel momento estaban preocupados por los temas de calidad asistencial porque en España no era una disciplina científica. Eran más unos profesionales preocupados en cómo se podía mejorar la calidad del sistema sanitario. Como todos los comienzos, no fueron fáciles, porque no había mucho conocimiento de la materia. Había incluso que explicar cuando uno decía que era técnico en calidad asistencial o responsable de calidad asistencial. En la actualidad, todo el mundo habla de calidad asistencial, todos los servicios autonómicos tienen sus estructuras, sus responsables y sus referentes y hoy en día la calidad es la razón de ser de los profesionales. El cambio ha sido tremendo.

¿Ha percibido ese cambio en la propia SECA?

La sociedad ha ido al unísono de estos cambios. Actualmente somos 1.200 socios en España, formado por profesionales de varios ámbitos. Hay gestores, responsables



políticos, directores de calidad y, cómo no, profesionales sanitarios que atienden a sus pacientes como médicos, enfermeras, farmacéuticos o psicólogos. Además, tenemos federadas un total de 11 sociedades autonómicas, que están dentro de la estructura de la SECA, que es el paraguas de todas las sociedades.

¿Hay visos de alcanzar representación en las 17 comunidades autónomas?

Hay comunidades autónomas muy pequeñas, uniprovinciales, que son socios directos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y no le merece la pena montar una estructura específica, pero tenemos representación de todo el territorio nacional.

Ningún profesional se queda fuera. La sociedad está allí

Sí, para cualquier profesional que quiere entrar en este movimiento. Aquí puede entrar todo el mundo. De hecho, nuestro objetivo principal es difundir la cultura de calidad asistencial para todo el sistema sanitario, tanto público como privado. Lo que intentamos es comprometer a los sistemas sanitarios a través de sus profesionales para que incorporen en su quehacer diario sistemas de evaluación y mejora de la calidad.

Ha comentado que después estos 30 años todo el mundo habla de calidad asistencial, pero ¿existe esa cultura de



“Orgullosos de estar a la cabecera”, una nueva forma de reivindicar el papel de la Primaria

Médicos de Atención Primaria de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) preparan diversas novedades para su XXI Congreso, entre ellas, cursos de formación para profundizar en contenidos sobre Cardiología, simulaciones de situaciones para practicar la capacidad acción-reacción del profesional, y como elemento clave, la campaña “Orgullosos de estar a la cabecera”, una iniciativa que pretende reavivar el espíritu de los médicos de familia en tiempos de crisis

Texto  Silvia C. Carpallo



REPORTAJE

“Orgullosos de estar a la cabecera”, una nueva forma de reivindicar el papel de la Primaria

La base de la asistencia sanitaria es la Atención Primaria, “hay que potenciar la figura del médico de familia”, “la labor del médico de cabecera en el entorno rural es fundamental”, “es necesario aumentar el presupuesto de la Atención Primaria”. Son frases que todos hemos oído alguna vez en foros, debates, conferencias y demás encuentros, pero que de tanto repetirse y tan poco traducirse a la práctica parece que hayan perdido valor. De hecho, la situación actual, en la que los médicos de Atención Primaria se ven implicados directamente con los problemas sociales de sus pacientes, pero además sufren sus propias cargas, como un aumento de la presión asistencial acompañado de una importante disminución de los salarios, provoca que incluso los propios profesionales caigan en el desánimo. Quizás sea necesario entonces recordar, informar, reivindicar.

Ese es el objetivo de la nueva campaña “Orgullosos de estar a la cabecera”, que será uno de los grandes atractivos del XXI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia que la SEMG tiene previsto celebrar del 29 al 31 de mayo en Sevilla.

XXI Congreso SEMG

Quizás lo primero que habría que explicar es cuáles serán todas las novedades en el contexto de este congreso, y es que esta nueva campaña no será la única innovación. De hecho, van a cambiar incluso los horarios, pues en esta ocasión la cita es de jueves a sábado, no empezará el miércoles, como venía siendo habitual en los últimos años.

Más allá de estas cuestiones técnicas destacan otro tipo de iniciativas, entre ellas, “Alcanzando la excelencia en...”. En palabras del vicepresidente segundo de la SEMG, el Dr. Juan Antonio Trigueros, se trata de abor-

dar la excelencia desde la perspectiva de que “cada día se necesita avanzar más en la actualización de conocimientos en determinadas áreas muy prevalentes”.

De esta manera, se ha planteado la creación de un curso precongreso para aquellas personas que quieran profundizar en conocimientos más avanzados en áreas concretas. “Este año la primera de las iniciativas es empezar con Cardiología, y para ello hemos diseñado un curso en el que se va a hacer un repaso a todas aquellas herramientas diagnósticas importantes”, entre ellas estarán algunas técnicas como la exploración, el electrocardiograma, el diagnóstico de arritmias, etc.

Por otra parte, destaca también la actividad “Guardia Virtual”. Sobre la misma nos habla Manuel Martínez Boyano, perteneciente al Comité de Congresos de esta edición del XXI Congreso SEMG. El mismo explica que “la guardia virtual es una actividad que intenta reproducir un escenario real de un médico que se encuentre en un centro de salud, tanto urbano como rural, para resolver los problemas que pueda encontrarse”. De esta manera, lo primero que hay que tener en cuenta es que el médico nunca conoce qué situación va a encontrarse con cada paciente que atraviese la puerta de su consulta, y por tanto, es importante su capacidad de acción y adaptación tanto como sus recursos a la hora de utilizar los medios disponibles. Así la idea es que “recurriendo a la tecnología haremos una serie de supuestos clínicos, teniendo en cuenta que habrá que enfocar la resolución en una visita de urgencias”.

Martínez Boyano precisa que no se trata de un tema de formación específica en ninguna especialidad, como puede ser con las actividades dirigidas a la excelencia, sino que “habrá diferentes áreas de conocimiento de la práctica médica, de manera que es una fórmula que busca la reproducción de las condiciones reales de trabajo”.

La necesidad de una reivindicación

Si estas dos actividades ya tienen un carácter atractivo e innovador, una de las claves de este congreso va a ser la campaña “Orgullosos de estar a la cabecera”, que nace dentro del mismo, pero que tiene una vocación continuista.

Antes de explicar las claves de la misma, es necesario entender por qué y de dónde surge esta idea. Así, Juan Antonio Trigueros recuerda que “estamos viviendo una crisis ya bastante larga, que ha afectado a toda la sociedad”, pero que en el caso del médico de cabecera, que trata de primera mano todos los problemas de los pacientes, sufre además “un contagio”, por lo que “afecta a la percepción que el propio médico tiene de su trabajo”.

Además, la asistencia sanitaria es más compleja en cuanto que hay determinadas patologías más prevalentes, también disminuciones de personal o de acceso a determinados servicios, “y todo esto ha creado una amplia bola de nieve de negatividad”, razón por la cual “queremos organizar un acto reivindicativo de la importante tarea para la Salud Pública que tiene el ejercicio de la Atención Primaria”.

En opinión de Manuel Martínez Boyano, “la palabra que mejor define la situación actualmente es la incertidumbre”. Y es que no se trata sólo del trabajo diario, sino también de una perspectiva más amplia, de manera que “tenemos que redoblar nuestros esfuerzos para mantenernos”. No sólo como profesio-

La nueva campaña “Orgullosos de estar a la cabecera” será uno de los grandes atractivos del XXI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia que la SEMG celebrará del 29 al 31 de mayo en Sevilla

concretas. “Este año la primera de las iniciativas es empezar con Cardiología, y para ello hemos diseñado un curso en el que se va a hacer un repaso a todas aquellas herramientas diagnósticas importantes”, entre ellas estarán algunas técnicas como la exploración, el electrocardiograma, el diagnóstico de arritmias, etc.

El origen de esta idea es la sensación que se tiene en Primaria de las dificultades de los últimos años, que han ido minando un poco el espíritu de la AP

nales, sino también como sociedades. Así, “para mantener la sociedad activa y cumpliendo sus objetivos buscamos vías alternativas de financiación, pensamos en actividades en las que el objetivo ya no sea tanto la colaboración con la industria farmacéutica, o con las instituciones, sino que verdaderamente los médicos decidan venir a nuestras actividades de formación porque realmente les merezca la pena. Por eso, en nuestras campañas el objetivo ha pasado a ser el propio profesional, creando elementos de enganche emocional, pero también de calidad científica”.

La campaña

Con esta premisa, la idea de aprovechar el congreso para hacer algo al respecto surge de un pequeño grupo de médicos que convence sin mucho problema a la junta directiva de la SEMG, y es que no es difícil ver que es un buen momento para pasar a la acción. “El origen de esta idea es la sensación que tenemos en Primaria de las dificultades de los últimos años, que han ido minando un poco el espíritu de la Atención Primaria”, insiste Trigueros, que apunta además a que “lo queremos hacer señalando una característica esencial que tiene el médico de Atención Primaria, que no tiene ningún otro, que es el estar al lado del paciente, incluso acudir a su domicilio, y queremos reivindicar este papel. Somos el médico que da esa primera respuesta, y eso es importantísimo”.

Está de acuerdo con esta idea su compañero en la coordinación de este proyecto Manuel Martínez Boyano. “En estos tiempos



de desgaste nosotros seguimos considerando que la AP es la cabecera del sistema sanitario, y por ello, hemos querido poner de relevancia el orgullo de ser médicos de familia”. Por lo tanto, el mensaje que se intenta hacer calar es que “estamos orgullosos de nuestra profesión y la practicamos bien”.

La idea inicial es que vaya dirigida a los profesionales de la Medicina y a los estudiantes, sin excluir, dependiendo del éxito que tenga, a las asociaciones de pacientes u otras vías para llegar a la población.

En el caso concreto de los estudiantes de Medicina es especialmente significativa, puesto que es importante mostrarles cómo la Medicina de Familia puede ser una buena opción de futuro, y para ello es bueno “que la conozcan también desde un punto de vista emocional, sabiendo que estás cerca del paciente -aporta Manuel Martínez Boyano- porque desde la carrera a veces no se llega a conocer del todo el papel de la Atención Primaria”.

Promoción precongreso

Para que la campaña resultase más efectiva se ha empezado a trabajar en la misma antes del congreso. “Hemos generado un poco de expectación con una serie de mensajes y de imágenes en la web, y ahora es

cuando vamos a desvelar el misterio”, bromea el miembro del Comité de Congresos. “En cuanto a las acciones previas al congreso lo que hemos hecho es generar un logotipo, que es un lazo verde con un fondo, también hemos impulsado un concurso de fotografía en la que los médicos pueden enviarnos imágenes de su entorno de trabajo habitual, tanto rural como urbano, para plasmar lo que es la cotidianidad del médico visualmente”.

En cuanto a si se tiene pensada alguna actividad para continuar con la campaña una vez finalizado el XXI Congreso SEMG, sus coordinadores informan de que “aún no hay nada definido”, ya que dependerá en gran parte del éxito que se tenga con la convocatoria. Según el mismo, se planteará la opción de implicar a otras organizaciones que puedan estar de acuerdo con este mismo objetivo.

Actividad durante el congreso

El vicepresidente segundo aclara algo más sobre en qué consistirá el acto “Orgullosos de estar a la cabecera”, que se celebrará en una sesión del jueves por la tarde dentro del programa del congreso. “En la misma estarán miembros de nuestra directiva, habrá también una serie de intervenciones filmadas de personalidades sanitarias del país que van a dar su opinión, y además, contaremos con algunas personas del mundo de la cultura y de la humanidad médica, que aún están por confirmar,

para hablar de la importancia de atender a su pacientes en su propio entorno, en su propio domicilio”.

Igualmente, se mostrarán algunas de las imágenes del concurso de fotografía

para poder mostrar los distintos escenarios en los que trabajan estos profesionales. “Queremos que eso sea como una ola, que sea una actividad que luego tenga su continuidad”, concluye Juan Antonio Trigueros ■

Una característica esencial que tiene el médico de Atención Primaria es el estar al lado del paciente, incluso acudir a su domicilio, y se quiere reivindicar este papel





Las campañas de salud
que promocionan los
hábitos de vida
saludables
de los trabajadores
mejoran los índices de
absentismo

María José Valcárcel

Jefa de la Unidad de Salud Laboral de RTVE

Texto | Ana Montero Fotos | RTVE



PERFILES SANITARIOS

María José Valcárcel

“Las campañas de salud que promocionan los hábitos de vida saludables de los trabajadores mejoran los índices de absentismo”

Responsable de la prevención, control y seguimiento de la posible repercusión de las condiciones del trabajo sobre la salud, la Dra. María José Valcárcel vela por la salud y proporciona atención médica a casi 6.500 trabajadores de RTVE. Junto a esta tarea asistencial, la Dra. Valcárcel apuesta, además, por la promoción de la salud mediante campañas, de hecho, desde su unidad, llevan a cabo investigaciones científicas sobre los problemas de salud relacionados con el trabajo y sus causas.

Usted es la responsable de la asistencia médica de una empresa, en este caso de un medio de comunicación, ¿qué supone manejar la asistencia sanitaria en este entorno de estas características?

RTVE es una empresa con casi 6.500 trabajadores y una gran diversidad de puestos de trabajo. En este sentido, tenemos que preocuparnos tanto de nuestros reporteros gráficos, redactores, cámaras, como de los locutores-presentadores, medios técnicos... Todos tienen diferentes riesgos y distintas patologías. Exige una fuerte implicación personal y una elevada responsabilidad sobre la salud, de hecho, tienes la posibilidad de conocer a muchas personas famosas, de escucharles y ayudarles en todo lo posible. Debido a ser un medio de comunicación, y que muchas veces se trabaja en directo, hay que actuar con rapidez y con opciones de tratamiento eficaces.

¿En qué consiste exactamente su trabajo?

Soy la responsable de la Unidad de Salud Laboral, y nuestro trabajo consiste en prevenir, controlar y hacer seguimiento de la posible repercusión de las condiciones del trabajo sobre la salud, es decir, realizar la vigilancia de la salud de nuestros trabajadores. También proporcionamos la atención médica necesaria ante todas las urgencias que ocurren en el centro de trabajo y, asimismo, al ser CRTVE autoaseguradora en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales,



atendemos y hacemos el seguimiento de los accidentes de trabajo y de las bajas de origen laboral. Además, realizamos promoción de la salud mediante campañas, fomentamos conductas, hábitos, consumos y estilos de vida saludables y la creación de entornos de bienestar en la empresa y, del mismo modo, llevamos a cabo investigaciones científicas sobre los problemas de salud relacionados con el trabajo y sus causas. Por otra parte, trabajamos conjuntamente con el resto de los componentes del servicio de prevención, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos laborales y los perjuicios para la salud, proponiendo medidas encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo.

¿Se sigue algún protocolo especial?

Sí, la vigilancia de la salud en relación con los riesgos determinados en cada puesto de trabajo está sometida a protocolos médicos específicos, de manera que cuando se realiza un examen de salud se aplica el protocolo según el riesgo que tenga en su puesto de trabajo. La aplicación de estos protocolos, a través de preguntas, exploraciones y pruebas complementarias, nos orienta a la detección de problemas de salud. Del mismo modo, existen diversos protocolos de vigilancia sanitaria específica aprobados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como son el de manipulación de cargas, posturas forzadas, pantallas de visualización de datos...

Junto a usted, ¿qué otros profesionales intervienen y cuál es su labor?



Nos hemos incorporado más tarde
que el resto de Europa, pero la cultura
de la

calidad asistencial

ya es *vox populi* en la Sanidad española

Emilio Ignacio García

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Texto y fotos | Iñaki Alonso

CRTVE tiene un servicio de prevención propio y asumida la especialidad de Medicina del Trabajo, disponemos de dos centros de Salud Laboral en Madrid, uno en Prado del Rey y otro en Torrespaña, y otros dos en Barcelona, uno en los estudios de Sant Cugat y otro en RNE Barcelona. Somos cuatro médicos del trabajo y seis enfermeros del trabajo para cubrir los cuatro centros. El trabajo que hacemos todos nosotros es la vigilancia de la salud de nuestros trabajadores. En el resto de provincias, por la dispersión geográfica, tenemos contratado un servicio de prevención ajeno para que nos realice los exámenes de salud pero los informes de aptitud y la vigilancia de la salud colectiva es función nuestra.

Explicaba que existen programas de prevención, ¿podría ahondar un poco más en el tema?

La Ley 31/95, de Prevención de Riesgos Laborales, reformada por la Ley 54/2003, en su artículo 16.1, establece el deber de integrar la prevención de riesgos laborales a través de un "Plan de Prevención", explicando que la integración debe ser completa, abarcando todas sus actividades y todos sus niveles jerárquicos. Atendiendo a este requerimiento, con fecha 20 de junio de 2005, se aprobó el Plan de Prevención de Riesgos Laborales del grupo RTVE, ratificando la política de prevención firmada mediante resolución de la Dirección General, el 25 de marzo de 2002, política que vuelve a ser ratificada con fecha 1 de enero de 2012. Dicho plan incluye los elementos determinados en el mencionado artículo 16 en cuanto a la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios, para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa.

¿Con qué tipo de tecnologías, materiales y equipos cuentan? ¿Están suficientemente equipados?

Sí, estamos bien equipados. Concretamente, disponemos de equipamiento sanitario para realizar las exploraciones de los reco-

nocimientos médicos, como es un audiómetro y cabina audiométrica, electrocardiógrafo, equipo para control visión, espirómetro, esfingomanómetro y fonendoscopio, oftalmoscopio, otoscopio, negatoscopio, peso, tallmetro y un laboratorio de análisis clínico concertado. También contamos con medicación, material y aparataje suficiente para atender urgencias y primeros auxilios.

¿Cuál es la formación que ha de tener un profesional que se dedique a la Medicina en este entorno?

Los médicos debemos ser especialistas en Medicina del Trabajo.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria?

Obligatoria no es, pero sí se recomienda ser Técnico Superior en Riesgos Laborales.

¿Cómo se forman los médicos en este ámbito? ¿Existe algún tipo de formación oficial?

La especialidad en Medicina del Trabajo ha experimentado cambios sustanciales desde la publicación del RD 139/2003, de 7 de febrero, que actualiza la regulación de la formación médica especializada. Después de casi 20 años, la formación en esta especialidad ha pasado de impartirse en escuelas profesionales y en régimen de alumnado, a realizarse de manera retribuida mediante el "sistema de residencia", en unidades docentes específicamente acreditadas para ello, con un programa oficial nuevo que se ha elevado a cuatro años y al que se han incorporado importantes periodos de formación tanto en hospitales y centros de salud como en servicios de prevención y otras entidades acreditadas relacionadas con la salud de los trabajadores.

¿Cuáles son las debilidades y fortalezas de los servicios de Medicina laboral en estos momentos?

La principal fortaleza es el poder llevar a cabo una Medicina preventiva, darse cuenta de que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes, estudiar si la enfermedad de una persona tiene relación con el trabajo y verificar si las medidas preventivas evitan el daño para la salud. También una fortaleza es el poder realizar campañas de promoción de la salud con el fin de crear una empresa saludable y un bienestar laboral. Las debilidades a nivel de los servicios de Medicina laboral son sobre todo la falta de medios de los que se dispone.

Por lo que se refiere a la práctica asistencial, ¿a cuántos pacientes se suele atender a lo largo de un día? ¿Cuáles son los casos más frecuentes con que se encuentra?

Yo soy médico de Prado del Rey, a diario realizamos exámenes de salud, pasamos consulta de Medicina asistencial, para que nuestros empleados no se tengan que trasladar a su médico de familia, y atendemos a los trabajadores que sufren algún accidente o alguna

CRTVE tiene un servicio de prevención propio y asumida la especialidad de Medicina del Trabajo, disponemos de dos centros de Salud Laboral en Madrid, uno en Prado del Rey y otro en Torrespaña, y otros dos en Barcelona, uno en los estudios de Sant Cugat y otro en RNE Barcelona

urgencia en su puesto de trabajo. A lo largo del día podemos atender a unas 30 ó 40 personas. Patología relacionada con el trabajo vemos bastante poca ya que intentamos que se cumplan todas las medidas preventivas, y de enfermedad común vemos una gran diversidad de patología, los trabajadores además de acudir a nosotros porque se pongan enfermos en el lugar de trabajo, también nos piden consejo sobre otros procesos.

En base a estos datos, ¿algunas son evitables?



PERFILES SANITARIOS

María José Valcárcel

Es, fundamentalmente, nuestra función, evitar que se produzcan daños para la salud. Cuando después de realizar un reconocimiento médico consideramos que existe algún riesgo que puede afectar al trabajador, o que éste es especialmente sensible, aconsejamos o proponemos medidas preventivas.

Cada vez con más frecuencia las empresas se enfrentan a la disyuntiva de decidir sobre la conveniencia o no de establecer servicios médicos, a su juicio, ¿cuáles son las ventajas y los inconvenientes que pueden obtener de los mismos?

La vigilancia de la salud sirve, básicamente, para darse cuenta a tiempo de que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes, y, fundamentalmente, implantar medidas preventivas y comprobar si éstas evitan realmente el daño a la salud de los trabajadores. Constituye uno de los instrumentos fundamentales en la preven-

ción de los riesgos laborales, que debe integrarse en todo el proceso preventivo y que sirve tanto para identificar problemas en la evaluación de riesgos, como para ver-

La vigilancia de la salud sirve, básicamente, para darse cuenta a tiempo de que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes

rificar la eficacia del plan de prevención que se esté aplicando. No hay que olvidar que, aunque la vigilancia de la salud es una actividad propia de la Medicina del Trabajo, implica y necesita una interrelación con el resto de los integrantes del servicio de prevención. La puesta en marcha de campañas de salud que inciden en mejorar los hábitos de vida de los trabajadores contribuyen a mejorar los índices de absentismo. Por otro lado, el hecho de disponer de servicio médico en la propia empresa permite, en caso de accidente o de una patología urgente, proporcionar la primera asistencia antes de proceder al traslado del herido. En general, el disponer de servicio médico es considerado por los trabajadores como un beneficio y les proporciona una sensación de tranquilidad.

rificar la eficacia del plan de prevención que se esté aplicando. No hay que olvidar que, aunque la vigilancia de la salud es una actividad propia de la Medicina del Trabajo, implica y

¿Existe alguna normativa que obligue a las empresas a contar con un servicio médico?

El RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, dispone en su artículo 14 que el empresario deberá constituir un servicio de prevención propio cuando concorra alguno de los siguientes supuestos: que se trate de empresas que cuenten con más de 500 trabajadores; que, tratándose de empresas de entre 250 y 500 trabajadores, desarrollen alguna de las actividades incluidas en el Anexo I; que, tratándose de empresas no incluidas en los apartados anteriores, así lo decida la Autoridad laboral. El mismo RD en su artículo 15 establece que el servicio de prevención habrá de contar, como mínimo, con dos de las especialidades preventivas, y si una de las especialidades asumidas es la Medicina del Trabajo, en el RD 843/2011, de 17 de junio, están establecidos los recursos humanos con los que debe contar el servicio de prevención en su actividad sanitaria.

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿cómo valora el panorama sanitario español actual?

Yo definiría la situación actual del sistema sanitario español como una situación de incertidumbre. La Sanidad es un sector especialmente sensible. Ahora mismo, me preocupa el funcionamiento de la Sanidad pública, es decir, que el tener que funcionar con menos recursos, menos material y, en general, menos medios, pueda repercutir en la calidad de los servicios que reciben los ciudadanos.

En este contexto, y teniendo en cuenta que su ejercicio profesional lo desarrolla en un entorno público, ¿los recortes que se vienen produciendo pueden afectar a los servicios médicos de las empresas públicas, como el caso de RTVE?

Efectivamente, aquí también pueden llegar a afectar los recortes y que los medios de los que disponemos, tanto técnicos como humanos, se vean mermados ■



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:



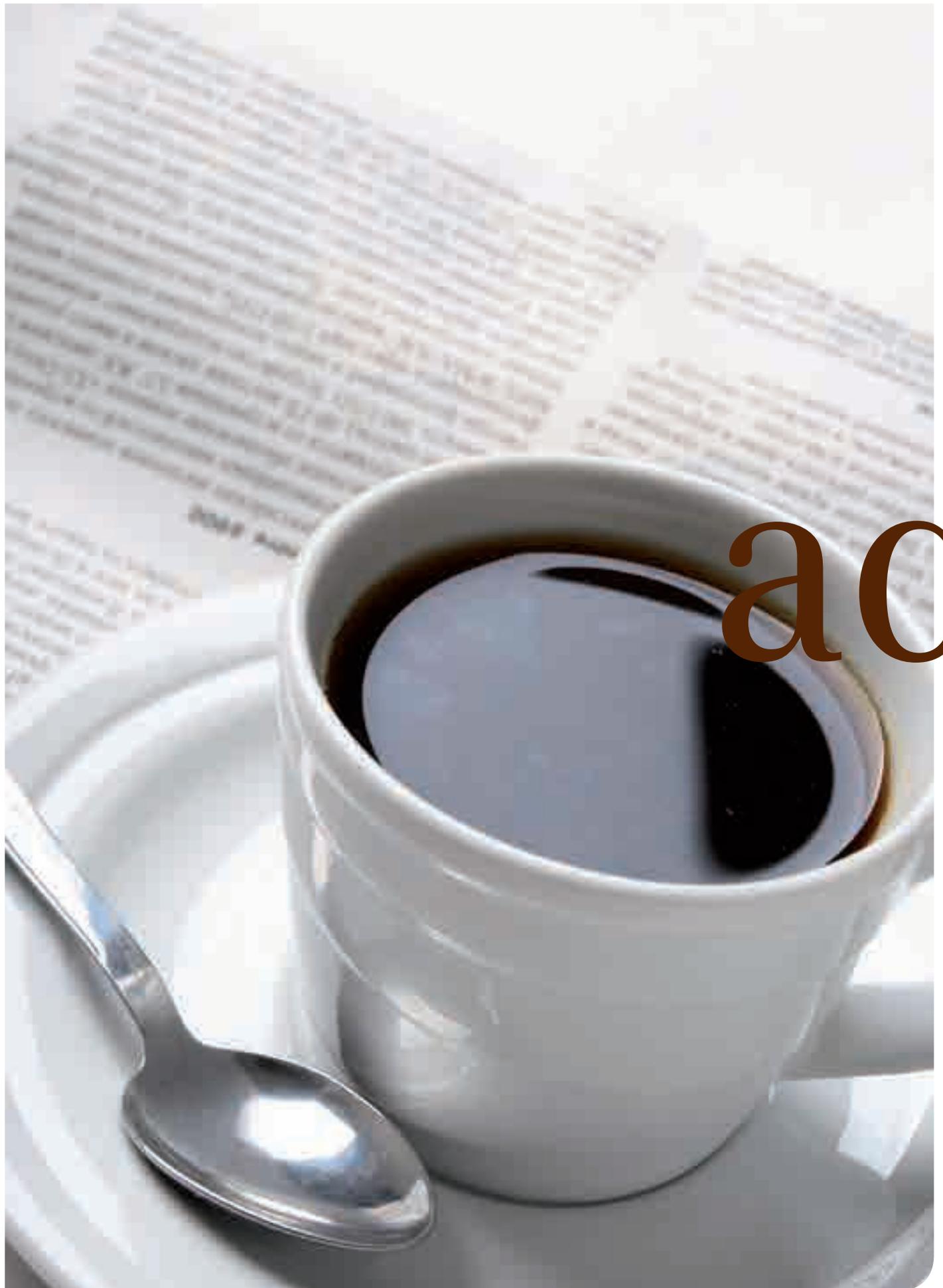
Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org



**FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

21 de febrero



La OMC pone en marcha la OPEM, un servicio para ayudar a los médicos en la búsqueda de empleo. La Oficina de Promoción de Empleo Médico (OPEM), una plataforma creada para ayudar a los médicos en la formación y búsqueda de empleo a nivel nacional e internacional, es ya una realidad que ha puesto en marcha la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC). El presidente de la FPSOMC, Juan José Rodríguez Sendín, y el vocal nacional de Médicos en Empleo Precario, Fernando Rivas, presentaban esta Oficina de Promoción de Empleo Médico, una nueva prestación social dirigida a los médicos colegiados. "La OPEM es uno de los objetivos prioritarios que la corporación se ha marcado ante el grave problema actual de desempleo y de empleo precario que sufren los médicos, en especial, los más jóvenes", afirmaba Rodríguez Sendín ■

27 de febrero

El céntimo sanitario vulnera la legislación de la UE: Hacienda aclara que se deberá reintegrar una cifra muy inferior a 13.000 millones. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) dictaminaba que el céntimo sanitario, el impuesto sobre los carburantes que aplicaban algunas comunidades autónomas y cuyos ingresos se destinaban a financiar la Sanidad, vulnera la legislación comunitaria. Los jueces señalan que "no procede limitar en el tiempo los efectos de esta sentencia, ya que el Gobierno español y la Generalitat de Cataluña no obraron de buena fe al mantener este impuesto en vigor durante más de diez años". Ello significa que se abre la vía para que los afectados puedan reclamar la devolución de los 13.000 millones de euros recaudados ilegalmente entre 2002 y 2011, según las estimaciones de las propias autoridades españolas. Por su parte, el Ministerio de Hacienda advertía de que la cifra que deberá reintegrar el Gobierno español tras este dictamen del TJUE será "sensiblemente inferior" a los 13.000 millones ■

28 de febrero

El ministro de Economía asegura que España devolverá la recaudación del céntimo sanitario. El ministro de Economía y Competitividad, Luis De Guindos, declaraba que "por supuesto", España va a cumplir con la sentencia del Tribunal de Justicia de la UE, que obliga al Gobierno a reintegrar la recaudación del "céntimo sanitario", una vez que el Tribunal lo ha declarado ilegal. No obstante, el ministro no ha especificado cuál será el origen del dinero ■

El CEEM convoca una manifestación en contra de la Troncalidad. Tras el periodo de deliberación y votación de las representaciones locales que integran el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) se ha decidido convocar una manifestación en Madrid el 5 de abril a las 12.00h en el Paseo del Prado, entre la Plaza de Cibeles y el Ministerio de Sanidad ■

3 de marzo

Expertos insisten en que la reducción de precio de los biosimilares no puede ser igual a la de los genéricos. Que un medicamento biosimilar no es lo mismo que un medicamento genérico es un concepto que ya ha quedado claro, sin embargo, aunque no tengan el mismo tratamiento técnico, la ley si los equipara en cuestión de precios, o al menos, en las condiciones a la hora de establecer conjuntos para el Sistema de Precios de Referencia, lo cual crea ciertas incertidumbres. Estos conflictos eran abordados en la jornada sobre medicamentos biosimilares "Misión y Visión: Europa Vs España", organizada por el propio Ministerio de Sanidad y la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG). Era Carlos Lens, subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, quien explicaba que los biosimilares ayudan a buscar economías similares a las que ayudaron a encontrar los medicamentos genéricos, y eso supone un ahorro importante –se calcula que podrían suponer un ahorro de 1.500 millones de euros de aquí al 2020– "porque de otra forma no habría capacidad presupuestaria para financiar la innovación" ■

4 de marzo

Sanidad y Farmaindustria colaborarán en la sostenibilidad del SNS y en garantizar la incorporación de los medicamentos innovadores. La ministra Ana Mato y la presidenta de la patronal, Elvira Sanz, firmaban un protocolo para garantizar el acceso de todos los pacientes a los medicamentos innovadores (la industria avisa de que la crisis no puede "comprometer" un acceso "ágil y equitativo" a ellos), avanzar en las compras centralizadas y crear un marco estable para la investigación. El trabajo conjunto se desarrollará a través de un Foro de Diálogo que se reunirá todos los meses para avanzar en los objetivos comunes de facilitar la innovación y la investigación haciéndolas compatibles con la sostenibilidad del SNS ■

6 de marzo

El Foro de la Profesión aprueba su documento de gestión clínica, que trasladará al Ministerio de Sanidad. La base del documento son las líneas generales establecidas por CESM y FACME en los suyos: que las unidades tengan autonomía de gestión; voluntariedad; que los profesionales elijan al líder, que no tengan persona-

lidad jurídica propia, que no se deba cambiar la vinculación jurídica de los profesionales, incentivos ligados a la eficiencia y no al ahorro son los principales. En una reunión "breve" y monográfica, los representantes del Foro de la Profesión Médica aprobaban su documento sobre lo que debe ser desde el punto de vista profesional el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud ■

12 de marzo

Falta una mayor integración en la implantación de las TIC para la gestión del enfermo crónico. Hemos avanzado respecto a la implantación de las Tecnologías de la Información, pero queda camino por recorrer y barreras que resolver. Esa es una de las conclusiones de la primera sesión de debate de INFORMED, que se incluye dentro del XVII Congreso Nacional de Informática de la Salud INFORS@LUD 2014. En la misma intervenían diversos expertos como Ignacio Fernández, de la Unidad de Arritmias del Hospital Universitario de Puerta de Hierro, que explicaba que "vemos proyectos pequeños, no veo un gran sistema de atención al crónico compatible en todas partes, estamos creando islas". Se unía a esta opinión Fernando Santos Guerra, coordinador de TIC en INNOVA SAUDE, que matizaba que el segmentar la información solo va a crear nuevos problemas, puesto que la información debería de estar integrada "y esto nos va a pasar factura". En este sentido si los expertos opinaban que sí que existía una voluntad política por avanzar en este hecho el problema lo señalaba Víctor González, jefe de servicio de la hospitalización a domicilio de Hospital Universitario Gregorio Marañón. "Influye la ausencia de liderazgo", en relación al hecho de que "hay que unir diferentes voluntades" ■

14 de marzo

Ana Mato destaca que la segunda parte de la legislatura llega "cuando lo peor de la crisis ya ha pasado". En los últimos dos años, el Ministerio de Sanidad tuvo que "afrentar una situación extraordinariamente delicada para el mantenimiento de la Sanidad pública española y de los servicios sociales". Sin embargo, hoy, "ya hemos superado esta primera etapa y estamos afrontando la segunda parte de la legislatura, que coincide con que lo peor de la crisis ya ha pasado y estamos superando el pesimismo y la desesperanza en beneficio de la confianza y del futuro". Así lo aseguraba Ana Mato en su intervención en la toma de posesión de la nueva secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Susana Camarero, quien sustituye en el cargo a Juan Manuel Moreno ■

17 de marzo

Sanidad y las CC.AA. inician los trabajos para diseñar la Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria. Representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de las comunidades autónomas se reunían para iniciar los trabajos de redacción de la Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria sobre la base de un proyecto que se ha entregado. Un texto que será el marco del acuerdo, ya que contará con las aportaciones de las partes, no sólo de las CCAA, sino también de las entidades del tercer sector y de las organizaciones sociales. El objetivo no es otro que llegar a un documento de acuerdo antes del verano, y por tal razón se han configurado cinco grupos de trabajo en función de los cinco bloques temáticos que componen el informe del Ministerio ■

tantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de las comunidades autónomas se reunían para iniciar los trabajos de redacción de la Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria sobre la base de un proyecto que se ha entregado. Un texto que será el marco del acuerdo, ya que contará con las aportaciones de las partes, no sólo de las CCAA, sino también de las entidades del tercer sector y de las organizaciones sociales. El objetivo no es otro que llegar a un documento de acuerdo antes del verano, y por tal razón se han configurado cinco grupos de trabajo en función de los cinco bloques temáticos que componen el informe del Ministerio ■

18 de marzo

"Ningún sistema sanitario será sostenible en el futuro a menos que se reforme". Así de contundente se mostraba el comisario europeo de Salud, Tonio Borg, durante su participación en Bruselas en una "Conferencia sobre la Salud en Europa: haciéndola más justa", un evento centrado en las desigualdades sanitarias en el seno de la UE, uno de los desafíos que más preocupa a las autoridades sanitarias europeas. Según Borg, las reformas no deben suponer sólo recortes. "Hay países", -sostiene-, "que incluso en la crisis han invertido más en Salud". "De todos modos, en el futuro habrá que centrarse en hacer cada vez más y mejor con el mismo y hasta con menos dinero" ■



20 de marzo

Las agresiones a médicos disminuyeron un quince por ciento en 2013, con 354 casos. El Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC, que presentó los datos bajo el lema "Ante las agresiones a médicos, tolerancia cero", ha registrado en cuatro años 1.714 agresiones a médicos; en 2012 registró 416. Esta tendencia descendente pone en valor el trabajo de estos cuatro años de actividad del Observatorio que los 52 colegios de médicos de toda España pusieron en marcha a raíz de la muerte, en 2009, de la Dra. María Eugenia Moreno, una residente de 34 años que fue asesinada por un paciente cuando se encontraba trabajando en el centro de salud de Moratalla (Murcia). La OMC demanda unificación en la tipificación judicial para que sean consideradas como delito contra la autoridad y que las agresiones sean consideradas delito de atentado, tanto si se producen en el ámbito público o privado ■

NOTA: Cronología del 20 de febrero al 20 de marzo de 2014.

Para ampliar informaciones, ver:
<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst

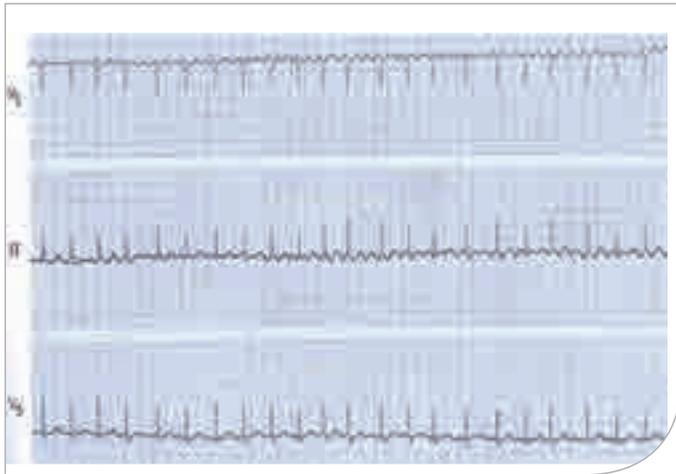


La
antánea
médica

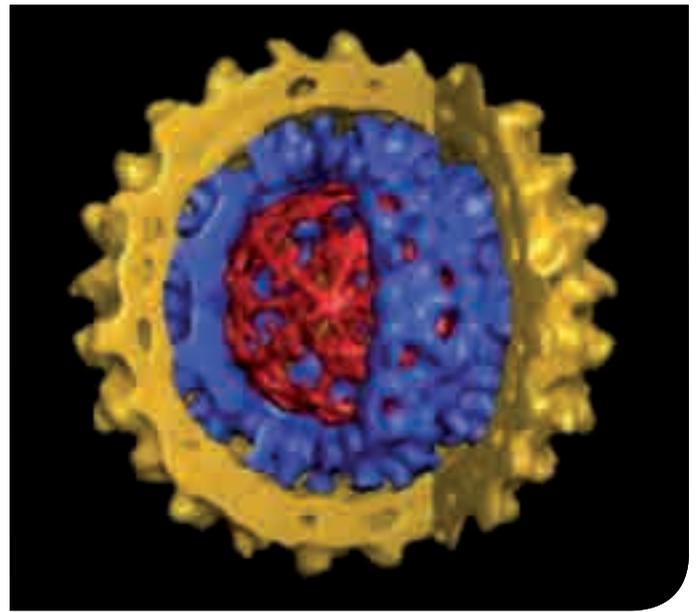


Se detectan arritmias en la práctica de ejercicio físico sin control previo

El doctor Aurelio Quesada, cardiólogo del Hospital Casa de Salud de Valencia, ha advertido del riesgo "cada vez mayor" de padecer arritmias o fibrilaciones auriculares ante la práctica de ejercicio físico sin un control previo. Según ha destacado el especialista, "la fibrilación auricular o arritmia es la epidemia del siglo XXI y es cada vez más frecuente dado que el cambio en el estilo de vida hace que se sufra más y se tolere peor". Quesada ha subrayado que ponerse a hacer deporte "sin ningún tipo de control no ayuda" ya que "hay muchas personas que no están preparadas y se produce una merma enorme en la calidad de vida". Por ello,



sostiene que debería ser "obligatorio" realizarse un chequeo médico antes de empezar algún ejercicio. El cardiólogo indica que el corazón "no es el único factor que influye en la fibrilación auricular pero sí que es uno de los más importantes" en franjas de edad como los 50 años. "Afortunadamente hacia el ventrículo no pasan todos los latidos pero como la contracción auricular es totalmente caótica, no produce el bombeo deseado", ha explicado el especialista. Las claves para el control son la prevención, sobre todo de la hipertensión y el consultar con un especialista cómo tratarla al empezar a tener palpitaciones o detectar un pulso irregular. El cardiólogo ha indicado que se puede tratar, pero ha recalcado que el tratamiento "pasa por la corrección de los factores desencadenantes, la elección del medicamento correcto y si esto aún no fuera eficaz, la fibrilación puede controlarse mediante métodos quirúrgicos". "Cuanto más precoz sea el diagnóstico más sencillo y simple será ese tratamiento. Si no, se puede sufrir desde una embolia hasta llegar a comprometer la vida, por no detectarse a tiempo", ha advertido el doctor Quesada ■

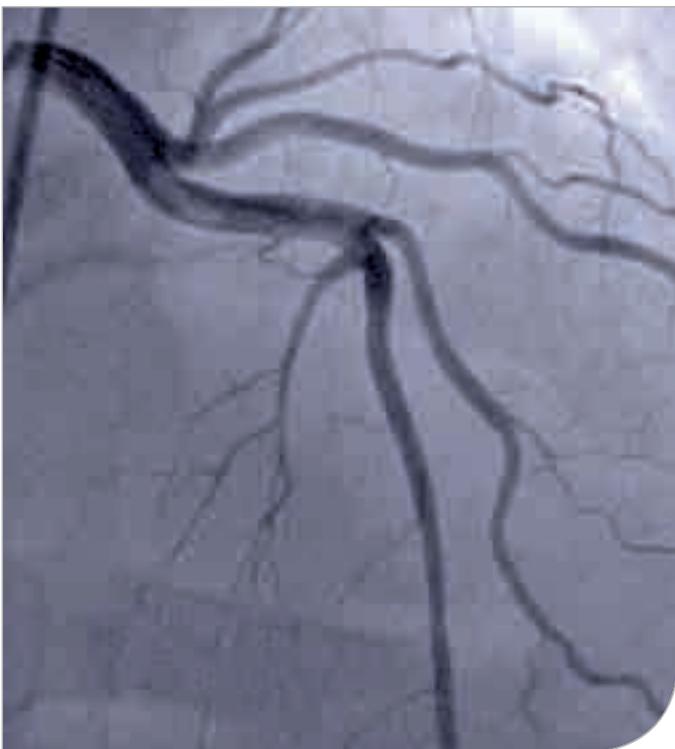


La combinación de los nuevos antivirales de la hepatitis C evitará la aparición de cepas resistentes

Próximamente está prevista la llegada al mercado de nuevos antivirales de acción directa que va a representar un cambio sustancial en el abordaje de la hepatitis C, que permitirán la curación de muchos pacientes y además evitará la aparición de cepas resistentes. Así lo ha asegurado el consultor de Hepatología del Hospital Clínic de Barcelona Xavier Forns, durante el simposio 'Superando barreras en el tratamiento de las hepatitis víricas' organizado en Madrid. El problema de los tratamientos actuales es que "una proporción importante de pacientes no lo tolera bien", reconoce este experto. Sin embargo, la llegada al mercado de nuevos medicamentos, como el daclatasvir, el sofosbuvir y el simeprevir abre una nueva etapa ya que actúan sobre dianas diferentes del genoma del virus y tienen actividad pangotípica, es decir, actúan contra todos los genotipos del virus, como es el caso de la combinación daclatasvir y sofosbuvir. "La combinación de fármacos como daclatasvir y sofosbuvir obtiene tasas de curación del 90 por ciento de los pacientes, e incluso, en algunos grupos de más del 95 por ciento", ha reconocido Forns, para quien estas cifras son "impensables hace un par de años". Este cambio en el paradigma del tratamiento de la hepatitis C crónica traerá consigo, según el especialista, una disminución notable de la incidencia de la infección que, a largo plazo, tendrá efectos sobre su prevalencia. No obstante, Forns cree que será difícil hablar de una erradicación completa de la hepatitis C, porque siempre habrá poblaciones de pacientes para las que el acceso a los fármacos sea difícil y donde puedan producirse transmisiones del virus ■

Realizan con éxito una novedosa técnica para tratar enfermedades coronarias

La Sección de Hemodinámica del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena ha logrado, de manera exitosa y por primera vez, reabrir el conducto cerrado e implantar tres stents, mediante técnica retrógrada, en la arteria de un paciente con oclusión crónica total, según ha explicado el doctor Luciano Consuegra, facultativo de la Sección y responsable de la intervención. El método que se ha empleado se denomina técnica retrógrada y es un procedimiento que sólo se utiliza en pacientes que presentan una arteria coronaria ocluida completamente, sin paso alguno de sangre, cuya estenosis es dura e impenetrable y, por tanto, indica Consuegra, "trabajamos en un escenario que supone una barrera para el tratamiento habitual mediante angioplastia y stent". Así, y frente a la manera clásica de canalizar los vasos ocluidos crónicamente de forma anterógrada, es decir entrando por la 'boca' de la arteria, "hemos utilizado una alternativa llamada técnica por vía retrógrada, que supone la apertura de la arteria a través de colaterales del vaso afectado, es decir, entrando desde atrás a través de otra arteria". De esta forma, "se consigue ampliar el abanico de probabilidades de éxito en el tratamiento de estos pacientes, ya que entre un 15 y un 30 por ciento de estos casos no pueden solucionarse con la técnica clásica" ■



El Banco Nacional de ADN cumple 10 años

El Banco Nacional de ADN cumple 10 años desde que se constituyó oficialmente, el 16 de marzo de 2004, mediante un convenio de colaboración entre la Fundación Genoma España, la Universidad de Salamanca y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Se trata de un biobanco sin ánimo de lucro cuya función es proporcionar muestras, e información asociada, de donantes voluntarios (sanos y/o enfermos), a los investigadores que las soliciten para desarrollar un proyecto de investigación. Con esta actividad se promueve y facilita la investigación biomédica asegurando simultáneamente el uso racional, eficaz, ético y legal de las muestras que custodia para garantizar los derechos de los donantes. En concreto, desde su creación se han procesado y almacenado más de 100.000 muestras de más de 37.000 donantes voluntarios diferentes. Además, hay más de 83.000 alícuotas de muestras de ADN, ARN, plasma y células cedidas para el desarrollo de 145 proyectos de investigación; y más de 120 artículos científicos publicados en revistas internacionales como consecuencia del desarrollo de esos proyectos. También, se ha firmado 44 convenios de colaboración con instituciones y se han formado a 340 profesionales del área biomédica en biobancos. Por este motivo, el personal del Banco ha enviado su especial agradecimiento a todos los donantes que de manera "desinteresada" han cedido sus muestras creyendo en este proyecto; al personal sanitario (técnicos, enfermeras y médicos) que ha colaborado "altruistamente" con el biobanco en la recogida de muestras; y a todos los grupos de investigación que han confiado en su trabajo y que han solicitado las muestras almacenadas, haciendo partícipe al biobanco y los donantes de los resultados científicos alcanzados ■



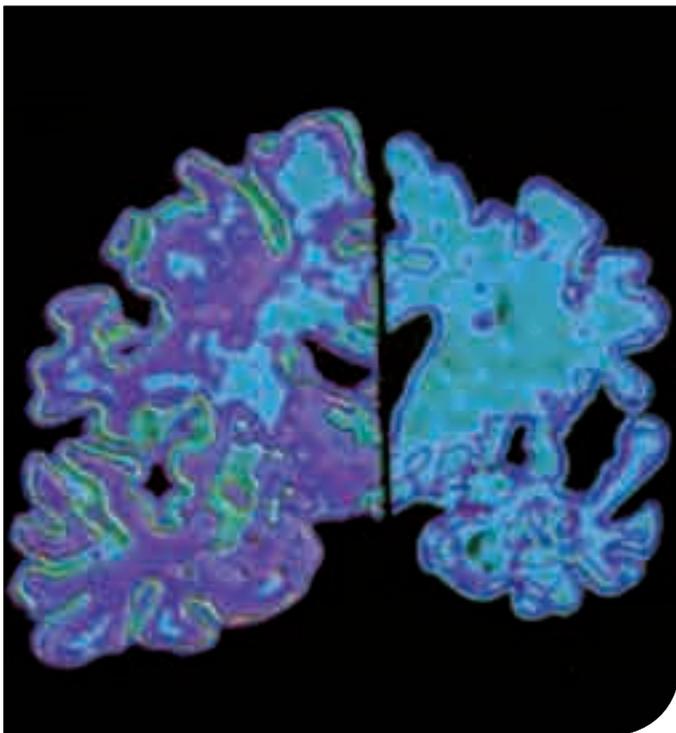
INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

La instantánea médica

Un análisis de sangre identifica el riesgo de padecer Alzheimer en los 3 años siguientes

Investigadores del Centro Médico de la Universidad de Georgetown, en Washington, Estados Unidos, han descubierto y validado un análisis de sangre que puede predecir con más de un 90 por ciento de exactitud si una persona sana va a desarrollar deterioro cognitivo leve o la enfermedad de Alzheimer en tres años. Descrita en la edición de la revista 'Nature Medicine', la investigación anuncia la posibilidad de desarrollar estrategias de tratamiento para la enfermedad de Alzheimer en una etapa anterior, cuando la terapia sería más eficaz para retardar o prevenir la aparición de los síntomas. Es la primera vez que se informa de la existencia de biomarcadores sanguíneos del Alzheimer preclínico. La prueba, que identifica diez lípidos o grasas en la sangre que predicen el inicio de la enfermedad, podría estar lista para su uso en estudios clínicos en tan sólo dos años y, según los investigadores, es posible que tenga otros usos de diagnóstico.

"Nuestra prueba de sangre ofrece la posibilidad de identificar a las personas en situación de riesgo de deterioro cognitivo progresivo y puede cambiar la forma en la que los pacientes, sus familias y los médicos tratan, planifican y manejan el trastorno", afirma uno de los autores del estudio, Howard J. Federoff, profesor de Neurología y vicepresidente ejecutivo de Ciencias de la Salud en Georgetown. Actualmente, no existe una cura o un tratamiento



efectivo para la enfermedad de Alzheimer, de forma que, a nivel mundial, alrededor de 35,6 millones de personas tienen la enfermedad y, según la Organización Mundial de la Salud, el número se duplicará tras 20 años hasta los 115,4 millones de personas con Alzheimer en 2050 ■

El uso de los cigarrillos electrónicos no hace que los jóvenes dejen de fumar



Investigadores del Centro de Estudios para el Control del Tabaco de la Universidad de California en San Francisco, Estados Unidos, han descubierto que los jóvenes fumadores no dejan el hábito tabáquico pese a usar los cigarrillos electrónicos, según los resultados de un estudio que publica la revista 'JAMA Pediatrics'. Su trabajo ha encontrado este doble uso –de tabaco y cigarrillos electrónicos– pero permite dilucidar si estos dispositivos pueden servir de puerta de entrada al tabaco, según reconocen. El estudio fue financiado por el Instituto Nacional del Cáncer y el objetivo era comprender mejor la relación entre el tabaco y estos cigarrillos, para ver si su uso hacía que los adolescentes dejaran de fumar. Los resultados muestran como los adolescentes que han fumado y también usan los cigarrillos electrónicos tienen menos probabilidades de haber dejado de fumar que quienes no los usan. "El uso de los cigarrillos electrónicos no disuade de fumar, e incluso puede fomentar el consumo de tabaco entre los adolescentes", según han destacado Lauren Dutra y Stanton Glantz, autores del estudio, que no obstante admiten que se necesita hacer un seguimiento de los participantes para ver si hay alguna relación causal de un consumo y otro ■

Spiraxin®

(rifaximina- α)

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

Imagen en 2ª de cubierta

BAMA — GEVE

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

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Tebarat 0,5 mg/ml colirio en solución en envase unidosis. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** 1 ml de solución contiene 0,5 mg de hidrocloreto de azelastina 0,05% (0,5 mg/ml). Cada envase unidosis contiene 0,125 mg de hidrocloreto de azelastina en 0,25 ml de solución. Cada gota contiene 0,015 mg de hidrocloreto de azelastina. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Colirio en solución en envase unidosis. Solución acuosa estéril y sin conservante, transparente e incolora. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas** Tratamiento y prevención de los síntomas de la conjuntivitis alérgica estacional en adultos y niños a partir de los 4 años. Tratamiento de los síntomas de la conjuntivitis alérgica no estacional (perenne) en adultos y niños a partir de 12 años. **4.2 Posología y forma de administración.** **Posología.** *Conjuntivitis alérgica estacional:* La dosis normal en adultos y niños a partir de los 4 años es una gota en cada ojo dos veces al día que puede ser aumentada, en caso necesario, a cuatro veces al día. Si se prevé una exposición al alérgeno, Tebarat debe administrarse profilácticamente, antes de la mencionada exposición. *Conjuntivitis alérgica no estacional (perenne):* La dosis normal en adultos y niños a partir de 12 años es una gota en cada ojo dos veces al día que puede ser aumentada, en caso necesario, a cuatro veces al día. Ya que en los ensayos clínicos se ha demostrado seguridad y eficacia durante un período de 6 semanas, la duración del tratamiento debe ser limitada a un máximo de 6 semanas. Aviso para uso sin prescripción: Hay que tener en cuenta que el uso de Tebarat durante más de 6 semanas debe hacerse bajo supervisión médica, incluso en conjuntivitis alérgica estacional. *Población pediátrica.* Tebarat no se debe utilizar en niños menores de 4 años debido a la ausencia de datos de seguridad y eficacia. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** En caso de que los síntomas alérgicos persistan o se agraven, se recomienda al paciente ponerse en contacto con su médico. Tebarat no está destinado para el tratamiento de infecciones oculares. Ver más advertencias en las secciones 4.5 y 4.6. Se aconseja no usar lentes de contacto hasta que los signos y los síntomas de la conjuntivitis alérgica hayan desaparecido. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios específicos de interacción con Tebarat. Se han realizado estudios de interacción con dosis orales altas, sin embargo no están relacionados con hidrocloreto de azelastina, ya que los niveles sistémicos, después de la administración del colirio, están en el rango de picogramos. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** No existen datos suficientes sobre la utilización de hidrocloreto de azelastina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). A altas dosis orales, azelastina ha mostrado la inducción de efectos adversos (muerte fetal, crecimiento retardado y malformación esquelética) en animales. La aplicación ocular local producirá una mínima exposición sistémica (rango de picogramos). Sin embargo, como medida de precaución, es preferible que no se use Tebarat durante el embarazo. **Lactancia.** Azelastina se excreta a través de la leche materna en bajas cantidades. Por esta razón, Tebarat no está recomendado durante la lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Es improbable que la ligera irritación pasajera que se puede experimentar tras la aplicación de Tebarat afecte a la visión en mayor grado. Sin embargo, si existen algunos efectos transitorios en la visión, se debe aconsejar al paciente que espere hasta que se le pasen, antes de conducir o utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas:** La valoración de las reacciones adversas está basada en las siguientes frecuencias: Muy frecuentes ($\geq 1/10$). Frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$). Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$). Raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$). Muy raras ($< 1/10.000$). Frecuencia desconocida (no se puede estimar a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Sabor amargo. **Trastornos oculares:** Frecuentes: Irritación de ojo que es transitoria y moderada. La incidencia de esta reacción adversa puede ser menor ya que Tebarat no contiene cloruro de benzalconio (como contienen otros colirios). **Trastornos del sistema inmunológico.** Muy raras: Reacción alérgica (tales como erupción y prurito). **4.9 Sobredosis.** No se conocen reacciones específicas por sobredosisificación ocular y no se prevén reacciones de sobredosis con la vía de administración oftálmica. No existe experiencia con la administración de dosis tóxicas de hidrocloreto de azelastina en humanos. Según los resultados de la experimentación animal, es posible la aparición de trastornos del sistema nervioso central en caso de sobredosis o intoxicación. El tratamiento de estos trastornos debe ser sintomático. No hay antídoto conocido. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de excipientes:** Hipromelosa (E464), sorbitol líquido (E420), edetato de sodio (E385), hidróxido sódico (E524), alcohol polivinílico (E1203) y agua purificada. **5.2 Incompatibilidades.** No procede. **5.3 Período de validez.** Dos años. El contenido de los envases unidosis debe utilizarse antes de 12 horas después de la apertura de los envases. El contenido no utilizado debe ser desechado. Período de validez tras la apertura del sobre: 3 meses. **5.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **5.5 Naturaleza y contenido del envase.** La solución está envasada en una ampolla de polietileno de baja densidad. Cada ampolla contiene 0,25 ml de solución estéril. Las ampollas están en el interior de un sobre protector de aluminio. Cada envase contiene 10, 20 ó 30 ampollas, según el formato comercializado. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales de eliminación.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios SALVAT, S.A. Gall, 30-36. Esplugues de Llobregat Barcelona (Spain). **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 77005. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Enero de 2013. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Noviembre 2012. **Precio:** PVL: 9,77€ PVP IVA: 15,25€. **Financiado Sistema Nacional de Salud.**

Imagen en solapa

REPORTAJE

EN PORTADA



La troncalidad, un cambio de paradigma

Un cambio en el paradigma de la formación del médico, eso es la troncalidad. La esencia de esta reforma es entender que el periodo de formación se dividirá en dos años de formación troncal y un segundo periodo de formación específica. Así, el futuro médico elegirá inicialmente entre cinco troncos: el tronco médico, que agrupa 21 especialidades; el tronco quirúrgico, que agrupa 10; el de laboratorio y diagnóstico que aglutina 4; 2 el de imagen clínica y 2 el de Psiquiatría. Si la base de esta reforma es conseguir que el médico tenga una formación inicial más general, y por lo tanto, más completa, el Real Decreto deja muchas incógnitas que han provocado el rechazo por parte del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, sobre todo en la cuestión de dónde se sacará el presupuesto para financiar esta reforma, y por parte de algunas Sociedades Científicas, que siguen defendiendo la creación de su especialidad, en vez de la adaptación en forma de áreas de capacitación específica.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Juan E. Iranzo

Decano-Presidente del Colegio de Economistas de Madrid:
"La industria farmacéutica, fundamental para España"

Lluís Bohigas

Ex Director General del Ministerio de Sanidad y Consumo. Director de Relaciones Institucionales en Roche Diagnostics:
"De la coordinación a la cohesión: la información sanitaria como herramienta y estrategia del SNS"

Francisco José Ruiz Boada

Director. Centro Nacional de Sanidad Ambiental
"Cuarenta años desde la creación del Centro Nacional de Sanidad Ambiental"

Carlos Rus

Gerente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) y secretario general de SPAINCARES:
"Turismo y salud"

ENTREVISTAS

Zsuzsanna Jakab

Directora de la Oficina Regional para Europa de la OMS



Francisco de Asís Babín



Delegado del Plan Nacional sobre Drogas

Pedro Mata López

Presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar



OTROS TEMAS

REPORTAJE



Investigación sanitaria en la Unión Europea

RADIOGRAFÍA



Una Sanidad 2.0: Los sistemas de información del SNS

Seguro de **Automóvil**



Porque cuando se queda sin coche,
es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

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



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10





Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas, Sulodexida (D.C.I.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinógenesis; inhibir el factor X activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS; Excipientes: laurilarsosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinitilla A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes. Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinitilla A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Efectos secundarios:** No se ha presentado ningún tipo de efectos secundarios. **Incompatibilidades:** No se han descrito ningún tipo de incompatibilidades. **Posología:** Las pautas posológicas recomendadas son: 3 a 4 cápsulas al día, antes de las comidas, durante 35-40 días. **Intoxicación y su tratamiento:** No se conoce hasta la fecha ningún tipo de intoxicación a las dosis recomendadas. En caso de intoxicación voluntaria o accidental se recomienda un lavado de estómago y medicación antisintomática. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20". Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Titular de la Autorización de Comercialización:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona (España). **Presentación:** Envase con 60 cápsulas. **PVPiva:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 55.545. **Texto revisado:** Junio 1999.

BAMA - GEVE

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