

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1160. Diciembre 2014

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



ÚLTIMA HORA

Relevo al frente del
Ministerio de Sanidad

COLOQUIOS EL MÉDICO



Foros EL MÉDICO

La Salud Mental
en las Islas Baleares

Entrevistas

José Ramón González Juanatey
Presidente de la Sociedad
Española de Cardiología

Rafael López Iglesias
Gerente del Complejo Asistencial
de Salamanca

La falta de acuerdos,
principal barrera
para la
sostenibilidad



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA capsulas, 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 fibrinólisis; 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 capsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS; Excipientes: laurilsarcosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la capsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinita A (E124) 0,045 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 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 capsulas 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 capsulas. **PVP/iva:** 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

Relevo al frente del Ministerio de Sanidad

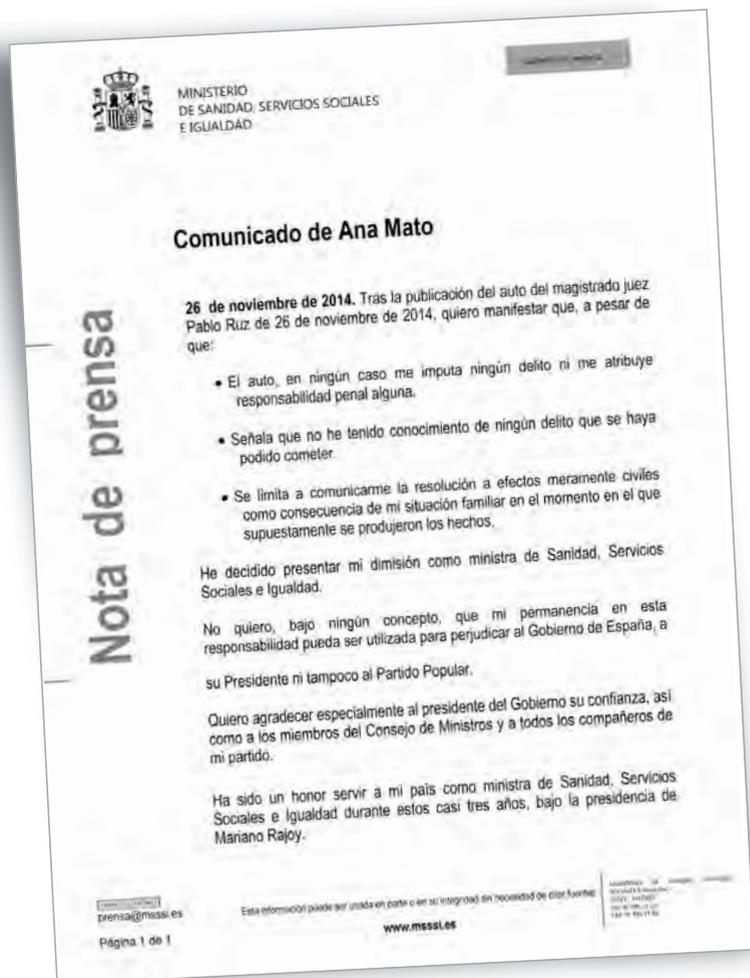
Apunto de entrar la edición del mes de diciembre en máquinas, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, presentaba su dimisión. Ésta tenía lugar tan solo unas horas después de que el juez de la Audiencia Nacional Pablo Ruz propusiera, a través de un auto, juzgar a la ministra como partícipe a título lucrativo de las actividades de su ex marido, Jesús Sepúlveda, y la implicación directa de éste en la trama Gürtel.

Ana Mato aseguraba que ese auto en ningún caso le imputa ningún delito ni le atribuía responsabilidad penal alguna, sino que se limita a comunicarle la resolución a efectos meramente civiles como consecuencia de su situación familiar en el momento en el que supuestamente se produjeron los hechos.

Pese a esa explicación, a continuación Ana Mato comunicaba su dimisión argumentando que "no quiero, bajo ningún concepto, que mi permanencia en esta responsabilidad pueda ser utilizada para perjudicar al Gobierno de España, a su presidente ni tampoco al Partido Popular".

EL MÉDICO INTERACTIVO informará puntualmente de todo lo relacionado con el relevo al frente del Ministerio y hará público el nombre del nuevo titular tan pronto como éste sea comunicado oficialmente ■

NOTA. Todo el contenido de este número es anterior a la dimisión de la titular de la cartera de Sanidad por lo que en algún momento puede haber referencias a ella como responsable del cargo.



EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

La falta de acuerdos como principal barrera para la sostenibilidad



El II Coloquio El MÉDICO centra el debate de la sostenibilidad del SNS en la búsqueda de verdaderos acuerdos entre Administración, gestores y profesionales para buscar las formas de hacer que estos proyectos puedan llevarse a cabo.

18

FORO DE EXPERTOS

JAIME ESPÍN

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada

10



JESÚS VERGARA MARTÍN

Responsable Agencia de Investigación. SEMERGEN

14



ENTREVISTAS

José Ramón González Juanatey

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

32



Jean Karl Soler

Presidente de la European General Practice Research Network (EGPRN)

54

Xavier Cos

Representante nacional del European General Practice Search Networks y vicepresidente del Grupo Europeo de Atención Primaria y Diabetes

58



José Palacios Calvo



Coordinador por parte de la Sociedad Española de Anatomía Patológica de la Plataforma de Biomarcadores en Cáncer

64

FOROS EL MÉDICO

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en las Islas Baleares

Los principales responsables de la política sanitaria y de la atención de la Salud Mental en las Islas Baleares se han dado cita en una jornada de trabajo, organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, la Fundación Bamberg y Lundbeck España, con el objetivo de analizar la situación actual de la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos y retos de futuro.

24



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.

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Rafael López Iglesias



Gerente del Complejo Asistencial de Salamanca

38

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Amelia Fernández Sierra



Directora de la Unidad de Gestión Clínica Intercentros e Interniveles de Medicina

Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada

42

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Estudio MAPAD Mapa de recursos y necesidades asistenciales en Enfermedad Arterial Periférica



OTROS TEMAS

Última hora

3

La verdad en la ciencia y su fecha de caducidad

70

La instantánea médica

74

Próximo número

82

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 08.

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

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



Más de 300.000 profesionales cuentan ya con nuestro respaldo



Responsabilidad Civil Profesional
20
AÑOS

Asegurando su Tranquilidad

A.M.A. ofrece su producto de Responsabilidad Civil Profesional, tanto a los sanitarios como a sus sociedades, como la mejor respuesta a la exigencia legal de cobertura a los daños ocasionados en la actividad sanitaria

- ✓ Cobertura total durante toda su vida profesional
- ✓ Equipo Jurídico especializado en asuntos de Responsabilidad Civil Profesional

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



A close-up photograph of a stack of white papers. Two pens are resting on the papers. The pen in the foreground is a gold and silver ballpoint pen, with its tip pointing towards the left. The pen behind it is also gold and silver. The text 'La mirada' is overlaid on the right side of the image.

La
mirada

a maestra de la actualidad



Jaime
Espín



Jesús
Vergara Martín



Impacto económico de la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y el papel del copago como obstáculo para una mejor adherencia

Autor | Jaime Espín. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos es uno de los temas que más ha preocupado en los últimos años a los gestores, sin embargo han existido pocas actuaciones para su mejora. Los grandes datos hablan por sí solos: según un informe realizado por el *National Council on Patient Information and Education* en el año 2007, 1 de cada 3 pacientes no retira la medicación prescrita; 1 de cada 2 pacientes olvida tomar su medicación; 3 de cada 10 pacientes dejan de tomar la medicación una vez iniciado el tratamiento; y 1 de cada 4 pacientes toma una dosis menor de la que les ha prescrito su médico.

Existen diversos estudios que han intentado calcular, con mayor o menor transparencia en el método del cálculo, cual es el impacto de la no adherencia a los tratamientos. Uno de los ejemplos es el estudio realizado por *Friends of Europe*, con el título de *Just what de doctor ordered: An EU response to medication non-adherence*, que señaló que la falta de adherencia cuesta a los gobiernos de la Unión Europea 125.000 millones de euros cada año, además de contribuir a la muerte prematura de 200.000 ciudadanos anualmente. Las cifras aportadas por este informe no se desmarcan mucho de las publicadas en el año 2007 por el *National Council of Patient Information and Education* que señaló que en los EEUU el coste de la no adherencia era de 177.000 millones de dólares, incluyendo coste directos e indirectos.

En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud publicó el informe titulado *Adherence to long-term therapies. Evidence*



Jaime Espín

for action, donde uno de sus apartados llevaba por título "Mejorar la adherencia puede ser posiblemente la mejor inversión para abordar las enfermedades crónica de una manera efectiva". En ese apartado se señala que las inversiones que se hacen para mejorar la adherencia, en muchos casos son compensadas con los ahorros que se producen en la utilización de los servicios sanitarios, y en otros, con la mejora en los resultados de salud ya se justifica toda la inversión.

Aparte de los estudios globales que muestran los grandes costes asociados a la

falta de adherencia en general, interesa también resaltar aquellos estudios que muestran los costes asociados a enfermedades específicas, partiendo del principio de que la falta de adherencia no afecta por igual a todas las enfermedades y, sin duda, más a aquellas enfermedades que son crónicas. En el caso de la diabetes, un estudio publicado en el año 2012 en la revista *Health Affairs* por Jha et al, señalaba que mejorar la adherencia de la medicación para la diabetes podría evitar 699.000 visitas a urgencias y 341.000 hospitalizaciones al año en los Estados Unidos, lo que produciría unos ahorros de

4.700 millones de dólares. Además señalaba el estudio que eliminar la pérdida de adherencia (hecho que ocurría en uno de cada cuatro pacientes de su muestra) podría llevar a un ahorro de 3.600 millones de dólares, con lo que los ahorros potenciales combinados serían de 8.300 millones de dólares.

Sin duda alguna, mejorar la adherencia no es una tarea fácil y ciertas prácticas que se han puesto en marcha han tenido éxito a pequeña escala. Un estudio realizado por *Behner et al* en el año 2012 calculó cual sería el ahorro potencial en términos de productividad perdida en un conjunto de países de la Unión Europea y para un conjunto de patologías. Utilizando como referencia el Reino Unido, Alemania y Holanda, las cinco patologías estudiadas (hipertensión, asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dolor de espalda crónico, depresión y artritis reumatoide) producen una pérdida de productividad (calculada por la pérdida de trabajo debido al absentismo e incapacidad laboral) de entre 28.000 y 50.000 millones de euros en el Reino Unido, de 38.000 a 75.000 millones de euros en Alemania y de 9.000 a 13.000 millones de euros en Holanda.

Un grupo de medicamentos sobre los que también se ha calculado el coste de la adherencia es el de los antidepresivos. En un estudio publicado en el año 2003 por *White et al* demostró que los pacientes que tenían mejor adherencia al tratamiento incurrían en menores costes totales sanitarios, menos costes médicos y mayores gastos farmacéuticos. Una mejor adherencia suponía un ahorro de 488 dólares por paciente/año.

Una vez conocidas las importantes consecuencias de la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos, quizás sea adecuado también analizar y determinar cuáles son los determinantes que originan esa falta de adherencia. Sin duda alguna, uno de los causantes principales de la falta de adherencia es la inclusión o aumento



de la participación en el pago del medicamento por parte del paciente. Una reciente revisión de la literatura publicada en el año 2012 por *Eaddy et al* concluyó que -de acuerdo al 85 por ciento de los estudios evaluados- un aumento del copago por parte del paciente está asociado a una disminución en la adherencia a la medicación, lo que está asociado con unos peores resultados en salud. Si bien los resultados de esta revisión de la literatura son similares a revisiones previas, los autores destacan

que la premisa que apoya la puesta en marcha de los sistemas de copago -una reducción de los costes totales ya que los ingresos extra por la

puesta en marcha pueden compensar los gastos extra- no ha sido ni justificada ni refutada.

Sin embargo, algunos sistemas de copago han sido más sensibles a esta realidad. En un artículo publicado en el año

2014, por *Lesén et al* en Suecia se señala que ya había evidencia en ese país -por un artículo publicado en el año 2005- que los

Las inversiones que se hacen para mejorar la adherencia, en muchos casos son compensadas con los ahorros que se producen en la utilización de los servicios sanitarios, y en otros, con la mejora en los resultados de salud



individuos que tienen que realizar copagos tienen más tendencia a estar desabastecidos de medicinas si se comparan con aquellos que están exentos de copago. De hecho, como se señala en el propio artículo de Lesén, el sistema actual de copago sueco está basado en el precio del producto y decrece de manera escalonada en la medida que el paciente ha copagado más, de tal manera que llega un momento en que el paciente no tiene que aportar nada más cuando llega a ese tope. En el caso concreto del estudio que nos ocupa - medicamentos para la epilepsia- Lesén *et al* demuestra que un mayor nivel de reembolso -es decir, un menor nivel de copago para el paciente- significa una mayor adherencia (entre un 2 por ciento y un 4 por ciento mayor).

Adicionalmente a la evidencia que tenemos sobre la relación existente entre mayor copago y menos adherencia habría que preguntarse si se puede calcular la probabilidad de no adherencia a medicamentos cubiertos por los sistemas nacionales de salud, pero que requieren copago. Esa cuestión está resuelta por una revisión de la literatura y un meta-análisis publicado en el año 2012 por Sinnott *et al* donde señalan que existe un 11 por ciento de aumento de probabilidades de falta de adherencia cuando los medicamentos requieren de un copago. Esos datos son importantes para que los gestores públicos puedan modelizar la puesta en marcha y el impacto de sistemas de copagos.

Como hemos visto hasta ahora, diversos estudios han puesto encima de la mesa suficiente evidencia que muestra que un mayor copago de los medicamentos suele ir acompañado de una menor adherencia

a los tratamientos farmacológicos. Algunos estudios van aún más lejos y se atreven a hacer recomendaciones a los gestores públicos; Sinnott *et al* recomienda que los decisores políticos deben ser cuidados con los resultados clínicos negativos de la no adherencia y sus posibles repercusiones económicas.

La reforma del copago en España, en un momento de severa crisis económica, ha puesto encima de la mesa de nuevo la problemática de la adherencia terapéutica por la falta de recursos económicos. Sin duda alguna, los resultados económicos de la puesta en marcha del nuevo sistema de copago son eviden-

tes y las distintas manifestaciones de las autoridades públicas muestran que el objetivo de la disminución del gasto farmacéutico público se está cumpliendo. Sin embargo, uno esperaría que estas manifestaciones vinieran de mano de las autoridades financieras responsables del gasto público y no tanto de las autoridades sanitarias que no han mostrado aún cuál ha sido el impacto, en términos sanitarios, de la modificación del copago en España. Si no se está evaluando el impacto sanitario de la introducción del copago, con el paso del tiempo, y a la luz de evidencia de la literatura, posiblemente veremos cómo estos ahorros producidos se disipan en unos mayores costes sanitarios. Pero solo el tiempo y una mayor transparencia de los gestores públicos podrán decir si se ha actuado de modo adecuado ■

Diversos estudios han puesto encima de la mesa suficiente evidencia que muestra que un mayor copago de los medicamentos suele ir acompañado de una menor adherencia a los tratamientos farmacológicos

Referencias

- Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR. How patient cost-

sharing trends affect adherence and outcomes: a literature review. *P T*. 2012 Jan;37(1):45-55.

- Friends of Europe. Just what the doctor ordered: An EU response to medication non-adherence. Brussels. 2010.
- Jha AK1, Aubert RE, Yao J, Teagarden JR, Epstein RS. Greater adherence to diabetes drugs is linked to less hospital use and could save nearly \$5 billion annually. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1836-46. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1198.
- Lesén E1, Andersson Sundell K, Carlsten A, Mårdbj AC, Jönsson AK. Is the level of patient co-payment for medicines associated with refill adherence in Sweden? *Eur J Public Health*. 2014 Feb;24(1):85-90. doi: 10.1093/eurpub/ckt062. Epub 2013 Jun 6.
- National Council of Patient Information and Education. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan. August 2007.
- Peter Behner, *et al*. Unleashing the Potential of Therapy Adherence. High-Leverage Changes in Patient Behavior for Improved Health and Productivity. Booz & Co. | Bertelsmann Stiftung. 2012.
- Sinnott S-J, Buckley C, O'Riordan D, Bradley C, Whelton H (2013) The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 8(5): e64914. doi:10.1371/journal.pone.0064914.
- White T J, Vanderplas A, Ory C, Dezii C M, Chang E. Economic impact of patient adherence with antidepressant therapy within a managed care organization. *Disease Management and Health Outcomes* 2003; 11(12): 817-822.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva. 2003.



La investigación en Atención Primaria, una asignatura pendiente

Autor | Jesús Vergara Martín. Responsable Agencia de Investigación. SEMERGEN

La Atención Primaria (AP) constituye una fuente de interesantes oportunidades para la investigación ya que constituye un área de conocimiento con una estructura suficiente para desarrollar estudios y programas que pueden contribuir a mejorar la calidad de los servicios y la salud de los pacientes.

El médico de familia, según el programa de su especialidad, tiene entre sus funciones, y de forma conjunta, tareas asistenciales, docentes e investigadoras y, por ello, la investigación en AP es clave para una atención médica de calidad para los pacientes, objetivo principal de nuestro trabajo, a la par que redonda en la satisfacción profesional de los que la realizan..

Investigar en AP es factible y oportuno porque:

- La AP dispone de un campo de conocimientos específico, avalado por la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, con funciones y procedimientos propios.
- Se atienden estadios precoces de la enfermedad y al paciente sano, lo que ofrece un particular campo de investigación sobre factores de riesgo y causalidad en salud.
- Se puede investigar en salud pública y salud individual.
- Se establece continuidad en la aten-



Jesús Vergara Martín

ción a la familia en su ciclo vital y al individuo durante su vida.

- La mayor parte de las enfermedades agudas y crónicas tienen una fase que se vive por el paciente en la comunidad y bajo la atención del equipo de salud.
- La población a estudiar es fácilmente accesible y está predispuesta favorablemente a ser estudiada por el equipo básico de salud.
- La investigación en Atención Primaria de salud no tiene por qué ser costosa.
- Existe una gran variedad de problemas, interrogantes y focos de atención donde investigar.

Durante el I Foro de Investigación Biomédica en Atención Primaria, del que fueron copartícipes las tres sociedades científicas de AP de nuestro país (SEMERGEN,

semFYC y SEMG), se debatieron múltiples aspectos relacionados con las expectativas del futuro de la investigación en AP en España.

Las lagunas de conocimiento y la incertidumbre que rodea especialmente a la AP hace que la investigación realizada en este entorno, y por los profesionales de este nivel asistencial, sea esencial para obtener las respuestas adecuadas a las preguntas que precisan ser respondidas para una atención al paciente basada en la evidencia y en la excelencia. En contrapartida, la cuota de participación en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas, no supera el 4-5 por ciento, ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos, siendo la participación en ensayos clínicos de calidad anecdótica, con menos del 4 por cien-

to de los ensayos clínicos realizados en AP. Como consecuencia, la producción científica es baja y con escaso factor de impacto. Son evidentes las dificultades para la realización de investigación en el entorno de la AP, no sólo en España sino también a nivel mundial, a pesar de estas dificultades y del reducido porcentaje relativo de la producción científica respecto a otros ámbitos, ésta experimentó un incremento progresivo, con la excepción de los últimos años, en los que la situación social de crisis pudo repercutir negativamente en todos los niveles asistenciales así como en la disponibilidad de recursos (reducción de la financiación pública y privada).

La finalidad de la investigación clínica debe ser el análisis del proceso de enfermar y cómo enfrentarse a él, siendo primordial el enfoque hacia la eficiencia y efectividad de las actuaciones, además la AP es el único ámbito donde, además de estudiar la enfermedad, podemos estudiar la salud, haciéndolo en cualquiera de los casos en un entorno "real". Prácticamente todos los tipos de estudios son abordables desde la AP, pero algunos de ellos sólo se podrán realizar en y desde la AP si tendremos datos válidos y fiables que se puedan extrapolar a la población objeto de estudio. Por lo tanto, es necesario un cambio en la estrategia de fomento de investigación y unir fuerzas para aprovechar la oportunidad que se presenta en AP, siendo un nicho adecuado y poco explotado para la investigación.

La potenciación y mejora de la investigación en AP se sustenta en la conjunción simultánea e excluyente de los médicos, los pacientes, las sociedades científicas, la administración, las organizaciones de investigación clínica por contrato (CRO) y Farmaindustria.

Desde el punto de vista de las sociedades científicas de AP, es necesario aprovechar el impulso de los profesionales más jóvenes y el reconocimiento profesional de la labor investigadora, que sin duda consti-

tuirá una rentable inversión de futuro en el área de la investigación. Es necesario establecer compromisos que estimulen y propicien el desarrollo de experiencias investigadoras, al igual que avivar el entusiasmo ante lo desconocido y motivar a los profesionales de Atención Primaria con el apoyo de las sociedades científicas.

El futuro pasa por la movilización de todos y cada uno de los componentes, para motivar el incremento del volumen y la calidad de los estudios, así como de las publicaciones. Es momento de defender la necesidad de la investigación clínica en la AP de nuestro país, pero también de reflexionar sobre las características que debe reunir para asegurar la máxima calidad y la rápida transferencia de los resultados a la práctica asistencial. No se pueden reproducir simplemente en la AP los modelos organizativos y metodológicos utilizados en los centros hospitalarios.

Conviene tener en cuenta tanto las necesidades y las prioridades de investigación propias de la AP, como su contexto asistencial real y las cuestiones legales, éticas y metodológicas esenciales, así como el nivel de formación actual en los profesionales de AP, que pueden influir en el desarrollo de una investigación clínica útil.

Las principales ventajas de la investigación clínica en AP residen en que analizan los estadios más precoces de la enfermedad, que existe una buena y larga rela-

ción médico-paciente, buenos profesionales, se atienden patologías con alta prevalencia, existe una mayor agilidad en la firma de contratos, y existe un importante número de centros. Los principales obstáculos se sitúan a nivel de la motivación de los propios profesionales, las diferen-

cias existentes entre centros de salud, y las trabas administrativas, muy importantes y diferentes según la comunidad autónoma de que se trate.

Nuestra misión desde este Foro de Investigación Clínica de Aten-

ción Primaria multidisciplinar debe ser el fomento, la motivación, la puesta en valor y la perpetuación de la investigación en AP.

España es en la actualidad un país con relevancia en investigación en AP. Para reforzar esto, si comparamos el número

de publicaciones sobre AP entre distintos países encontradas en PubMed, observamos que en el período desde 1990 a 2001 se contabilizaron 45 publicaciones, y entre 2001 y 2011, unas 190 publicaciones en España. Mien-

tras, en países de nuestro entorno como Francia fueron de 7 a 11 publicaciones o en Alemania que fueron de 18 a 46 publicaciones, alcanzando Estados Unidos diferencias entre ambos periodos de 397 a 1219 publicaciones.

La finalidad de la investigación clínica debe ser el análisis del proceso de enfermar y cómo enfrentarse a él, siendo primordial el enfoque hacia la eficiencia y efectividad de las actuaciones

El futuro pasa por la movilización de todos y cada uno de los componentes, para motivar el incremento del volumen y la calidad de los estudios, así como de las publicaciones

Estudios SEMERGEN

Los estudios más emblemáticos en desarro-



llo actual y promovidos por la Agencia de Investigación de SEMERGEN son el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y renal) y el estudio EMARTRO (Estudio para evaluar la comorbilidad en pacientes afectos de ARTrosis sintomática de Rodilla).

Ambos estudios persiguen descubrir y aportar novedades científicas que pondrán en valor la actividad fundamental de la Atención Primaria en España, dado que los resultados estarán analizados tras ser obtenidos de nuestros propios pacientes y, por lo tanto, los resultados nos servirán para mejorar nuestra intervención clínica y terapéuticamente sobre ellos.

Un proyecto ahora mismo en marcha y con gran expectativa de futuro es la creación de un Diccionario de Variables Bási-

sico de Atención Primaria (DiVBAP), en el contexto de la Red Centinela de Atención Primaria (RedCAP). Dicho diccionario, proyecto iniciado en abril de 2013, y cuya finalidad residiría, además de en el registro de las variables centinela de interés en registrar para el sector público una valiosa información objetiva, que permitiera analizar, la medida de sus tomas de decisión y evaluar el efecto de

las mismas en el corto plazo y registrar para el sector privado una información objetiva sobre el efecto real de sus aportacio-

nes, como baza de negociación de financiación y precio. Además de conocer con un instrumento totalmente veraz, el impacto real de sus acciones de marketing y ventas.

SEMERGEN quiere establecer un primer

precedente en el Estado, que permita arrancar un registro con un DiVBAP, consensado con el Ministerio y CC.AA., que facilite vincular desde un inicio la idoneidad de armonizar los futuros desarrollos de programas asistenciales de AP, al modelo de definición de variables único DiVBAP.

Por otra parte, la Sociedad, en su afán investigador y su compromiso con los Médicos Internos de Residentes de Familia, ha creado la Red de Investigadores de Residentes (RIRES). En esta Red de Investigadores se realizarán múltiples proyectos que servirán como publicaciones o tesis doctorales, lo que ampliará el curriculum profesional. Recientemente, ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital San Carlos de Madrid el proyecto PYCAF (FIS-PAF-2014-01), estudio diseñado para valorar la prevalencia y características del anciano frágil asistido en Atención Primaria en España en el que participaron médicos residentes de la Sociedad ■

España es en la actualidad un país con relevancia en investigación en Atención Primaria

“El sedentarismo aumenta el riesgo de padecer diabetes”

Casi el 4% de la población española desconoce que tiene diabetes*

OTRO FUTURO
ES POSIBLE

VAMOS
A CAMBIAR
LA
CONVERSACIÓN
EN DIABETES

*¡hagámoslo
juntos!*



**Día Mundial
de la Diabetes**
14 de Noviembre

Con el apoyo de:



Con el patrocinio de:



* Coduras A, del Llano J, Calcoya M. LA DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA: Estudio Crítico de Situación. Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, septiembre 2012



La falta de acuerdos como principal barrera para la sostenibilidad

Implicar a los profesionales a través de la gestión clínica, dejar de trabajar en departamentos estancos y crear una visión por procesos, profesionalizar la función directiva, dar más papel a la Atención Primaria, y sobre todo, ser más coste-efectivos. Los ingredientes en la receta de la sostenibilidad parecen claros, y sin embargo, no lo son tanto. El II Coloquio El MÉDICO centra el debate de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la búsqueda de verdaderos acuerdos entre Administración, gestores y profesionales para buscar las formas de hacer que estos proyectos puedan llevarse a cabo.

Texto y Fotos | Silvia C. Carpallo



Sostenibilidad. Si uno revisa la agenda sanitaria de los últimos años podrá observar que esta es la palabra que más veces se repite en foros, debates, conferencias y demás eventos. Son muchas las opiniones y las fórmulas, y, en ocasiones, puede parecer que está todo dicho, sin embargo, lo que no está es hecho. El principal problema para alcanzar la sostenibilidad es que se habla mucho y se hace poco, porque los debates surgen entre los diferentes colectivos, y lo que no se consigue es ponerlos de acuerdo entre sí. Ese es el objetivo que se ha marcado el II Coloquio EL MÉDICO, que ha sentado en una misma mesa a profesionales, gestores y Administración a discutir sobre lo que se ha hecho y se debería hacer en pro de la sostenibilidad del sistema.

Está claro que queda camino por recorrer, pero si se tienen claras las barreras a derribar y los caminos a marcar desde ese punto, la meta se ve mucho más cercana.

Los núcleos problemáticos desde la perspectiva profesional

“Seguimos centrados más en la actividad que en los resultados, y a la larga es posible que la ciudadanía no tenga claro por qué está pagando, porque además, lo que

nos falta es transparencia”. En una sola frase, Vicente Gómez Tello, vocal de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), resumía algunos de los retos a los que

se enfrenta a día de hoy la sostenibilidad del SNS. Aunque desde luego no eran los únicos, y es que el experto dedicaba parte de su intervención en este coloquio a realizar un análisis de los focos problemáticos que los profesionales detectan en este momento. Para empezar, Gómez Tello señalaba problemas a nivel poblacional como el envejecimiento y la cronicidad, pero también otros relacionados con el propio sistema como la fragmentación, el terciarismo y el asistencialismo. Profundizaba más en estas cuestiones ale-

**Vicente Gómez Tello:
"Tenemos un sistema muy fragmentado, en el que no existe una alineación de intereses"**

gando que tenemos un sistema muy fragmentado, en el que no existe una alineación de intereses, con una estructura “sin cambios en los procesos desde los años 70”, que no aporta ninguna ventaja competitiva. Todo ello contribuye, según el experto, a una falta de proactividad e implicación del profesional, lo que lleva muchas veces a una caída de la productividad y al síndrome de “quemado” del personal sanitario.

Si esto es lo que afecta a la oferta, por supuesto, también hay que analizar la demanda. “Tenemos una demanda exigente, pero pasiva, debido al modelo de Medicina paternalista”, lo que ha provocado un exceso de demanda de pruebas a veces innecesarias en una ya muy instaurada Medicina defensiva. No hay que olvidar que aunque el objetivo es siempre dar la mejor asistencia a los pacientes, hay que pensar en los mismos como un colectivo, y por tanto, ser responsables a la hora de tomar decisiones coste-efectivas, puesto que “llega un momento en el que no mejora la salud aunque consumas más, por lo que el objetivo debe de ser conservar el mismo estado de salud pero a menor coste”.

Para conseguir ese objetivo de coste-efectividad, la clave, según el vocal de FACME, y de común acuerdo con todos los expertos de la mesa, radica en implicar más al profesional. “Tenemos más fármacos y más avances técnicos, sin embargo, tenemos la misma forma de trabajar”. Es evidente que la situación de precariedad, que ya hizo visible el reciente informe de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre la profesión no hace fácil pedir más esfuerzos a este colectivo, gracias al cual el sistema ha salvado la sostenibilidad hasta el momento. Sin embargo, “es imprescindible cambiar la óptica del profesional, hay que hacer las cosas correctas y sin derroches, y aquí hay mucho que decir”. De esta manera, la idea pasa por alinear objetivos, pero mejorando a su vez las políticas de Recursos Humanos, “al profesional hay que rescatarlo desde el profesionalismo”.



El siguiente punto a abordar es que para acercarse al profesional hay que contar con los colectivos que le representan, y como vocal de FACME, Vicente Gómez Tello no podía dejar de recalcar que “la sostenibilidad puede verse favorecida por la postura de las sociedades científicas”.

Así, el papel de las Sociedades debe de ser, según Gómez Tello, el de tener un rol más activo en la transformación del SNS hacia un modelo más sostenible, ya que quien mejor puede ayudar a salvar el sistema es precisamente quien lo conoce desde dentro. Todo esto supone además tener una mayor concienciación sobre los resultados y la calidad, así como “generar conocimiento para construir aproximaciones multidisciplinares integradas a los procesos frágiles”.

Una propuesta hacia el cambio desde la gestión

El presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez, ante esta exposición de los hechos, ponía sobre la mesa las recomendaciones que SEDISA ha concluido que serían necesarias para garantizar la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos. Así establecía una serie de puntos, entre los cuales, en el contexto de esta reunión, destacaba en primer lugar que “la Sanidad debe estar dirigida por expertos”, es decir, que para ser más eficientes hay que contar con los mejores “y seguramente si muchos de los directivos tuvieran una empresa privada, en vez de un hospital público, no pondrían a las mismas personas que ponen al cargo, querrían sin duda alguna a los mejores”. Y es que al gestionar dinero público la premisa de la máxima eficiencia es un importante imperativo ético que debe impregnar toda la organización sanitaria. Coincidió con el vocal de FACME en la necesidad de “implicar a los profesionales en la mejora de los procesos”, y para ello una de las medidas a implantar sería una mayor incentivación, con retribuciones variables según el cumplimiento de obje-



tivos, que debería estar en torno al 40 por ciento del total. Dando incluso un paso más, y en pro de una mayor flexibilidad en la gestión, Estévez proponía que “el personal de nueva incorporación se rija por el derecho laboral privado”.

En cuanto a la propia organización, insistía en ideas como el no trabajar en departamentos estancos, potenciar la figura de los mandos intermedios, y sobre todo, “que estos no sean cargos vitalicios, que exista un movimiento más ágil entre departamentos, de manera que se separe la carrera orgánica de la carrera en gestión”. Precisamente, abordando los cargos medios de la gestión incidía en que la idea de la gestión clínica sea una realidad, pero que se cuente con los gestores profesionales para llevar a cabo la misma. Todo ello con el objetivo de estimular la eficiencia, para lo cual “se debe seguir avanzando en la externalización basada en presupuestos *per cápita*, de manera que aunque la Administración pública garantice la financiación, la provisión debe ponerse en manos de los que sean capaces de ser más eficientes, ya sea una empresa pública, una fundación, una concepción administrativa o una cooperativa de

profesionales”. No olvidaba las críticas existentes a este modelo y el fracaso del mismo en la Comunidad de Madrid, pero bajo el criterio de la Junta Directiva de SEDISA este se debió a una mala comunicación y a un mal planteamiento de los objetivos.

Asimismo, incluía cuestiones como el seguir mejorando las centrales de compras, unificar las carteras de servicios de las CC.AA., dar más juego a las agencias de evaluación, introducir si no un copago, “ya que no es el momento adecuado”, si elementos de distorsión que permitan racionalizar los recursos, hacer un uso más racional de la tecnología y tomarse realmente en serio el concepto de lo sociosanitario.

Otra de las claves del planteamiento de Estévez radica en el ajuste de las plantillas, “ya que existen especialidades con grandes déficits, pero otras que están sobredimensionadas”, pero siempre teniendo en cuenta hechos como que “si bien se han ajustado las plantillas de los profesionales sanitarios, las de los Servicios de Salud y Consejerías han aumentado, y el Ministerio de Sanidad sigue sin ajustar la suya



La falta de acuerdos como principal barrera para la sostenibilidad

desde la descentralización, y los ajustes de plantilla deberían de afectar a todos”.

La clave sigue estando en Primaria

Si esta era la visión de la gestión hospitalaria, Belén Ubach, vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), exponía la visión desde el primer nivel asistencial. La primera reflexión de la experta era que “sólo hablamos de sostenibilidad en tiempos de crisis, y no debería ser así, tenemos que tener una estructura que sepamos que nos permite sostener el sistema y no estar siempre poniendo medidas cortoplacistas”.

Una de las reflexiones que realizaba la mesa es que es difícil dar los mismos servicios en Comunidades que destinan cantidades muy diferentes al servicio sanitario por habitante, a lo que Ubach respondía que no son gastos comparables, puesto que las necesidades de cada comunidad autónoma son muy diferentes, y por tanto, sus inversiones también. Es decir, que en una población dispersa hay que invertir más recursos pero eso no significa que se dé mejor servicio que en una Comunidad con una alta densidad de población, que con menos centros de Primaria pueda atender a más gente. La cuestión debe centrarse más, en opinión de la vocal de SEDAP, en “saber qué servicios tenemos que prestar y según con qué criterios”, y para eso está claro que “tenemos que hacer las cosas de otra manera”.

Lo primero que habría que rectificar, en opinión de la experta, es que “se invierte mucho en Especializada y poco en Primaria, y esto no es eficiencia”, porque en su opinión, la AP no es la puerta del sistema “ya que nadie se queda en la puerta, hay que dejar de pensar que la Primaria es

una distribuidora de flujos y entender que es un nivel asistencial donde el paciente vive, y la Primaria es la primera que se lo tiene que creer”.

En definitiva, Belén Ubach remarcaba que “es el momento de la asunción de riesgos, y la sostenibilidad radica en potenciar la AP”. Para ello habría que seguir una serie de pasos, como realizar de

Joaquín Estévez: “La Sanidad debe estar dirigida por expertos, es decir, que para ser más eficientes hay que contar con los mejores”

verdad una auténtica gestión clínica, que la Primaria tenga mayor capacidad resolutoria, apostar por la mesogestión, aprender que si se introducen elementos nuevos

hay que desechar los anteriores para ser realmente eficientes, y racionalizar más los recursos, es decir, pensar si realmente el paciente necesita una prueba o un fármaco y no prescribir de forma automática o defensiva.

Todos estos objetivos deberían conseguirse a través de una mejor y mayor formación continuada que permita a los profesionales aprender estas nuevas herramientas y habilidades, y sobre todo, mejorando la remuneración de los mismos. En conclusión, teniendo una visión más largoplacista del sistema.

Lo que se ha hecho hasta ahora

El Ministerio de Sanidad desde luego no ha dado la espalda a la problemática de la sostenibilidad, y a lo largo de estos dos años ha realizado una importante reforma sanitaria, con el objetivo de conseguir ahorros en el sistema, que no han sido del gusto de todos.

Para presentar tanto estas medidas como las cifras, asistía a este coloquio Agustín Rivero, director general de Cartera Básica del SNS, que realizaba un balance de los dos años y medios de la puesta en marcha del controvertido Real Decreto Ley

16/2012, cuyas medidas, según el representante ministerial, han supuesto un ahorro de 6.431 millones de euros.

Desgranando los datos, y demostrando que se ha trabajado en pro de la eficiencia y de la sostenibilidad, explicaba, en primer lugar, que se han eliminado 676.000 tarjetas sanitarias porque “sus titulares están simplemente desaparecidos, no figuraban”. Además, y a un nivel más personal, relataba cómo se ha trabajado en la cartera de servicios, recordando que finalmente no se ha llevado a cabo el copago de transporte y en ortoprótesis, y lo importante que ha sido sin embargo las centrales de compras. A este respecto cifraba el ahorro alcanzado en 72 millones, y anunciaba que se están negociando ya compras centralizadas para los anti-TNF, “y el próximo paso será centrarse en los implantes y en las prótesis”, cuyo ahorro en estas compras puede llegar a un 10 ó 20 por ciento. Asimismo, en cuanto a la compra centralizada de vacunas, esta ha supuesto un ahorro de 14 millones de euros.

Pero el principal ahorro ha sido, sin duda, en Farmacia, más en gasto por receta, donde se contabilizan unos 4.012 millones, “y también una pequeña reducción en farmacia hospitalaria”. Precisamente a este respecto Rivero adelantaba que “en breve se publicarán los costes de fármacos en hospitalización en PVL, para que sirva al menos como referente”.

Si esas han sido todas las medidas de ahorro a valorar, según Rivero, “el problema llega con los fármacos innovadores”, si bien el Ministerio está trabajando activamente para conseguir una mayor eficiencia en cuanto a la aprobación y al acceso a los mismos. Por una parte, con los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), “que pretenden evitar la inequidad que ya sabemos que existe”, y por otra, con la puesta en marcha de una guía estatal “que establezca una prioridad acordada por todas las CC.AA. y sociedades científicas para

saber qué medicamentos son más adecuados en cada situación". El siguiente paso es, por tanto, "saber qué medicamentos son más coste-efectivos", teniendo como objetivo final "que los innovadores puedan entrar en el sistema, pero que vayan precisamente para los pacientes que los necesitan", de manera que "no utilicemos un medicamento que es muy caro para alguien que no lo tiene que utilizar".

La insostenibilidad de la infrafinanciación

Tras todos estos datos, José Ramón Luis Yagüe, director del Departamento de Relaciones con las CC.AA de Farmaindustria, ponía el punto realista al debate. Y es que, para poder hacer todo lo que se quiere es necesario tener un presupuesto adecuado. Sobre esta cuestión circulaba toda su propuesta, que además se centraba en señalar los recortes que se han realizado en materia de gasto farmacéutico.

"Hemos adelgazado mucho, de 2009 a 2013 nos han sometido a una dura cura de adelgazamiento en la que hemos participado todos, pacientes, profesionales e Industria". Así, si en 2009 el presupuesto sanitario total era de 70.579 millones de euros, es decir, un 6,7 por ciento del PIB, en 2012 este era de 64.150 millones, un 6,2 por ciento del PIB, y se prevé otro adelgazamiento de otros 6.000 millones. Por ello, y pese a que a hacer esfuerzos era una medida necesaria para el sistema, Yagüe no quería dejar de recordar que "para hablar de sostenibilidad lo primero que hay que tener es un presupuesto realista y suficiente, que esté acorde con la riqueza del país y de la salud de su población", insistiendo en que el presupuesto de las CC.AA. en 2014 es de 53.052 millones de euros.

Explicando más claramente las cifras de ese "adelgazamiento" cifraba en 2.700 millones los que correspondían al esfuerzo de la industria farmacéutica,

"es decir, que el 40 por ciento del total de los recortes lo ha asumido la Industria". Según José Ramón Luis Yagüe, la pregunta clave es saber cuál debe ser el gasto farmacéutico adecuado, para conocer si realmente ese recorte era necesario o no, "a lo mejor teníamos un gasto farmacéutico alto, o no, porque la realidad es que no sabemos cuál es el óptimo". Así, comentaba que el porcentaje de gasto en la prestación farmacéutica era de un 19 por ciento en 2009, de un 16,5 en 2012, y ya se calcula que de un 15 por ciento este 2014. "Está claro que tenemos un compromiso con la sostenibilidad, y hemos participado en las todas las iniciativas que el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha".

Por todo ello, la conclusión del experto en cuanto al futuro de la sostenibilidad era que "la prestación farmacéutica no es el problema, las medidas introducidas en cuanto a agrupaciones homogéneas, precio más bajo y sistemas de precios de referencia son estructurales, y por tanto, aseguran que el coste de esta prestación sanitaria esté bajo control". Por lo tanto habría que trabajar en otros aspectos como "la corrección de las desigualdades territoriales, para empezar, en la entrada de medicamentos". A cambio, Farmaindustria sigue reclamando "un marco económico y regulatorio estable y predecible a medio y largo plazo, así como un trato adecuado de las innovaciones en términos de precio y acceso".

Las barreras para llevarlo a cabo

Tras estas intervenciones, la principal conclusión es que todos los ponentes estaban de acuerdo en la toma de estas medidas, el problema es que si eso es en la teoría, en la práctica poner de

acuerdo a todos los colectivos no resulta tan fácil.

En el caso concreto de la gestión clínica, pese a ser un reclamo antiguo, es cierto que aún hay profesionales que tienen claro este paso, tanto desde el punto de visto clínico, como en el de la gestión. Igualmente, existe una discusión en cuanto a la toma de medidas relacionadas con el gasto farmacéutico. A este respecto, Rivero no quería dejar de señalar que el problema está en que aunque el Ministerio intenta poner caminos para mejorar la sostenibilidad, todo es en vano si luego las CC.AA. no cumplen estas normativas ni siguen estas guías. "La capacidad de decisión que tienen las CC.AA. es algo donde el Ministerio no puede entrar", pese a que todos los expertos coinciden en que la cohesión autonómica es un punto esencial. Rivero, por su parte, ponía algunos otros ejemplos de mejora a este respecto. Por ejemplo, "ahora mismo existen diez unidades de hemodinámica en una misma ciudad en vez de compartir servicios, cuando se puede contratar ese servicio en otra CC.AA. y así tener un mayor volumen de pacientes", actividad que sería remunerada gracias al Fondo de Compensación Económica, y que ahora también trabaja en la compensación farmacéutica.

Belén Ubach: "La AP no es la puerta del sistema, ya que nadie se queda en la puerta, hay que entender que la Primaria es un nivel asistencial donde el paciente vive"

Por otra parte, Estévez señalaba que a la hora de tomar decisiones, es cierto que las comunidades autónomas tienen más autonomía, pero que esta debería estar también en los centros

para poder tener una gestión más flexible y eficaz. Apuntaba sobre esta idea Belén Ubach que la clave, sin duda, está en que "decisiones que desde la gestión están muy claras, son difíciles de tomar desde la política". A modo de conclusión, todos los intervinientes se manifestaban en pro de alcanzar el ansiado "Pacto por la Sanidad" si de verdad se quiere conseguir un objetivo de sostenibilidad ■





RADIOGRAFÍA A LA SALUD MENTAL
EN LAS ISLAS BALEARES EN UNA JORNADA ORGANIZADA
POR EL MÉDICO, LA FUNDACIÓN BAMBERG
Y LUNDBECK ESPAÑA

El reto de la atención a la

Salud Mental

en las Islas Baleares

pasa por avanzar en la articulación
de un espacio sociosanitario

Texto | Ana Montero

Fotos | Txema Oliver



Los principales responsables de la política sanitaria y de la atención de la Salud Mental en las Islas Baleares se han dado cita en una jornada de trabajo, organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación del Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España, con el objetivo de analizar la situación actual de la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos y retos de futuro.

La atención a la Salud Mental en las Islas Baleares ha experimentado un avance sustancial con respecto a los últimos 10-15 años, tal y como han concluido responsables políticos, sanitarios y clínicos relacionados con la asistencia psiquiátrica en las Islas Baleares, en el marco de una reunión de trabajo organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación del Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España. Una jornada, cuyo objetivo es realizar una radiografía de la situación de la Salud Mental en esta comunidad autónoma, y en torno a la cual se han dado cita de forma extraordinaria, casi histórica, un nutrido grupo de expertos que han marcado las líneas estratégicas necesarias para poder mejorar la atención a estos pacientes.

Así pues, junto al conseller de Salud de las Islas Baleares, Martí Sansaloni Oliver, que ha clausurado el acto con Miquel Tomàs Gelabert, director general de IB-Salut, han participado en la jornada: César Vicente Sánchez, director general de Gestión Económica y Farmacia; Luis Rafael Santiso Martínez, director general de Salud Pública y Consumo; José Luis Gallejo Lago, director de Asistencia Sanitaria de IB-Salut; Marcos Barceló, subdirector de Cuidados y Atención Sociosanitaria de IB-Salut; Joan Salva Coll, coordinador Autonómico de Salud Mental de IB-Salut; Víctor Ribot Murillo, director gerente del Sector Sanitario de Ponent (Hospital Uni-

versitario Son Espases); Francesc Feliú Román, director gerente del Sector Sanitario Migjorn (Hospital Son Llàtzer); Rafael Marcote Darriba, director gerente del Sector Sanitario Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca); Manuel Yebra Benavente, director gerente del Sector Sanitario de Menorca (Hospital General de Menorca); Alberto Anguera Puigserver, gerente de Atención Primaria de Mallorca; e Ignasi Casas Ollé, director gerente del Área de Salud de Ibiza y Formentera.

Los expertos han analizado el momento por el que pasa la atención a la

Salud Mental en las Islas y han profundizado en sus fortalezas, debilidades, desafíos y retos de futuro, entre otros, el de trabajar en contra del estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental o la necesidad de una colaboración estrecha entre servicios sociales, Atención Primaria y Especializada, para avanzar en el abordaje integral del paciente. “La evolución de la Salud Mental en las Islas ha sido positiva, con sus luces y sus sombras, pero cada vez más eficiente”, ha señalado Joan Salva Coll, coordinador autonómico de Salud Mental de IB-Salut.

Por su parte, el conseller balear se ha interesado vivamente por el estado actual de la Salud Mental, aseverando la necesidad de un servicio integral a las personas e incidiendo en el reto de terminar con las duplicidades en beneficio del paciente. “Tenemos dificultades y lo hemos pasado mal, como en todas partes, pero se ha

avanzado sustancialmente en Salud Mental para terminar con las duplicidades y dar un servicio integral a las personas”, ha asegurado Sansaloni.

Una idea que ha sido compartida por el resto de los expertos que, durante toda la jornada, han defendido que la situación actual de la Salud Mental en Baleares es muy diferente a como era hace una década, con una hoja de ruta bien estructurada a corto, medio y largo plazo, incluso teniendo en cuenta las barreras con las que se encuentra, entre otras, el contexto económico, la infrafinanciación de la Sanidad o las estructuras administrativas rígidas que, entre otras limitaciones, no permiten una gestión ágil en recursos humanos, como explicaba Víctor Ribot Murillo, director gerente del Sector Sanitario de Ponent (Hospital Universitario Son Espases). “Existen determinadas plazas de profesionales sanitarios, como enfermería y auxiliares, que asuntos sociales no tiene problema en asumir, pero que a la inversa no es posible, es decir, el perfil específico de los profesionales sociosanitarios es muy difícil de encajar en las estructuras sanitarias y, en definitiva, lo que sucede es que el escollo de los recursos humanos lastra procesos que podrían ser buenos para el paciente”, sentenciaba el experto.

También, en este sentido, Salva Coll señalaba que “las debilidades de la atención a la Salud Mental que debemos corregir no se encuentran en el sistema sanitario sino en el social, fallamos en la gestión del paciente fuera del modelo sanitario, es decir, en lo que se refiere a recursos residenciales, a las necesidades de empleo, a su reinserción en la sociedad...”. Una línea ar-



Fortalezas y logros

Del mismo modo, durante el acto, se ha puesto en valor la aprobación, por unanimidad en el Parlamento, del documento operativo derivado de los trabajos de la Ponencia sobre el impulso a la Salud Mental en las Islas Baleares, un documento pionero en España que aglutina 15 recomendaciones, resultado de evaluar y sintetizar el conjunto de intervenciones y aportaciones documentales que han hecho todos los participantes en la ponencia. Una herramienta concebida para ser entregada a las administraciones públicas con el objetivo de generar una nueva visión, más eficaz y eficiente para organizar, coordinar y prestar los servicios de Salud Mental en las Islas Baleares.

En definitiva, una hoja de ruta actualizada que, como han explicado los expertos, permita organizar, coordinar y mejorar la atención a los enfermos mentales; desarro-

gumental en la que también intervenía César Vicente Sánchez, director general de Gestión Económica y Farmacia, quien ha insistido en que la ordenación sanitaria no coincide con la organización de la Salud Mental. “En Salud Mental no hay una estructura paralela a la planificación sanitaria general”, ha lamentado el experto.

Por su parte, Luis Rafael Santiso Martínez, director general de Salud Pública y Consumo, ha insistido en la desestructuración por la que pasaba la atención a la Salud Mental balear en el pasado y que, en la actualidad, se ha visto mejorada, entre otras cosas, por el proceso de extinción e integración en el Servicio de Salud IB-Salut de las tres fundaciones públicas sanitarias (Hospital de Manacor, Hospital Son Llätzer y Hospital Comarcal de Inca) y de la entidad pública empresarial Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA). Así pues, como ha explicado, la integración de las tres fundaciones públicas sanitarias y de GESMA en el servicio de salud ha implicado un avance en la eficiencia, puesto que se ha centralizado la toma de decisiones en todos los ámbitos (control presupuestario, contratos públicos, central de compras, régimen de personal, etc.).

En otro orden de cosas, el experto, se ha referido también a los avances que en la comunidad autónoma se están haciendo

en materia de prevención, concretamente, como ha señalado, se está trabajando en la formación, información y concienciación de la comunidad educativa, profesores y alumnado, para trabajar en acciones en el ámbito de patología dual, toxicomanías y deshabituación.

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

MARTÍ SANSALONI OLIVER. Conseller de Salut

MIQUEL TOMÀS GELABERT. Director General IB-Salut

CÉSAR VICENTE SÁNCHEZ. Director General de Gestión Económica y Farmacia

LUIS RAFAEL SANTISO MARTÍNEZ. Director General de Salud Pública y Consumo

JOSÉ LUIS GALLEGO LAGO. Dirección de Asistencia Sanitaria. IB-Salut

MARCOS BARCELÓ. Subdirector de Cuidados y Atención Sociosanitaria de IB-Salut

JOAN SALVA COLL. Coordinador Autonómico de Salud Mental. IB-Salut

VÍCTOR RIBOT MURILLO. Director Gerente Sector Sanitario de Ponent (Hospital Universitario Son Espases)

FRANCESC XAVIER FELIÚ ROMÁN. Director Gerente Sector Sanitario Migjorn (Hospital Son Llätzer)

RAFAEL MARCOTE DARRIBA. Director Gerente sector sanitario Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca)

MANUEL YEBRA BENAVENTE. Director Gerente Menorca (Hospital General de Menorca)

ALBERTO ANGUERA PUIGSERVER. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

IGNASI CASAS OLLÉ. Director Gerente del Área de Salud de Ibiza y Formentera



CONCLUSIONES DEL FORO DE SALUD MENTAL EN LAS ISLAS BALEARES

- La situación actual de la Salud Mental en Baleares se ha valorado como positiva, muy diferente a como era hace 10-15 años, con una hoja de ruta bien estructurada a corto, medio y largo plazo, a pesar de las luces y sombras a las que se enfrenta, entre otras, el contexto económico, la infrafinanciación de la Sanidad o las estructuras administrativas rígidas que, entre otras limitaciones, no permiten una gestión ágil en recursos humanos, como han lamentado los expertos.
- Como principales fortalezas, se ha destacado la fuerte coherencia y el consenso de los profesionales que, trabajando por un proyecto común, han generado un tejido importante que facilita el trabajo en Salud Mental, incluso a mayor velocidad que las estructuras administrativas.
- Otro de los logros ha sido la elaboración de un documento operativo derivado de los trabajos de la ponencia sobre el impulso de Salud Mental en Baleares que aglutina 15 recomendaciones, entre otras, desarrollar la promoción de la Salud Mental entre la población; erradicar el estigma social que va ligado a las personas que padecen algún trastorno mental; delimitar las competencias en Salud Mental entre el área sanitaria y el área de Servicios Sociales, para establecer mecanismos de coordinación entre ellos; o definir un modelo de atención a la Salud Mental mediante la atención de procesos asistenciales.
- Del mismo modo, se ha puesto en valor la figura del Coordinador Autonómico de Salud Mental, como agente moderador, aglutinador y canalizador de las realidades de los diferentes sectores. Igualmente, han señalado como punto importante la existencia de un modelo de atención Infante-Juvenil, integrado en Salud Mental, donde existe también la figura de coordinador.
- En materia de prevención, se está incidiendo en la formación, información y concienciación de la comunidad educativa, profesores y alumnado, trabajando en acciones en el ámbito de la patología dual, toxicomanías y deshabituación.
- Como debilidades, a pesar de que en estos momentos, el modelo de atención a la Salud Mental está garantizado, los expertos han insistido en que se ha de avanzar en la articulación de un espacio sociosanitario, reordenando los recursos humanos y materiales. En este sentido, se ha evidenciado la necesidad de avanzar en los aspectos residenciales y en la reinserción social y laboral de los pacientes.
- Entre los principales retos, se ha identificado la necesidad de avanzar en la mejora de la integración entre Atención Primaria y Especializada para garantizar el abordaje integral del paciente, a pesar de que las realidades y velocidades insulares, en este sentido, son distintas. Al respecto, como una de las herramientas clave para lograr una continuidad asistencial se ha destacado el desarrollo e implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), única y compartida, y, por tanto, la actuación en red.
- En el ámbito de Farmacia, se ha evidenciado la necesidad de avanzar en los programas de adherencia terapéutica, ya que, en la actualidad, como han informado, existe un 75 por ciento de pacientes en Salud Mental que no toman correctamente los medicamentos prescritos.
- Asimismo, en el contexto de las comisiones de Farmacia Hospitalaria, se ha referenciado la dificultad de incluir los fármacos de liberación prolongada en las guías clínicas.
- Para garantizar la equidad en la accesibilidad a la prestación farmacéutica, los expertos han explicado que existe una Comisión Autonómica de Terapéutica que protocoliza la inclusión de los fármacos nuevos. En este punto, se ha pedido que Psiquiatría forme parte de esa comisión que evalúa y autoriza los medicamentos, dado el interés que supone la prestación farmacéutica en la atención a la Salud Mental.
- También han incidido en la necesidad de seguir aplicando la evidencia clínica en los tratamientos y en avanzar en el desarrollo de los sistemas de monitorización de resultados en salud que no supongan un esfuerzo administrativo para el profesional.
- Del mismo modo, como desafío de futuro, los expertos también se han referido, entre otras cuestiones, a la necesidad de avanzar en el mejor abordaje asistencial de las demencias con trastornos graves de conducta; a la importancia de integrar la atención a las drogodependencias en el área de Salud Mental; la potenciación de la Salud Mental Infante-Juvenil; y, por otra parte, a la oportunidad de mejorar en el desarrollo de los procesos asistenciales integrados, que garantizan, sin fragmentación, que la provisión de servicios al paciente con trastorno mental sea global y, por tanto, que en su abordaje transversal e integral se comprometan tanto los servicios sanitarios como los sociosanitarios.
- Para concluir, se ha reclamado una mayor conciencia para considerar la Salud Mental como una especialidad más de la Medicina, un aspecto que contribuiría a la desestigmatización de la enfermedad.

llar la promoción de la Salud Mental entre la población; prevenir enfermedades mentales con la participación de profesionales sanitarios y mediante campañas preventivas, educativas y de sensibilización; erradicar el estigma social que va ligado a las personas que padecen algún trastorno mental; delimitar las competencias en Salud Mental entre el área sanitaria y el área de servicios sociales, para establecer mecanismos de coordinación entre ellos; o definir un modelo de atención a la Salud Mental mediante la atención de procesos asistenciales y desarrollar acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades mentales.

Asimismo, el documento resalta la importancia de considerar el tercer sector como pieza imprescindible en la mejora de calidad de vida de las personas que padecen alguna enfermedad mental y ahonda en la necesidad de garantizar la financiación, incidiendo en el incremento progresivo de los recursos a la Salud Mental en los presupuestos y avanzando hacia un modelo de concertación de servicios. También recoge la necesidad de garantizar una cartera de servicios comunes sanitarios y sociales, implementando las presentaciones en aquellos lugares que presentan más carencias; de incrementar progresivamente los servicios comunitarios; y de priorizar los servicios de proximidad como la atención domiciliaria, unidades comunitarias de rehabilitación, centros de día, viviendas tuteladas y recursos de integración social.

Del mismo modo, en el documento se incide en la importancia de avanzar en la dotación de servicios asistenciales y residenciales para personas con discapacidad intelectual y con trastornos de conducta; en mejorar la organización y atención a los drogodependientes; y se recoge la creación de una unidad de patología dual.

En este contexto, otro de los principales logros que se han alcanzado en el ámbito de la Salud Mental balear, tal y como se ha extraído del debate, es que existe un fuerte consenso de los profesionales a la

hora de trabajar por la Salud Mental. “Los profesionales han creado un tejido comunicativo muy consolidado y firme”, ha señalado Rafael Marcote Darriba, director gerente del Sector Sanitario Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca).

Además, en este punto, se ha puesto en valor la figura del Coordinador Autonómico de Salud Mental, como agente moderador, aglutinador y canalizador de las realidades de los diferentes sectores. Junto al Coordinador Autonómico los expertos han señalado la existencia de otros dos perfiles: Coordinador Insular y Coordinador Infante-Juvenil.

Retos de futuro

En un contexto en el que el modelo de atención a la Salud Mental está garantizado y en el que los recursos y dispositivos están destinados, esencialmente, a la asistencia más aguda y técnica, los expertos han insistido en que se ha de avanzar en la articulación de un espacio sociosanitario, reordenando los recursos humanos y materiales. En este sentido, se ha evidenciado la necesidad de trabajar en los aspectos residenciales y en la reinserción social y laboral de los pacientes, contando, precisamente, con los convenios firmados con diferentes entes sociales, según ha argumentado Francesc Feliú Román, director gerente del Sector Sanitario Migjorn (Hospital Son Llàtzer). “No podemos obviar que la crisis ha mellado la colaboración con determinadas asociaciones que cubrían los dispositivos intermedios de seguimiento y reintegración y de los que ahora carecemos”, explicaba el experto que, además, ha dejado de manifiesto que entre Psiquiatría y Neurología existe un vacío, sobre todo, en demencias

con trastornos graves de la conducta, “al que no podemos dar salida”, tal y como ha lamentado.

Al hilo, Marcos Barceló, subdirector de Cuidados y Atención Sociosanitaria de IB-Salut, ha recordado que existe una comisión de seguimiento para abordar la cuestión del espacio sociosanitario. “La situación económica para avanzar en este aspecto no es la más indicada, pero sí se ha avanzado en la sectorización de lo sociosanitario”.

Por su parte, Marcote Darriba, director gerente del Sector Sanitario Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca), ha matizado que, aunque el espacio sociosanitario no está articulado organizativa y administrativamente, sí se está trabajando en un modelo comunitario de atención a la Salud Mental y, del mismo modo, se está impulsando el abandono del concepto clásico de hospital para apostar por aquel en el que predominen actitudes más proactivas.

Asimismo, los expertos han puesto sobre la mesa otros desafíos de futuro, como el de trabajar en contra del estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental o la necesidad de una colaboración más estrecha entre Atención Primaria y Especializada, para garantizar un abordaje integral del paciente. En este

punto los expertos han reconocido que sí existen protocolos de derivación y comisiones interdisciplinarias, como en el caso del Área de Salud que Menorca donde, como ha recordado Manuel Yebra Benavente, director gerente de dicho sector sanitario, sí existe una buena integración de profesionales de ambos niveles asistenciales y equipos multidisciplinares bien definidos.

En un contexto en el que el modelo de atención a la Salud Mental está garantizado, se ha de avanzar en la articulación de un espacio sociosanitario, reordenando los recursos humanos y materiales



El reto de la atención a la Salud Mental en las Islas Baleares pasa por avanzar en la articulación de un espacio sociosanitario

“La coordinación entre los dos niveles asistenciales es básica y la vamos a potenciar en la medida de lo posible, la idea es que los dispositivos no estén en Atención Primaria y en Especializada, sino que estén centralizados en un único nivel”, ha señalado José Luis Gallego Lago, director de Asistencia Sanitaria de IB-Salut. Al respecto, los expertos se han referido al desarrollo e implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), única y compartida, y, por tanto, la actuación en red, como una de las herramientas clave para lograr la continuidad asistencial.

Del mismo modo, los principales responsables de la política sanitaria y de la atención de la Salud Mental en las Islas Baleares se han referido a la solución tecnológica con que cuentan (Programa de Atención de los Pacientes con Enfermedades Crónicas-PAPEC) cuyo objetivo es consolidar la continuidad asistencial del tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas más frecuentes -enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ictus, insuficiencia renal y diabetes-, para ofrecerles, así, una atención integral, coordinada y multidisciplinaria. Al hilo, los expertos han dejado sobre la mesa la posibilidad de utilizar esta herramienta informática en el abordaje de los pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Por lo que se refiere a los objetivos asistenciales hospitalarios, más concretamente en el ámbito de la Salud Mental, los asistentes a la jornada han destacado, entre otras cuestiones, la importancia de tender a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; la necesidad de seguir aplicando la evidencia clínica en los tratamientos y procesos, tal y como ha manifestado Ribot; la trascendencia de poner orden y objetivos claros en materia prescripción de medicamentos y también en psicoterapia, tal y como han reconocido Gallego y Coll; o la oportunidad de avanzar en el desarrollo de los sistemas de monitorización de resultados en salud que no supongan un esfuerzo administrativo para

el profesional. “Queremos saber a qué tipo de paciente se le está aplicando el tratamiento, durante cuánto tiempo y con qué resultados, para ver si se le sigue o no tratando”, ha manifestado Marcote Darriba, director gerente del Sector Sanitario Tramuntana. En este sentido, los expertos han manifestado también su colaboración con la industria para poner en marcha e implantar estos procesos.

En otro orden de cosas, en el ámbito de Farmacia, los expertos han recordado que el Plan de Salud Mental contempla la necesidad de avanzar en los problemas de adherencia terapéutica, ya que actualmente se estima que entre el 70 y el 75 por ciento de los pacientes de Salud Mental no toman correctamente los medicamentos prescritos.

En este mismo contexto se ubican los fármacos de lenta liberación (progresivos o de acción retardada) que aunque ayudan al cumplimiento de la terapéutica farmacológica, tienen dificultad para ser incluidos en las guías. “Algunos servicios de Farmacia Hospitalaria no entienden que desde un hospital se pueda plantear el uso de fármacos depot, algo que, sin duda, es un contrasentido ya que si lo que se persigue es que el paciente esté estable y en su domicilio, la opción de darle esa medicación, seguramente, evitará reingresos”, ha sentenciado Coll.

En ese punto, César Vicente Sánchez, director general de Gestión Económica y Farmacia, ha explicado que el funcionamiento de la Comisión Autónoma de Terapéutica, que protocoliza la inclusión de nuevos fármacos y garantiza la equidad en el acceso, es correcto y trabaja con criterios comunes. Además, Vicente ha invitado a unirse a la Comisión a los representantes de Salud Mental y Psiquiatría por lo interesante de la prestación farmacéutica en la atención a estos pacientes.

De igual modo, y respondiendo a cuestiones de actualidad, el director general de Gestión Económica y Farmacia ha señala-

do que los pagos a proveedores ya se están realizando a 65 días, máximo 180 días, frente a los 500 días que se manejaban en 2011, a pesar de la situación de crisis económica y de la inercia incrementalista que sufre la Sanidad.

Igualmente, dentro del contexto de gasto, Santiso ha avanzado que el presupuesto en Sanidad para el próximo año ha subido un 10,29 por ciento, es decir, 127 millones de euros más, a pesar de que se parte de una situación en la que el sistema sanitario está infrafinanciado, como han destacado. Al hilo, los expertos han apostado por una financiación en salud per cápita. “No se han eliminado servicios de hecho, incluso con el presupuesto menguado, se han mantenido con eficacia y calidad y se han implantado nuevos programas como el de cribado poblacional. En definitiva, es una realidad que se están dando pasos en la optimización de recursos, pero la restricción real de cara a los próximos años está en los recursos humanos”, ha señalado Santiso.

Por su parte, Francesc Feliú Román, director gerente del Sector Sanitario Migjorn (Hospital Son Llàtzer), ha insistido en la necesidad de “cambiar las reglas del juego y la dinámica de trabajo”, ya que, a su juicio, el gasto necesario en Sanidad dependerá de la actividad que se quiera hacer, “si seguimos haciendo las mismas cosas, aunque las hagamos mejor, el gasto se incrementará año tras año. El resultado en salud podrá ser mejor, pero el gasto que generamos siempre será superior”, argumentaba.

Por último, los expertos han abordado durante el debate otros temas como la importancia de integrar la atención a las drogodependencias en el área de Salud Mental; la potenciación de la Salud Mental Infante-Juvenil; la trascendencia de unificar líneas y criterios para la gestión, ajustando los recursos a las necesidades; o la magnitud de considerar la Salud Mental como una especialidad más de la Medicina, algo que contribuiría a la destigmatización de la enfermedad ■

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



España sigue estando en el 'top 3' mundial de la investigación en Cardiología y eso se debe al compromiso de los profesionales

José Ramón González Juanatey

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

Texto | Antonio Pais

Fotos | Archivo



ENTREVISTA

José Ramón González Juanatey

“España sigue estando en el ‘top 3’ mundial de la investigación en Cardiología y eso se debe al compromiso de los profesionales”

Un año después de asumir la presidencia de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), y un año antes de dejar el cargo, José Ramón González Juanatey, a su vez jefe de Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), hace balance. Ha sido un año intenso, en el que la SEC ha superado con nota muy alta el reto de organizar en Barcelona el Congreso Europeo de la especialidad. También pasó el Congreso Nacional de Santiago de Compostela. Pero lo que permanece, lo que sigue, es la lucha que el doctor González Juanatey libra cada día para la mejora de la calidad en la asistencia cardiológica (con programas como RECALCAR e INCARDIO) y, por extensión, del SNS. “Me queda un año en el cargo, hasta finales de 2015: mucho tiempo”, dice.

¿Qué balance haría de su primer año como presidente de la Sociedad Española de Cardiología?

Creo que hemos ido cumpliendo los objetivos con los que llegamos a la presidencia. El objetivo que se había planteado el Ejecutivo actual, y yo personalmente, era centrar un poco más la Sociedad y a los cardiólogos en el debate de la calidad: fundamentalmente de la calidad en la asistencia sanitaria, pero también la de la docencia y la de la investigación, donde la SEC tiene importantes cosas que decir, sobre todo en la formación continuada y posicionarse respecto al proyecto actual de troncalidad. Aunque realmente donde nos hemos concentrado es en intentar poner en marcha iniciativas que puedan ayudar a mantener la calidad del sistema público de salud: conociendo qué sucede y dónde estamos en indicadores de cali-

dad de los procesos cardiológicos más prevalentes, ver cómo estamos y qué iniciativas podrían ayudar a mejorar esta situación.

Hace un año hablaba de cuestiones como la necesaria, y urgente, re-acreditación periódica de los profesionales médicos en el Sistema Nacional de Salud. ¿Se mantiene esta urgencia?

Bueno, una de las mayores urgencias del sistema sanitario público es que sea siendo público y de calidad; y que permita el acceso, con independencia de dónde se venga, del nivel socioeconómico y de la procedencia social, a una Medicina de calidad. Yo creo que lo que hay que hacer es hacer cada vez más transparentes los resultados, analizar los resultados de lo que hacemos, debatirlo internamente entre los profesionales y tener una cierta proyección, también, social de los resultados en salud, y en base a eso podemos identificar áreas de mejora y ver qué proyectos podemos poner en marcha para reducir la heterogeneidad del sistema público de salud y mejorar ahí.

La SEC, en este caso, predica con el ejemplo...

En la Sociedad hemos puesto en marcha mecanismos para conocer, de entrada, qué hacemos y los resultados de lo que hacemos; y que la gente conozca una

cierta dispersión. Por ejemplo, al ver qué ha pasado en la mortalidad del infarto: eso ha provocado que comunidades autónomas que no tenían un Código Infarto probablemente se hayan visto estimuladas a ponerlo en marcha; y un Código In-

farto debidamente estructurado creo que es absolutamente imprescindible en todas las comunidades, existiendo una base centralizada de datos que nos permita saber qué sucede y poner en

marcha políticas para mejorar las áreas de deficiencia en este apartado.

Un documento de referencia

Además, tras conocer esos resultados, lo que sucede en la asistencia cardiológica en España (a través del estudio RECALCAR), ahora llega una segunda parte en el proceso de mejora que persigue la SEC.

Esto (conocer los resultados y poner en marcha políticas de mejora) ya se ha logrado, pero ahora vamos a dar un paso más: se van a poner encima de la mesa indicadores de mínimos para el ejercicio de la Cardiología dentro del SNS, el programa IN-

CARDIO de la SEC. Así tendríamos por un lado el análisis, cómo lo hacemos, y por otro lado las recomendaciones de la Sociedad de que por encima de esos indicadores de mínimos no debería ofrecerse Car-

Los cardiólogos españoles están muy comprometidos con el sistema público de salud, con la calidad asistencial, docente e investigadora, pese a los recortes

Tras implantar el ‘mapa’ de la asistencia (Programa RECALCAR), la SEC va a establecer indicadores de mínimos para el ejercicio de la Cardiología dentro del SNS con el Programa INCARDIO



diología en el SNS; y esas dos cosas ayudarán, seguro, a mejorar la asistencia cardiológica.

En una muy interesante conversación que usted mantenía hace un año con el entonces presidente saliente de la SEC, el doctor Vicente Bertomeu, usted incidía en que era necesario “establecer la norma”, ese mínimo de calidad en la asistencia cardiológica...

Sí. Esa norma ya está establecida. El programa INCARDIO (sobre el que ya se debatió en el Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares hace un mes en Santiago de Compostela), se va a presentar ahora tras ser revisado. En su elaboración han participado la Sociedad Española de Cardiología, la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Española de Cirugía

Torácica y Cardiovascular (ésta hace suya esta norma). Además va a tener la acreditación del Ministerio de Sanidad, del American College of Cardiology y de la American Heart. Es la primera vez que una sociedad científica establece estos indicadores de mínimos; también lo va a hacer la Sociedad Española de Oncología.

Es decir, un proyecto de peso de la SEC...

Sí, es un proyecto muy importante, que incluso ha promovido que la Sociedad Europea de Cardiología ponga en marcha un proyecto parecido para países del continente, entre los que existe una gran heterogeneidad. Creo que va a ayudar mucho porque tendremos ya los dos pilares: por un lado qué resultados tenemos en procesos importantes, a través del registro de la SEC (RECALCAR), y por otro esta norma de in-

dicadores de mínimos. Y entonces podremos ver qué áreas cumplen, cuáles no cumplen... e incluso la SEC está poniendo en marcha proyectos para colaborar desde la Sociedad con esas áreas que no cumplen o que pueden tener algún problema, ofreciendo vías de solución. Así cumplimos el ‘círculo virtuoso’ de la calidad: saber qué hacemos, establecer la norma y poner en marcha mecanismos que puedan ayudar donde no se cumpla. Para mí es muy importante que se haya logrado esto, y que tenga todo el soporte de las Sociedades de Cardiología más importantes y de los propios profesionales, tanto de los cardiólogos como de los cirujanos cardiacos.

La heterogeneidad persiste

Respecto a ese ‘qué hacemos’, RECALCAR muestra la reducción en más de medio punto, respecto al periodo anterior, de la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio en España; pero también que se mantienen vistosas diferencias entre comunidades autónomas.

En el Congreso se han presentado los resultados relativos al año 2012, que son los últimos que tenemos. De nuevo hemos visto que existe una cierta heterogeneidad entre CCAA. Bien es cierto que de ese registro se envía información a cada hospital: cada uno conoce de forma confidencial sus datos, comparados con los hospitales similares; esa información es privada, pero la información que es pública y creo que es muy importante es la comparación entre comunidades autónomas; y aquí, hay CCAA que han mejorado pero esa heterogeneidad persiste, y hay áreas de mejora extraordinarias.

Y esas diferencias entre comunidades autónomas, ¿de qué dependen?

Dependen de muchas cosas: de la organización sanitaria, de conocer la situación, de la puesta en marcha de programas (Código Infarto, por ejemplo). También la organización de la insuficiencia cardíaca, o la de la



ENTREVISTA

José Ramón González Juanatey

cirugía cardíaca, donde también existen importantes desigualdades... es decir, conocer cómo están las cardiopatías, ver que existe esa heterogeneidad y ver qué estrategias podemos poner en marcha para limitarla. El programa INCARDIO nos va a ayudar en este sentido, la SEC va a decir que por encima de un mínimo no se debería ofrecer Cardiología... y el siguiente paso es ofrecer a los centros, e incluso a las comunidades autónomas, posibles ayudas desde la Sociedad.

Con tanto recorte en Sanidad, en todo caso, parece complicado mejorar los resultados en la asistencia. Usted siempre ha sostenido, además, que se debe recortar de lo superfluo, nunca en lo importante.

En este país estamos asistiendo a un espectáculo terrible. Yo creo que algunos políticos deberían pensarse dos veces recortar en Sanidad, o en Servicios Sociales, viendo además lo que estamos viendo en materia de corrupción. Que encima tengamos que asistir de forma continua a recortes en políticas sanitarias, y sobre todo en políticas sociales... y con los sueldos de los profesionales públicos congelados, como la carrera profesional. Yo creo que el sistema sanitario público se ha mantenido, más o menos y pese a los recortes de los salarios de los profesionales: la calidad se ha mantenido, todos estos proyectos de los que hablábamos son para mantener la calidad del SNS. Pero creo que los grandes recortes en este país han llegado en políticas sociales: son los que han impactado para que en el año 2012, por primera vez en España, no se haya reducido la mortalidad cardiovascular.

Ese dato sí que es impactante, y preocupante...

Durante los últimos 20 últimos años, en España, se reducía tanto en hombres

como en mujeres la mortalidad cardiovascular. Pero en el año 2012 ese descenso se detiene, e incluso hay un pequeño repunte. ¿Por qué? Yo estoy convencido de que ese cambio tiene que ver con la crisis, y no tanto con la crisis del sistema público de salud sino con la crisis de las políticas sociales, que siempre son ayudas a las personas más desfavorecidas, de edad avanzada habitualmente, con comor-

bilidades; la reducción de esas ayudas y de esas políticas sociales es la causa, creo.

La experiencia también ayuda, y en este sentido usted se ha referido en ocasiones

a la relación entre crisis y aumento de la enfermedad cardiovascular en países como Grecia o Irlanda.

Son casos clarísimos, y Grecia ya es un escándalo. En España, a mí no me cabe ninguna duda de que la crisis económica ha impactado: la pobreza mata. Y hablamos de prevención y de tratamiento: en los últimos 30 años, la expectativa de vida de los españoles creció 6,4 años: más de cuatro de esos años han sido por avances en las enfermedades cardiovasculares, y de ellos la mitad es por prevención, pero la otra mitad es porque el sistema público de salud te trata mejor cuando estás enfermo.

El nivel de la Cardiología española

Siempre se llega al mismo punto: se trata de avanzar en calidad, en este caso tanto en la prevención como en el tratamiento de las enfermedades.

Lo cardiovascular es lo que 'ha tirado del carro' del aumento de la supervivencia en España. En prevención hay que seguir trabajando con políticas educativas y también legislando. Y en la otra mitad, el SNS ha incorporado la innovación y ha tratado mejor a sus pacientes; en este sentido, los profesio-

nales tenemos que posicionarnos sobre la incorporación de la innovación y medir resultados, y la SEC ha puesto en marcha otro proyecto, InnovaSEC, a través del cual se posiciona: va a decir qué es innovación, cuál es la que aporta valor al SNS.

A pesar de los recortes que no cesan, la posición, el nivel de los profesionales médicos españoles se mantiene. En Cardiología, se demostró en Barcelona en el Congreso Europeo...

Es un dato muy a destacar: los cardiólogos españoles están muy comprometidos con el sistema público de salud: a pesar de todo esto, España ha sido el 'top 3', el tercer país en contribuciones científicas en el Congreso Europeo de Cardiología, y casi todas, un 95 por ciento, proceden del sistema público de salud y del sistema educativo público. Eso indica que la gente que trabaja en el sistema público, a pesar de esos recortes, sigue comprometida con la calidad asistencial, con la calidad docente y con la calidad investigadora: sigue dedicando parte de su tiempo a generar conocimiento para poder tener nuevas evidencias de cómo tratar y de cómo prevenir mejor: eso es muy importante, España sigue estando en la elite de la investigación en Cardiología y eso se debe al compromiso de la gente, porque toda esa investigación no viene de centros privados, viene de lo público a pesar de los recortes.

Volvemos a lo demostrado en el reciente ESC Congress 2014 de Barcelona.

Allí España fue el 'top 3' mundial en el Congreso Europeo de Cardiología. La investigación en Cardiología en España es muy importante, teniendo en cuenta que investigación es el área en la que sí se han producido verdaderos recortes en la financiación pública, sobre todo, y privada. Yo quedé muy satisfecho del papel de España en el Congreso: se dio ejemplo en Barcelona, una ciudad magnífica; la organización fue perfecta, hubo 30.000 cardiólogos de todo el mundo y la Cardiología española jugó un papel muy relevante,

con ese 'top 3' de contribuciones científicas, algo que ha sido muy comentado.

La posición de la SEC frente a la troncalidad

En materia de formación médica especializada, la aprobación del Real Decreto de troncalidad ha sido muy contestada desde el ámbito profesional. La SEC se ha posicionado oficialmente.

No nos parece mal que aumente la formación genérica, pero eso no puede redundar en perjuicio de la formación específica en Cardiología; eso por un lado. Y por otro, lo que es más importante, hasta ahora con el sistema MIR teníamos claro cuál era el itinerario formativo; ahora se introduce, de forma no clara aún en el Real Decreto, una cierta subjetividad en la evaluación del médico en formación: no queda bien definido el pase de la formación troncal a la específica, puede dejar espacio a la arbitrariedad. Eliminar la arbitrariedad y no reducir la formación específica es algo que a mí personalmente me preocupa mucho, en línea con lo que muchas otras Sociedades han dicho.

¿Era imprescindible este cambio en el sistema de formación médica especializada?

Una cosa muy importante es que el MIR ha funcionado siempre en este país, ha sido uno de los elementos que ha dado prestigio, parece que se ha querido cambiar lo que funciona.

¿Está la SEC de acuerdo con el tiempo establecido en el Real Decreto para la formación específica en Cardiología?

Parece que la fórmula que se quiere implantar es la de dos años de formación troncal y tres más de formación específica; tres años de formación específica nos parecen insuficientes. Lo que más nos preocupa es la indefinición en la evaluación y, sobre todo, la reducción de contenidos de formación específica, esos son

los dos elementos clave. Personalmente, soy partidario de elección inicial de la especialidad (frente a la informada), y que todo siga como hasta ahora: que se realice una evaluación de cada curso por los tutores, sin que existan dos periodos específicos de evaluación y, sobre todo, sin que exista una cierta indefinición que pueda dar lugar a la arbitrariedad en la evaluación del tronco.

Lo que no es bueno, en todo caso, es tanta contestación desde el ámbito profesional.

No es bueno, desde luego. Y hay sociedades científicas que incluso van a llevar esta cuestión a la vía judicial. ¿La SEC? Lo primero que hemos hecho ha sido posicionarnos oficialmente.

Usted ejerce en Galicia, donde se da el intento de implantación de las áreas de gestión clínica.

Con este tema parece que se ha inventado la pólvora, cuando se lleva haciendo gestión clínica toda la vida. Parece que es el interés de algunos de estar siempre levantando siempre la misma liebre, y no sé con qué objetivos. Gestión clínica ya se está haciendo en los hospitales; el paso que hay que dar es el de que los profesionales tengan una mayor participación en las decisiones económicas. Además, para hacer gestión clínica todos los elementos están dentro del sistema: los mejores profesionales, los mejores centros, las mejores instalaciones, los mejores gestores. Por lo tanto, no vayamos a inventar sistemas que permitan la introducción de elementos externos al sistema: esos elementos externos, como todos sabemos, se plantean desde la perspectiva del negocio. Yo soy muy reacio: donde ha habido este tipo de aventuras, no sólo no ha mejorado sino

que incluso se ha deteriorado la asistencia, llevando a desigualdades entre profesionales y entre usuarios.

Está cercano también, al fin, el Registro de Profesionales.

Tenerlo yo creo que es una necesidad, como saber la acreditación de los profesionales: saber qué son. Yo creo que hay que ir hacia la reacreditación de los profesionales, y al haberse parado la carrera profesional, basada en competencias y no sólo en el tiempo que se lleve trabajando, tarde o temprano tenemos que ir hacia allí. El Registro de Profesionales nos puede ayudar también, me parece bien.

Otra cosa de la que parece estar satisfecho es de la relación de la SEC con otras Sociedades.

Sí, ha sido muy importante. Como la relación con la Atención Primaria. Ahora vamos a llevar a cabo un proyecto con la semFYC sobre cómo debe circular por el sistema el paciente con cardiopatías: el papel de los médicos de Primaria, el de los cardiólogos... posicionarse las dos Socie-

dades sobre la responsabilidad de cada profesional y en qué momento. Hay muchas iniciativas puestas en marcha en muchos centros para mejorar la coordinación: la relación Primaria-Especiali-

zada pero ya con consultas en Cardiología de acto único, la coordinación a través de proyectos de atención no presencial, que posibilitan las comunidades donde hay historia clínica electrónica... ésta hay que utilizarla más para resolver problemas que a veces son de los enfermos pero a veces también nuestros, como actos médicos o pruebas repetidas o innecesarias y, sobre todo, para incrementar la relación entre profesionales, que sólo puede redundar en una mejor formación de éstos ■

Debemos ir hacia una transparencia cada vez mayor de los resultados de salud, y a partir de ahí, identificar áreas de mejora y poner soluciones



No podemos seguir más tiempo manteniendo el modelo tradicional

Rafael López Iglesias

Gerente del Complejo Asistencial de Salamanca

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | SEDISA



“No podemos seguir más tiempo manteniendo el modelo tradicional”

Cuenta con una dilatada trayectoria dentro de la gestión sanitaria, ¿qué particularidades encuentra en la gestión del Complejo Asistencial de Salamanca respecto a otros centros?

Las particularidades propias de centro de nivel uno, con más de mil camas, y servicios autosuficientes en el sentido de que no nos falta ninguna especialidad, y por lo tanto, las características de un gran hospital. Todo ello unido al amplio despliegue que tenemos en el área de investigación, tanto en temas de proyectos de investigación, como de ensayos clínicos. Es un hospital que tiene incluso un instituto biomédico para el desarrollo de este tipo de áreas del conocimiento, y además cuenta con las particularidades de ser un hospital universitario, muy conectado a la Universidad de Salamanca, con todo lo que conlleva en el área docente.

El complejo además se encuentra en un periodo complicado debido a las obras de ampliación y reformas, ¿cómo se consigue que las mismas no afecten a la actividad asistencial?

Lo que estamos haciendo es un nuevo hospital al lado del antiguo, para que dentro de 6 o 7 años, cuando hayan concluido las obras, poder trasladarnos a este nuevo centro. Será en el momento del traslado de los servicios y de toda la tecnología, cuando exista esa complicación, pero durante las obras no debería haber ningún tipo de problema. Actualmente la única a señalar es que los accesos están un poco cortados respecto a otros periodos.

Recientemente el complejo ha recibido el Premio Hospitales Top 20 tanto por su gestión hospitalaria global, como en su área de atención al paciente crítico ¿por qué destaca el cen-

tro en estos dos ámbitos, cuáles son esas claves de excelencia?

El hospital tiene un gran desarrollo en cuanto a excelencia y calidad, y estos premios son premios de benchmarking, es decir, en comparar indicadores. En los mismos nuestro centro tiene la categoría de excelente y por ello hemos recibido estos reconocimientos, también en el área de Traumatología. Igualmente hemos sido nominados en el área de Cardiología, la cual en estos momentos estamos desarrollando, y no tardando mucho también será una de las áreas que reciba otra mención de excelencia en el futuro. Esto es una satisfacción y un orgullo para el hospital.

Una de las campañas que se llevan a cabo dentro de su institución versa sobre la sensibilización de las agresiones en el ámbito sanitario, ¿qué puede hacerse a este respecto desde la gestión?

Es un proyecto de la propia Consejería de Sanidad, y de hecho nuestro eslogan en todo el SACYL es que los centros son “un espacio de salud, y un espacio de respeto”. A veces las personas tienden al nerviosismo, a exigir una rápida atención, y, aunque sea en pocos, desgraciadamente en algunos casos se cae en actuaciones más violentas. Nosotros lo que tratamos de hacer es mentalizar al paciente de que somos un servicio, de que estamos para ayudarle, y darle una respuesta a su problema lo más rápidamente posible, pero que este siempre debe de ser un espacio de respeto para todos. Hemos legislado en Castilla y León una normativa por la cual el sanitario se considere autoridad en caso de una agresión, para que se tome mucho más en serio este problema.

Además de una trayectoria profesional, cuenta con un gran aval formativo, ¿cómo influye en el día a día de un centro el hecho de que el gestor esté profesionalizado a que no lo esté?

La gestión sanitaria poco a poco se va pro-

fesionalizando. Como vocal de la junta directiva de SEDISA, tengo que recordar nuestra apuesta por la profesionalización de la gestión sanitaria. Los gestores no podemos estar dependiendo de resultados políticos, sino que nuestro puesto debe depender de nuestros resultados. El gestor debe de ser esa persona que la Administración pone para gestionar recursos, repito, no para administrar, sino para gestionar, y para ello es necesario que se pongan unos objetivos. De esta manera, aquel gestor que cumpla con los objetivos y dé buenos resultados debe seguir gestionando los recursos públicos, y no porque haya cambios políticos o sea conocido o no de una persona concreta. A la Sanidad le favorecería este cambio, porque favorecería a los resultados en salud.

Ahora mismo un tema que está muy en boga es la gestión clínica, ¿cree realmente que los profesionales están dispuestos a acoger esta responsabilidad y que los gestores están dispuestos a cederla?

Llevamos hablando de gestión clínica muchos años, luego algo pasa, porque a todo el mundo se le llena la boca diciendo que la gestión clínica es la solución respecto al modelo actual. Yo creo que el modelo tradicional hay que cambiarlo, no podemos seguir más tiempo manteniendo este tipo de modelo, donde la eficacia, el coste beneficio, y el resto de resultados los analizamos, pero no los usamos como claves en el desarrollo de la gestión. En la gestión clínica el profesional asume responsabilidades, asume compromisos y por lo tanto tiene que dar respuestas, y eso supone una nueva complicidad con el gestor sanitario. Aquí en Castilla y León vamos a normativizar a través de un decreto las Unidades de Gestión Clínica (UGC), y los gestores estamos muy ilusionados porque el mayor número de servicios puedan ir desarrollando este tipo de modelo. El riesgo que tiene la gestión clínica es que el resto del hospital esté preparado para reaccionar ante las necesidades que supone este modelo. Sin duda alguna necesita-

mos líderes que enarbolan la bandera de la gestión clínica y yo creo que los tenemos dentro del hospital, y a partir de ahí ser valientes.

¿Cuáles serían sus recomendaciones para alcanzar la sostenibilidad del SNS desde lo micro y lo meso?

Yo lo resumiría en tres grandes niveles. El primer nivel sería el nivel político, donde habría que mantener la idea de sistema público de salud pero cambiando el modelo de gestión, buscando fórmulas alternativas de colaboración público privada, de modelos de desarrollo como la ya citada gestión clínica, etc. El segundo bloque se referiría al compromiso de los profesionales que tienen que cambiar su vinculación con la empresa y sentirse parte de la misma para ser efectivo y eficaz. El tercer círculo sobre el que hay que trabajar es sobre el paciente, para que se convierta en una parte responsable del sistema, de manera que sea consciente de su papel dentro del mismo y ayude a la sostenibilidad del SNS.

Esa es su receta, pero desde SEDISA se han presentado una serie de propuestas, muy interesantes, para garantizar la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, tales como que el personal de nueva incorporación se acoja el derecho laboral privado, actuar sobre los procesos, y que un 40 por ciento de los salarios dependa del cumplimiento de objetivos, ¿qué opina sobre las mismas?

Como vocal de SEDISA, algunas de estas medidas nacen también de mi propia experiencia. Se trata de que el profesional adquiera un compromiso de manera que la vinculación del profesional con la empresa sea diferente, y dejemos ya de lado el café para todos. Así, aquel profesional que destaque, que sea más rentable para el centro, de la misma forma que se plantea en las UGC, tenga incentivos. Este incentivo puede ser personal, o para el servicio, de manera que pueda mejorar o la propia nómina o la tecnología de la que



podré disponer en mi servicio, y en esa línea hay que trabajar. En cuanto al tema contractual, está claro que todo el mundo queremos tener una estabilidad laboral, pero eso no significa que todos tengamos que ser funcionarios. La estabilidad laboral puede ganarse con el trabajo del día a día. Sobre la variabilidad en el sueldo, tiene que haber una productividad variable, no sé exactamente qué porcentaje, pero tiene que ser una alternativa para mejorar las cosas.

Otro de los puntos que también se defiende en este documento es el tema de la externalización, cuando en muchos foros existe un gran debate sobre la eficiencia de la misma. ¿Cuál es su opinión?

Estamos trabajando con la industria y con otro tipo de empresas sanitarias y de esa colaboración público privada hay diferentes tipos de ejemplos y múltiples trabajos ya desarrollados, dónde lo que buscamos es un coste beneficio y dónde lo que estamos tratando de poner encima de la mesa es que la empresa privada tiene que ser un aliado con el sistema público, porque nos interesa a ambos. Hay múltiples modelos, como las fundaciones,

el modelo Alzira, o nosotros que en Castilla y León tenemos un modelo concesional en Burgos o los modelos de diálisis de Zamora de colaboración público privada, donde nosotros poníamos el personal y la empresa ponía los recursos tecnológicos y el espacio. Hay que orientarse hacia la colaboración y buscar alianzas.

Por último, otro de los grandes debates se centra en el acceso a la innovación, ¿cómo plantearía realizar la evaluación de los nuevos fármacos y tecnologías que deben entrar o no en el hospital?

Creo que en los hospitales en este momento tenemos un tema muy importante que es la renovación tecnológica, porque la obsolescencia está ahí y suplir esta tecnología tiene un alto coste, no hay que olvidar que hablamos de millones de euros. Todo esto hay que valorarlo muy despacio y muy tranquilamente, para eso existen las comisiones de ensayos clínicos, e incluso los comités en los servicios centrales de las Comunidades Autónomas, que evalúan la adquisición y compras de estos aparatos. Aquí también debemos ser aliados con la empresa privada, para buscar fórmulas que permitan el recambio y reposición de la tecnología. Se trata de un conjunto donde el hospital tiene que tener su autonomía, pero también tiene que estar regulado a nivel autonómico e incluso yo diría a nivel nacional ■

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





Se puede ser más
eficiente
si nos
organizamos
mejor

Amelia Fernández Sierra

Directora de la Unidad de Gestión Clínica Intercentros e
Interniveles de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción
de la Salud de Granada

Texto y fotos  Ángeles Huertas

enfermedades transmisibles... Además de dar apoyo a Jaén y al Sur de Córdoba en vacunación internacional.

Uno de sus objetivos es la calidad. ¿Cómo se consigue?

Formando a los profesionales de las unidades con y en calidad. La información es fundamental. Hay que decir cuáles son sus indicadores y cuáles deberíamos mejorar. Medir y controlar los efectos adversos. En cada uno de los centros que cons-

tituyen la Unidad se cuentan con comisiones clínicas en las que analizamos todo, porque con ello podemos trabajar, damos información a los profesionales que les ayuda a organizar su trabajo. Además, para tener calidad hay que ayudar a los sanitarios y a las Unidades de Gestión Clínica a acreditarse y eso también es uno de los apoyos que ofrecemos. Junto a los grupos operativos para homogeneizar en las grandes áreas.

¿En cuántos campos trabajan?

Nuestra misión es conseguir los mejores estándares de salud de la población mediante la promoción y vigilancia de la salud, la prevención de la enfermedad, el impulso de la calidad en la atención sanitaria y los mayores niveles en la seguridad del paciente y los profesionales, todo ello basado en los valores de nuestro sistema sanitario público andaluz, como son la solidaridad, la equidad, la participación, la transparencia, el servicio a la Comunidad con ética y con el compromiso por la calidad y el respeto al medioambiente. La UgC provincial que integra los dos niveles asistenciales es la estructura organizativa idónea para dar respuesta a las estrategias de Salud Pública marcadas en el Plan de Calidad de Andalucía. Desde vacunación, pasando por vigilancia, epidemiología, salud laboral, control medioambiental, control de esterilización, promoción de la salud... Sin olvidar la investigación que consideramos fundamental en todos los campos. Ahora mismo tenemos en marcha tres proyectos de investigación: Estimación del riesgo vascular tras la intervención del consejo dietético intensivo en Atención Primaria; la Efectividad de la vacuna antigripal y antineumocócica polisacárida 23-valente en personas de 65 años y más; y variaciones de las enfermedades raras no genéticas en las zonas básicas de salud de Andalucía. Además, de 29 publicaciones en revistas científicas, colaboración en 7 proyectos, etc., en 2013

Todo ello con la vista puesta en la transparencia. ¿Es complicado ofrecer información?

Es básico informar y hacerlo bien. Es mejor no ocultar nada y hablar con los pacientes si algo está ocurriendo. Debemos informar qué ocurre y cómo se puede evitar, mejorar o tratar. Comunicar a la población, eso es transparencia. Los accidentes ocurren y hay que minimizar su extensión, su golpe. Para ello en nuestra página web tenemos todos los protocolos. Los profesionales también tienen que tener conocimiento de qué está pa-





GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Amelia Fernández Sierra

sando y compartir información. Nosotros contamos con 27 foros abiertos del hospital en el que todos pueden participar.

¿Qué papel juega en todo este entramado la Atención Primaria?

Es fundamental porque es la puerta de entrada. Son los que tratan a los diabéticos, personas con cáncer, problemas mentales... Son los que dan la voz de alarma si salta una tuberculosis, una meningitis...

¿Cómo ve este área?

Considero que la Atención Primaria es un gran valor de nuestro sistema sanitario público, sus profesionales están muy bien formados, y ella está muy bien organizada y estructurada. Contamos con unos servicios muy buenos, con cosas que mejorar, claro, pero de alto nivel. Ellos son los que controlan los procesos asistenciales más frecuentes como el del embarazo y considero que tienen los protocolos bien definidos.

Ustedes están en medio, se puede decir.

Primaria es de donde recabamos buena parte de la información. La gran mayoría nos viene de estos servicios, sin ellos no tendríamos ni datos, ni podríamos actuar en muchos casos, porque si no declaran una tuberculosis nosotros no podemos hacer nada. Somos los intermediarios. El finalista, sin dudar, es el médico asistencial. Aquí estudiamos el contacto, el control, cómo hacer las cosas... pero luego quien debe ponerlo en práctica son las Unidades de Primaria y del Hospital.

¿Qué información les ofrecen y para qué sirve?

La información es esencial, primero estar formados y después saber con qué población están trabajando. No es igual contar con una media de usuarios jóvenes que de personas mayores porque los progra-



mas no son los mismos. En una población de estudiantes universitarios debes saber que tus planes de promoción y prevención de la salud han de estar enfocados en temas de sexualidad, anticoncepción e incluso hábitos de alimentación. En personas mayores, evidentemente, las patologías que te encuentras son muy diferentes. Así que, todo ello es fundamental para conocer en qué formarse y qué patologías te vas a encontrar para saber cómo abordarlas.

Todo es información.

Bueno, en nuestro campo es básico saber interpretar y analizar. No es lo mismo, un

tipo de infección en un quirófano determinado que en una consulta médica o en un colegio.

¿Y el hospital qué función desempeña?

También es una de las partes importantes porque no sólo tratamos con la gente ingresada, también llevamos a cabo temas de vacunación, prevención y La salud de los trabajadores sanitarios (más de 6.000).

¿Y cómo están los trabajadores granadinos?

El sector ha envejecido en los últimos

años y la edad media es cada vez más alta. Eso hace que en determinados sectores se esté notando, porque no es lo mismo levantar a un enfermo cuando tienes 20 años que cuando has superado los 50. Así que tenemos en marcha un programa de adaptación al puesto de trabajo, donde los sanitarios pueden ir modificando sus labores dependiendo de sus circunstancias físicas o psíquicas.

Todo lo relatado, ¿cómo beneficia a la población?

Los pacientes tienen la certeza que estén donde estén siempre van a ser tratados igual, con el mismo protocolo. A un señor de Baza se le atiende igual que uno de Motril. Además, en nuestras reuniones de coordinación controlamos las alertas para saber qué está pasando en las comarcas, qué está fallando y qué se está haciendo bien. Después lo ponemos en conjunto para que cada uno valore y todas las medidas se unifiquen. Eso en temas de Atención Primaria es fundamental porque en infartos de miocardio, por ejemplo, con una buena formación y un protocolo claro podemos llegar a tiempo y contar con un buen tratamiento.

¿Cómo se pueden medir todos estos objetivos en la promoción de la salud?

En Salud lo más complicado es medir resultados a medio plazo. Sabemos que la mortalidad ha bajado y la esperanza de vida ha crecido. A largo plazo suponemos que los niños que están en programas de obesidad serán mayores más sanos al prevenirles ciertas patologías cardiovasculares, por ejemplo. O que los padres que participan en planes para dejar de fumar y lo consiguen, lo lógico es que sus hijos no fumen porque no copiarán ese comportamiento. Pero aquí es fundamental involucrar a la población para que sea consciente de la importancia que tiene.

Su Unidad también participa en el programa PaSQ, ¿de qué se trata?

Es un programa europeo donde se trata de poner en común las buenas prácticas de cada uno de los países europeos en áreas en Seguridad del Paciente como la conciliación de la medicación, la higiene de las manos en el listado de verificación quirúrgica o la alerta temprana, nuestra Unidad lidera este proyecto, pero no hay que olvidar la participación de Cirugía General, Farmacia y Pediatría. Nosotros, por ejemplo, compartimos hace poco nuestro decálogo para implicar al paciente hospitalario en su seguridad.

¿Cómo casar gasto y eficacia?

Se puede ser más eficiente si nos organizamos mejor. Aquí es donde tenemos que mejorar y creo que este tipo de modelos ayudan a ello.

¿Qué retos les esperan?

Estamos muy ilusionados y hemos conseguido que la gente se mueva. Muchas veces las personas somos por naturaleza inmovilistas, pero desde la Unidad estamos logrando grandes pasos. Aquí pretendemos ser innovadores y tenemos que lograr que el hospital salga a la calle y que la Atención Primaria llegue al hospital. Contamos con un comité director, algo que ha sido alabado

y se ha convertido en un referente para otras áreas. Aunque aún nos queda camino.

¿Cuál considera el gran éxito?

Quizá el compañerismo, la generosidad de los profesionales, que piensan que compartir conocimiento es lo mejor para avanzar y ser mejores. La comunicación entre todos. Las ventajas de esta Unidad intercentros e interniveles provincial son múltiples, entre otras, la igualdad en Procesos, Planes Procedimientos y Cuidados que se prestan a la Ciudadanía, la utilización del mejor conocimiento en la toma de decisiones, la equidad en la accesibilidad a las prestaciones, estableciendo espacios únicos de atención, la participa-

ción de sus profesionales con oportunidades formativas, investigadoras y asistenciales, comunes y similares, ilusión y motivación de los trabajadores, más fuertes en una Unidad potente, y por último,

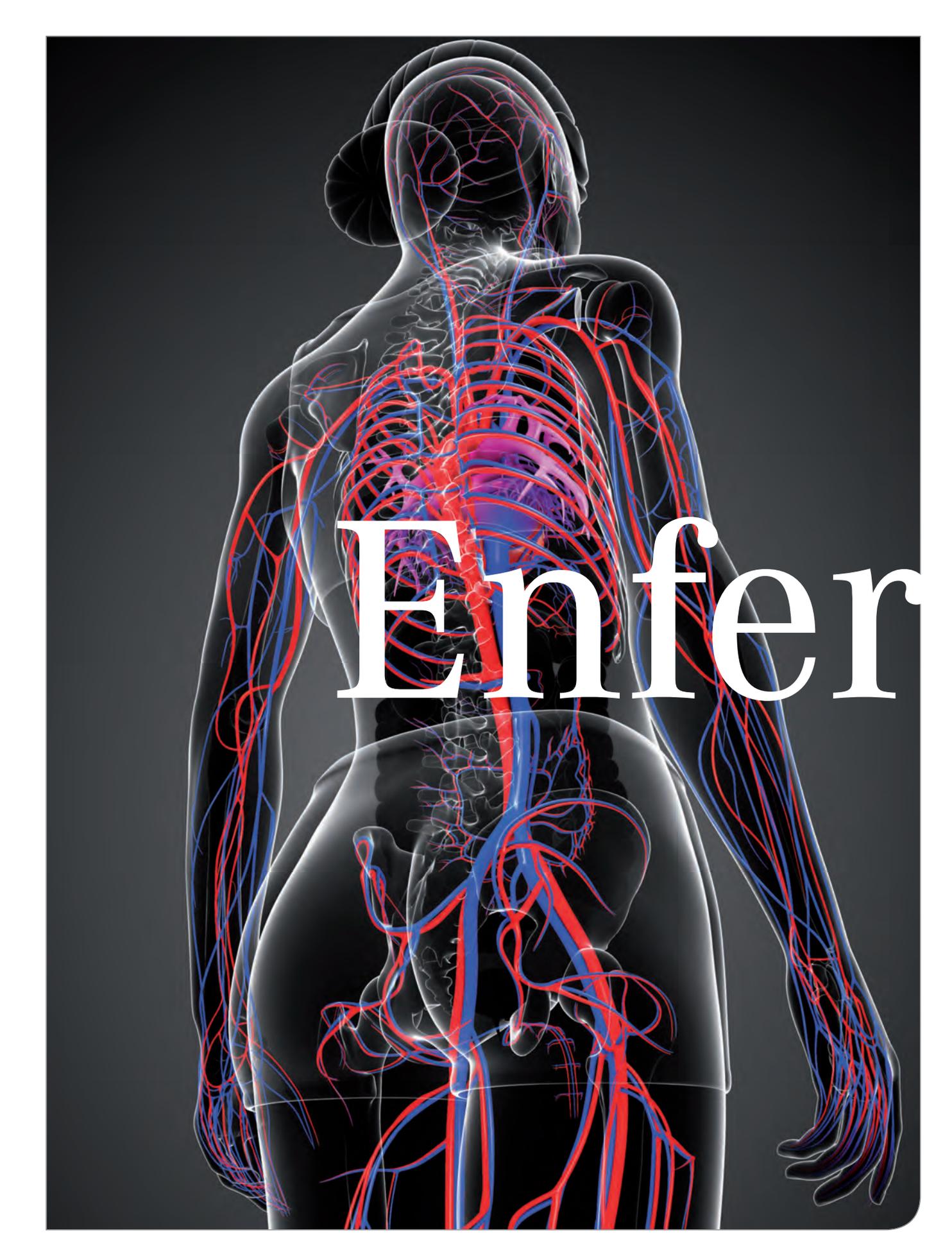
permite la creación de un único espacio compartido donde ella es el eje y motor que da servicios a la ciudadanía y a la organización. Concluyendo la Unidad Provincial fomenta que sus objetivos comunes dirijan la atención sanitaria hacia una mayor calidad, seguridad y ética ■

La Unidad Provincial fomenta que sus objetivos comunes dirijan la atención sanitaria hacia una mayor calidad, seguridad y ética

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



An anatomical illustration of a human figure from the back, showing the circulatory system. The heart is centrally located, with a network of red and blue vessels branching out to the head, arms, and legs. The red vessels represent oxygenated blood, and the blue vessels represent deoxygenated blood. The word "Enfer" is overlaid in white serif font across the chest area.

Enfer

ESTUDIO MAPAD

Mapa de recursos
y necesidades asistenciales

en

medad Arterial Periférica

Texto | Dr. César García-Madrid. Coordinador del Estudio MAPAD.
Especialista senior de Cirugía Vasculardel Hospital Clínic de Barcelona



INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Estudio MAPAD

Mapa de recursos y necesidades asistenciales en Enfermedad Arterial Periférica

Si bien en España son muchos los pacientes afectados por la enfermedad arterial periférica (EAP), las necesidades que existen sobre la misma son poco conocidas. Con el objetivo de averiguar el modelo de organización y los recursos para la atención de esta patología en España, Grupo Ferrer con la coordinación del Dr. César García-Madrid, especialista senior de la Sección de Cirugía Vascular del Hospital Clínic de Barcelona, puso en marcha un proyecto para la creación de un mapa de recursos y necesidades asistenciales de la EAP, se trata de un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, al que se ha denominado Estudio MAPAD (Mapa de recursos y necesidades asistenciales en Enfermedad Arterial Periférica).

Los objetivos de esta iniciativa son diversos. En un primer lugar, la idea pasa por conocer la información epidemiológica sobre los servicios participantes, así como la práctica clínica habitual y los recursos necesarios y disponibles. Por otra parte, se han recogido las opiniones subjetivas de los encuestados en cuanto a las necesidades y puntos de mejora en la atención de la EAP. Se han analizado las diferencias entre áreas geográficas (Norte, centro, sur) y niveles de atención sanitaria (Atención Primaria y Atención Hospitalaria).

La enfermedad arterial periférica

En términos generales, la prevalencia de EAP en la población oscila entre el 2 y el 10 por ciento, dependiendo de la edad, del sexo y de los métodos diagnósticos utilizados. Sin embargo, los porcentajes se disparan cuando se consideran grupos de población especiales (con factores de riesgo, diabéticos, con cardiopatías o enfermedad cerebro vascular), y superan el 50 por ciento cuando se trata de pacientes con antecedentes conjuntos de enfermedad coronaria y cerebrovascular. Así, se estima que la incidencia de EAP en España es de 193/100.000 habitantes/año. Así, la EAP afecta a entre el 4 y el 12 por ciento de las personas entre 55 y 70 años, y al 20 por

ciento de las mayores de 70. En cuanto al estado de los pacientes, por norma general, un número importante permanece asintomático, pero otros muchos presentan claudicación intermitente (CI). Según el TransAtlantic Inter-Society Consensus, si se analiza a 5 años la evolución de estos pacientes con EAP, en un 75 por ciento la CI mejorará o se estabilizará, en un 25 empeorará y, entre estos últimos, un 5 por ciento necesitarán una intervención y un 2 por ciento una amputación mayor.

Con respecto a la participación sistémica de los pacientes con CI, cabe destacar que un 30 por ciento fallecerá en menos de 5 años, fundamentalmente por patología coronaria asociada, siendo la tercera causa de mortalidad después del cáncer de pulmón y el colorrectal. Por todo ello, la corrección de los factores de riesgo, así como el tratamiento farmacológico, van enfocados al rescate de ese 25 por ciento de pacientes que evolucionarían hacia una progresión de su patología.

A pesar de la importante prevalencia (casi 3 millones en España), y de la importante afectación en la calidad de vida, se trata de una enfermedad aún muy infradiagnosticada, debido a que generalmente se presenta de forma asintomática. Además, se trata de una patología bastante infratratada. Por todo ello, la primera cuestión a tener en cuenta es que para mejorar la calidad de la atención a los pacientes con EAP se necesitan datos de los recursos y necesidades asistenciales de esta patología para poder planificar eficazmente su manejo.

El estudio MAPAD

El trabajo de campo del estudio se realizó de mayo a julio de 2012. Participaron 381 investigadores que ejercían su labor asistencial en el territorio español. Aproximadamente el 69 por ciento tenían la especialidad en Angiología y Cirugía Vascular. El 63 por ciento pertenecía a la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Concretando aún más, el 65 por ciento de los participantes pertenecían a

algún servicio de Cirugía Vascular, el 50 por ciento a uno de Angiología, y un 16 por ciento indicó que trabajaba en otros servicios (multirresposta).

El MAPAD analiza el manejo de la EAP por niveles asistenciales, ya que es de especial interés saber si esta enfermedad se trata igual en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH), para poder mejorar la coordinación entre ambos, y por tanto, la asistencia a un nivel general y así como la continuidad del proceso asistencial. La muestra con la que se ha trabajado está formada por un 82 por ciento de profesionales de Atención Hospitalaria y un 18 por ciento de Primaria.

Cribaje y diagnóstico

El Estudio MAPAD confiere especial importancia a conocer el manejo de la enfermedad, centrándose sobre todo en analizar cuál es la actuación habitual de los profesionales sanitarios. El primer aspecto analizado son los protocolos de actuación de cribaje y diagnóstico, cabe destacar que el 80 por ciento de los participantes de AP afirmó que no existía protocolo para el manejo de la EAP en su centro, y por tanto la evaluación era una decisión profesional de cada médico. Este porcentaje fue del 55 por ciento en AH (Figura 1). Y es más, según los participantes en el estudio, de existir, este protocolo no suele aplicarse.

Detallando estos datos, en el caso de AP, el protocolo correspondía al ámbito interno del centro en un 64 por ciento de los casos, y en el caso de AH, a un 83 por ciento. Asimismo, el 17 por ciento de los médicos Primaria indicaron que este protocolo se aplicaba en su servicio totalmente, mientras que este porcentaje fue del 59 por ciento en el ámbito hospitalario, (figura 2)

Disgregando esta información, se ha podido observar que en aquellos centros en los que existe protocolo, en un 69 por ciento de los casos éste se basaba en alguna guía de práctica clínica (el 43 por ciento de los entrevistados mencionó la TASC y el 29.5



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Amelia Fernández Sierra

“Se puede ser más eficiente si nos organizamos mejor”

Amelia Fernández Sierra es la directora de la Unidad de Gestión Clínica Intercentros e Interniveles de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada. Para esta experta en Salud Pública la comunicación es sinónimo de transparencia. Desde su Unidad se potencia la creación de espacios comunes para compartir experiencias y “llegar a la homogeneidad de criterios en el tratamiento y la vigilancia de la población”. Así, considera que con este tipo de estructuras, entre otras cosas, “los profesionales se fortalecen”.

¿Cómo nació la Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada?

A principios de 2010 ya intuíamos que se avecinaba una Unidad y que nuestra evolución lógica era unirnos con los profesionales de Salud Pública de Primaria. Así que comenzamos a trabajar en esa idea. Construimos un proyecto los profesionales de Epidemiología y Medicina Preventiva con lo que entonces se denominaba centros, Hospital Clínico San Cecilio, Hospital Virgen de las Nieves, Distrito Granada y el Distrito Metropolitana de Granada.

¿Fue un proceso costoso?

Fuimos aunando esfuerzos. En mayo de 2010 firmamos y a finales de año se incorporó Baza y el Distrito Nordeste, junto con los técnicos de Promoción de la Salud algo más tarde. Así, hasta que a

finales de 2012 se unieron los profesionales de Salud Pública del Área de Gestión Sanitaria Sur. Sin embargo, la Unidad de Gestión nace oficialmente en enero de 2013.

¿Qué les llevó a esta unión que usted califica de natural?

La razón principal es la vigilancia de la salud en la población. Los epidemiólogos estaban trabajando en Atención Primaria y los Preventivistas en el Hospital. Cada uno hacía las cosas bien, pero sin comunicación suficiente y sin saber todo del otro. Eran las dos caras de la moneda que había que juntar.

Todos a una...

Algo así. Había que construir un espacio común con homogeneidad de criterios en atención y vigilancia de la población tanto dentro del hospital como en la comunidad. Con esta estructura considero que los profesionales se fortalecen y tenemos más conocimiento y valor. Somos más y por tanto podemos más.

En investigación se ha notado mucho, porque una persona que está en una comarca o en un hospital más alejado de la capital muchas veces no tiene medios de contacto con otros compañeros y se siente aislado. Ahora cualquier sanitario tiene la oportunidad de participar en una investigación, porque todos tenemos cosas que aportar. En los protocolos también ha sido fundamental. Hemos mejorado porque hemos puesto en común y tomado lo mejor. La experiencia de todos hace el global.

¿Como por ejemplo...?

En investigación se ha notado mucho, porque una persona que está en una comarca o en un hospital más alejado de la capital muchas veces no tiene medios de contacto con otros compañeros y se siente aislado. Ahora cualquier sanitario tiene la oportunidad de participar en una investigación, porque todos tenemos cosas que aportar. En los protocolos también ha sido fundamental. Hemos mejorado porque hemos puesto en común y tomado lo mejor. La experiencia de todos hace el global.

Pero mover el engranaje...

Estamos hablando de unos sesenta profesionales, más personal de administración, médicos preventivistas y epidemiólogos, enfermeras, residentes... Es cuestión de estar organizados y coordinados. En eso sí que hemos visto que no podemos fallar. Es que controlamos la vigilancia de toda nuestra población, las vacunas, las

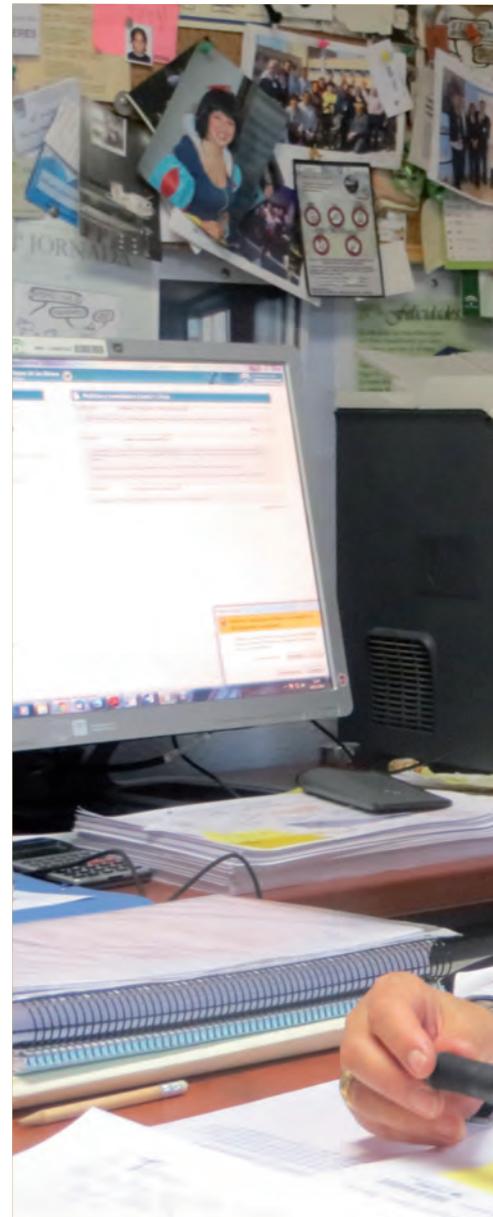


Figura 1

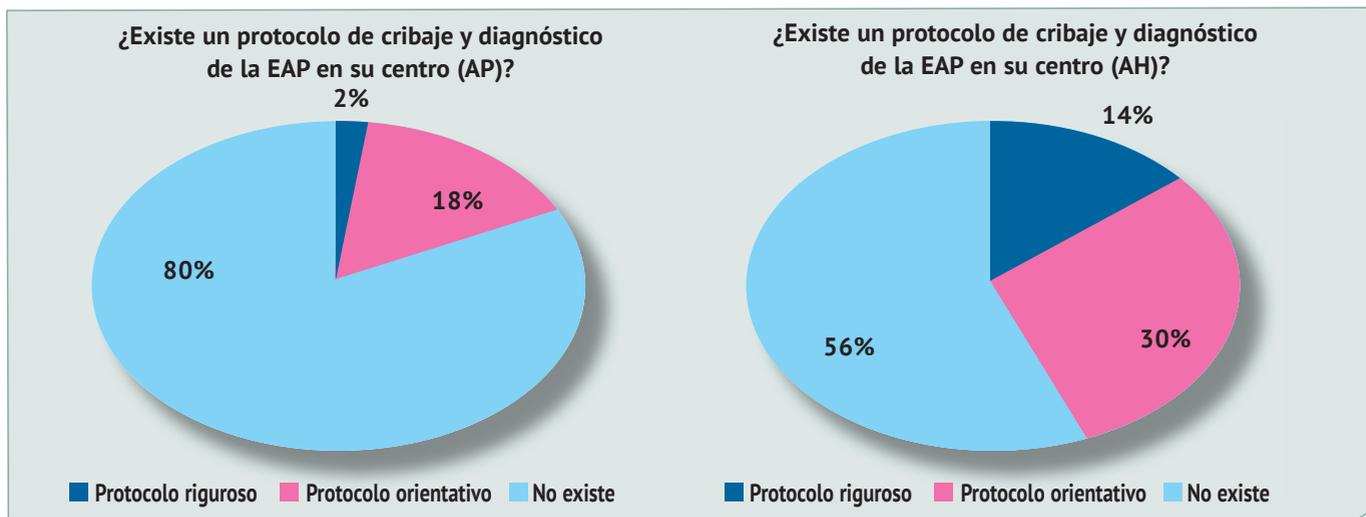
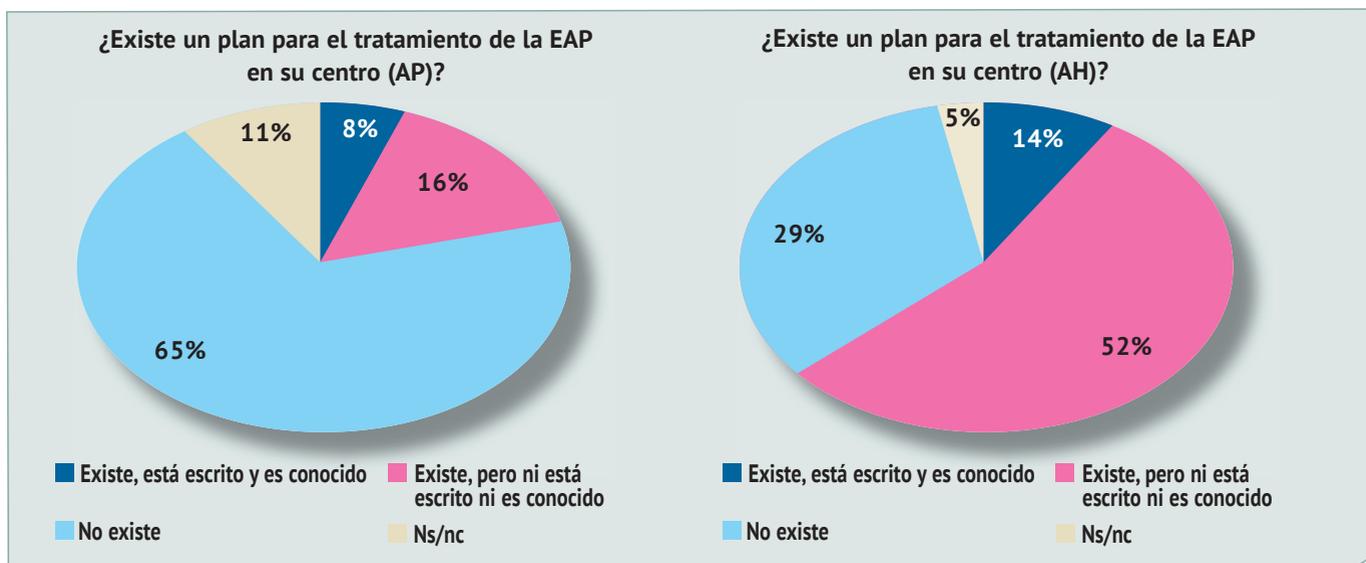


Figura 2



por ciento la de la SEACV). Asimismo, un 55 por ciento de los médicos manifestaron que en su centro existía protocolo indicaron que se aplicaba totalmente. Dándole una mayor perspectiva y analizando los dos niveles asistenciales por separado, el 17 por ciento de los médicos de AP frente al 59 por ciento de AH afirmaron que el protocolo se aplicaba totalmente ($p < 0,05$).

No son las únicas estadísticas a tener en cuenta, ya que también sería destacable reseñar que el 80 por ciento de médicos de AP realizaban el cribaje por decisión médica, frente al 55 por ciento de médicos de AH.

Al preguntar a los clínicos sobre los factores de riesgo de la patología, el 97 por

ciento indicó que el tabaquismo era un factor de riesgo alto para la EAP, y el 96 señaló que la diabetes también lo era. Si bien ambas eran dos claves a tener en cuenta, no eran las únicas. La dislipemia y la hipertensión fueron consideradas de riesgo medio.

Esta percepción de los factores de riesgo tiene sus variaciones según el nivel asistencial. De hecho, en un análisis más exhaustivo de los datos, en AH se le da una mayor importancia al tabaquismo y a la diabetes como factor de riesgo para la EAP, mientras en AP se prioriza la hiperhomocisteinemia y los antecedentes familiares, así como obesidad e hiperfibrinogenemia.

Otro punto clave del análisis debe pasar por

conocer cómo se realiza el diagnóstico. La primera idea es que la técnica más utilizada es la palpación de pulsos, la cual reconocieron utilizar el 89 por ciento de los médicos consultados. Si bien esta es la técnica más extendida, por supuesto no es la única en ser utilizada. Ordenándolas por porcentaje de mayor a menor, las más destacadas serían las siguientes: con un 80 por ciento el ITB Doppler; un 73 por ciento con eco-Doppler; un 66 por ciento con angioTAC y un 63 por ciento con Doppler arterial. Igualmente, aunque en menor porcentaje, se observó que un 38 por ciento de los médicos de AP y un 35 de los de AH realizaban la determinación del ITB con esfigmomanómetro.

Una vez más, no basta con conocer sólo los datos de una forma general, sino que resul-



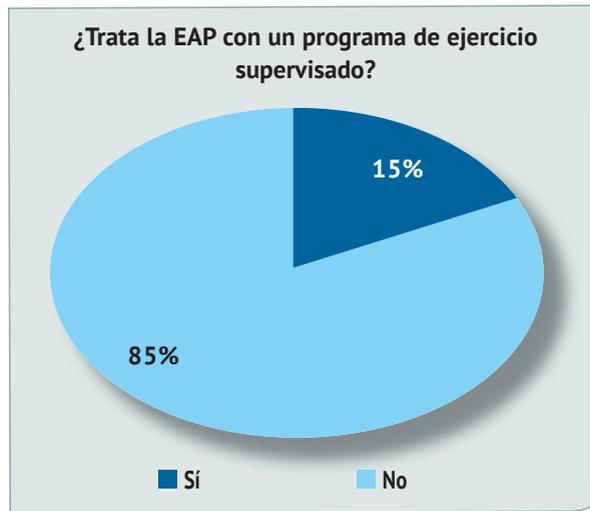
ta más interesante si buscamos hacer una comparativa. Así, volviendo a enfrentar los dos niveles asistenciales, se observa que un 61 por ciento de los médicos dijo utilizar la palpación de pulsos, mientras que a nivel hospitalario era el 96. Valorando las otras prácticas ya señaladas, un 50 por ciento de los profesionales de Primaria manifestó utilizar el ITB Doppler, mientras que a nivel hospitalario era el 87 por ciento, y un 38 por ciento del primer nivel asistencial declaró usar ITB esfigmomanómetro, mientras que a nivel hospitalario este porcentaje se reduce al 35 por ciento ($p < 0,05$). Las tablas de puntuación del riesgo cardiovascular eran utilizadas por un 20 por ciento de los médicos (48 por ciento de los médicos de AP frente a un 13 por ciento a nivel hospitalario).

Tratamiento y manejo

El estudio ha puesto de manifiesto que en la mayoría de centros no existía un plan de tratamiento para la EAP, y en los casos que si existía, su insuficiente conocimiento y su baja aplicación a la hora de abordar el tratamiento de la enfermedad. Así, cabe destacar que un 36 por ciento de los encuestados afirma que en su centro no hay un plan establecido para el tratamiento de la EAP, mientras que el 45 por ciento manifestó que lo hay pero que ni está escrito ni es conocido.

Uno de los resultados más relevantes está relacionado con el tratamiento aplicado. Concretamente, el 71 por ciento de los investigadores encuestados señalaron que, como máximo, un 60 por ciento de los pacientes que demandaba atención sanitaria en su servicio recibían tratamiento farmacológico para la prevención primaria de la EAP. Un porcentaje similar de pacientes recibía tratamiento para la prevención secundaria, y también a una proporción similar se le administraban antiagregantes.

Figura 3



Otro de los puntos analizados en el manejo de esta patología fue la necesidad o no de un plan de actividad física, un hecho que aunque parecería obvio, resulta no serlo tanto. Y es que, observando las encuestas, destaca que el 85 por ciento de los participantes en el estudio afirmaron que no trataban la EAP mediante un programa de ejercicios supervisado. Sin embargo, el 63 por ciento de médicos de AH y el 48 de AP matizaron que un plan de actividad física dirigida y supervisada en grupo era un recurso necesario para un manejo adecuado de la EAP. Esta proporción se invierte al considerar un plan de rehabilitación física y fisioterapia (el 65 por ciento de los médicos de AP frente al 49 de AH lo creen necesario) (figura 3).

En cuanto al uso de fármacos, el 58 por ciento los profesionales consultados manifestaron que más de un 60 por ciento de los pacientes que demandaban atención sanitaria por EAP en su servicio recibían tratamiento farmacológico con estatinas, mientras que el 57 afirmaron que más de un 60 por ciento recibían tratamiento farmacológico con antihipertensivos. Por último, un 74 por ciento de los participantes en el estudio declaró que menos del 60 por ciento de los pacientes con CI recibía tratamiento con cilostazol.

Comparación por áreas geográficas

Si bien el estudio MAPAD recoge las diferencias de abordaje de la enfermedad arterial periférica entre niveles asistenciales, no establece comparaciones entre comunidades autónomas debido a que el tamaño muestral en algunas de ellas no era suficientemente grande para que los resultados fueran significativos, por lo que los resultados del estudio se centran en una comparativa por áreas geográficas (Norte, centro y sur) del territorio español.

Uno de los aspectos que se ha podido valorar diferenciando por áreas geográficas ha sido sin duda el diagnóstico. Partiendo del conocimiento de las principales herramientas diagnósticas, resulta interesante ver cuáles se utilizan en cada territorio para reflexionar cuáles pueden ser los motivos para que existan diferencias entre las mismas.

Así, las conclusiones del Estudio MAPAD ponen de manifiesto que en el centro de España es menos frecuente el uso del angio-TAC, el Doppler arterial, el eco Doppler, la palpación pulsos y la resonancia magnética. En contrapartida, en el norte es más habitual el angio-TAC, el eco-Doppler, la palpación pulsos, la resonancia magnética y el tobillo-brazo Doppler. Por último, en el sur la tendencia es el uso mayoritariamente del Doppler arterial.

Otro dato a destacar es que en el norte las tablas Score son menos utilizadas en que el resto de España. Por otro lado, el 90 por ciento de investigadores del norte señalaron que tenían recursos mejorados o completos, frente al 68 por ciento del centro, y al 76 de los profesionales que ejercen en el sur. ■

Caminar es vivir

MANEJO DE **PLETAL** EN EL PACIENTE CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Pauta de dosificación:

Posología recomendada:

Pletal 100 mg - 2 veces/día

En pacientes que utilizan inhibidores potentes del CYP34A o CYP2C19 es aconsejable reducir la dosis a:

Pletal 50 mg - 2 veces/día

PLETAL DEBE TOMARSE:

30
MINUTOS

ANTES DEL
DESAYUNO Y
DE LA CENA

Reembolsable
por el S.N.S.

Pletal 50 mg
comprimidos
CILOSTAZOL

56 comprimidos
Vía oral

Pletal 100 mg
comprimidos
CILOSTAZOL

56 comprimidos
Vía oral

Otsuka

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8 de su Ficha Técnica, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica



Alto rendimiento



Presencial



IMPRESO

Online

Comunicación



EQUIPO

Médicos



Enfermería



Taller

Farmacia

Gestores

Web 2.0



CONFLICTOS



Programa Avanzado



Programa Superior



Farmacoeconomía

Máster



Liderazgo



Tiempo





La plataforma de biomarcadores en cáncer unificará criterios de actuación para trabajar en red

José Palacios Calvo

Coordinador por parte de la Sociedad Española de Anatomía Patológica de la Plataforma de Biomarcadores en Cáncer

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos Luis Domingo



La plataforma de biomarcadores en cáncer unificará criterios de actuación en los hospitales para trabajar en red

El uso de biomarcadores en Oncología ha crecido considerablemente en los últimos años y ya son varios tumores los que cuentan con mutaciones que predicen la respuesta al tratamiento. Por eso, la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) llevan años trabajando de forma conjunta en una plataforma de biomarcadores en cáncer, en la que se dispondrá de información valiosa desde el punto de vista asistencial, de investigación y epidemiológico.

pulmón y en este tumor también las translocaciones de la ALK y en melanoma las mutaciones de BRAF. De todos estos que el oncólogo utiliza, son objeto de la plataforma todos menos HER2 en cáncer de mama y gástrico porque son determinaciones que ya están avaladas por el uso durante mucho tiempo. Sin embargo, con el resto de biomarcadores algunos hospitales han tenido problemas con su implantación y esperamos que se puedan solventar.

¿Cuántos hospitales forman parte de la plataforma?

Se han identificado que aproximadamente 70 hospitales están haciendo diagnóstico molecular de una o varias de estas pruebas, pero hay otros 200 o 250 centros, tanto públicos como privados, que aún no los tenemos bien definidos y que son solicitantes de biomarcadores. Nosotros queremos establecer una plataforma o una red en la que se integren todos los hospitales, bien los que sean solicitantes de la prueba, que no tienen los medios para realizarla; otros que hagan determinaciones para su uso interno y otro tercer grupo que hacen determinaciones propias y para otros. El objetivo es que se trabaje en red.

¿En qué consiste la plataforma de Biomarcadores en Cáncer desarrollada de forma conjunta por la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)?

Es un proyecto que está en marcha desde hace unos años y que esperamos que falte poco para que vea la luz. Tratamos de organizar una red de centros que hacen diagnóstico molecular de marcadores predictivos en cáncer con carácter asistencial, de forma que todos los centros que participan en dicho proyecto puedan compartir la información. Es decir, el número de casos, las pruebas que se realizan, los resultados de las determinaciones, cómo se hacen las pruebas...

¿Qué tipo de determinaciones se hacen?

Los marcadores que en la actualidad se utilizan en tumores sólidos y que tienen un papel predictivo. Según los resultados de estos biomarcadores, el oncólogo pone un determinado tratamiento. Hoy por hoy, disponemos de los siguientes: HER2 en cáncer de mama y gástrico; KRAS y NRAS en colorrectal, EGFR en cáncer de



¿Cuál es el papel de las dos sociedades científicas implicadas en este proyecto?

Desde la SEAP y desde la SEOM queremos que esto funcione de forma conjunta, porque ya hay antecedentes de hospitales que lo están haciendo de forma individual. La implantación de las pruebas se está haciendo de forma no homogénea y queremos que haya unas pautas comunes.

¿Cuáles son los antecedentes de la determinación de biomarcadores en cáncer?

Tenemos que tener en cuenta que en este proceso han ayudado mucho las compañías farmacéuticas, porque son los proveedores del fármaco y están interesados en

que se haga la determinación, ya que dependiendo de ésta se administra o no un determinado tratamiento. Existen plataformas similares a la nuestra, pero son fragmentadas; es decir, enfocadas a la determinación de unas mutaciones concretas, que son las que han nacido al amparo de las compañías farmacéuticas para dar cobertura a una necesidad que existía. Una vez que se han puesto en marcha diferentes iniciativas de distintas empresas, pensamos que es hora de aunar esos esfuerzos en una plataforma única.

¿Qué ventajas presenta esa plataforma única?

Integrar la información de todos los hospitales que participan. De esta forma, podemos disponer de unos datos que tienen una gran importancia desde el punto de vista clínico, de investigación, epidemiológico y de temas de salud. Por ejemplo, podremos saber cuántos cánceres están siendo testados o evaluados y el tratamiento que se sigue con cada uno de ellos. Disponer de información común es relevante para el sistema nacional de salud, para los propios hospitales y para los proveedores de fármacos. A veces no se sabe la frecuencia real con que una determinada mutación está en el contexto de nuestra población y son cuestiones importantes desde un punto de vista asistencial, epidemiológico y de investigación.

¿Cómo es la coordinación entre los especialistas implicados en el proyecto?

Cuando un oncólogo va a prescribir un fármaco tiene que pedir las pruebas de

determinación de la mutación. Éstas suelen hacerse en los servicios de Anatomía Patológica, no en el 100 por cien de los casos, ya que en algunos centros hay otros servicios implicados, como pueden ser los de Oncología, Bioquímica o Genética. Aunque en el 70 o en el 80 por ciento de los hospitales españoles la determinación se hace en los servicios de Anatomía Patológica.

¿Hay una colaboración real?

Sí, hay una colaboración asistencial, propia del día a día. A partir de aquí y desde hace

cinco años la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica empezaron a trabajar de forma conjunta en la elaboración de guías de consenso y recomendación en torno al uso y determinación de biomarcadores como una actividad meramente informativa para poder trabajar de forma conjunta.

¿Cómo se ha dado el paso para poner en marcha la plataforma?

En estos años de trabajo conjunto realizamos una encuesta para ver cómo estaba

la determinación de biomarcadores en España y se pusieron de manifiesto muchas cuestiones,

tales como que había plataformas promovidas por compañías farmacéuticas y que había un cierto nivel de fragmentación en éstas. También se vio que no había accesibilidad a las pruebas en todos los centros y que había que tomar una actitud más activa sobre todo en los controles de calidad. Todo esto nos llevó a las dos sociedades a pensar que la forma

Tratamos de organizar una red de centros que hacen diagnóstico molecular de marcadores predictivos en cáncer con carácter asistencial, de forma que todos los centros que participan en dicho proyecto puedan compartir la información

Existen plataformas similares a la nuestra, pero son fragmentadas



5 MÓDULOS

MÓDULO 1,2 y 4
4,8 CRÉDITOS
MÓDULO 3 y 5
7,4 CRÉDITOS

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

7,4 CRÉDITOS

idónea de abordar la cuestión era promover una plataforma única para aunar esfuerzos y empezar funcionar de forma coordinada.

¿Cuál es la forma de trabajar en esta plataforma?

Se empezó a elaborar el proyecto, se formó un comité ejecutivo paritario entre oncólogos y patólogos. Pilar Garrido, presidenta de la SEOM, y yo, por parte de la SEAP, llevamos a cabo las labores más del día a día de coordinación del comité ejecutivo. También se han puesto en marcha grupos de trabajo paritarios entre ambas sociedades para analizar cuestiones técnicas y logísticas y cómo se va a organizar esta plataforma en una web donde se haga toda la gestión de la información y de la muestra. Además, se ha constituido otro grupo de trabajo que está analizando los criterios técnicos de los centros que hacen las determinaciones para ver qué los centros cumplen los requisitos de calidad. No nos podemos olvidar del grupo de trabajo que se dedica a los aspectos legales que se centran en todos los puntos de la puesta en marcha de la plataforma, la creación de una fundación de ambas sociedades, qué tipo de información se puede publicar...

¿Cómo se coordina todo este trabajo con FACME?

Es un proyecto muy complejo en el que hay que aunar a patólogos y oncólogos y las iniciativas de todos los centros que ya están trabajando en la determinación de biomarcadores en cáncer. La plataforma ofrece un valor añadido. Tenemos un proyecto muy completo y ahora es el momento de tomar iniciativas y presentarlo en el contexto de FACME, que reforzará este trabajo en común. No nos podemos olvidar que aún se trata de un proyecto que está en su estructura ya conformado, pero que aún faltan algunos flecos y queda el paso de ponerla en marcha. En este sentido es fundamental ir de la mano de FACME, ya que es un proyecto conjun-



to de las dos sociedades dentro de su entorno.

¿Qué especialidades podrían participar en la plataforma?

Es una iniciativa que es abierta. Como hemos comentado en algunos hospitales las determinaciones se hacen en otros servicios. Para ponerlo en marcha hemos trabajado en común las dos sociedades que están más involucradas en las determinaciones de biomarcadores. Veíamos que operativamente era más fácil ponerla en marcha las dos sociedades, pero una vez que tenemos una estructura, a través de FACME puede abrirse a otras sociedades.

¿Tienen el apoyo de las autoridades sanitarias?

Con el ministerio hemos tenido conversaciones para hablar del proyecto. Pri-

mero se le presentó la iniciativa, ya que en España habría que dar una respuesta al problema de la determinación de biomarcadores de una forma global, tal y como se está haciendo en Francia. Nos escucharon con atención y no parece probable que el ministerio pueda tomar la iniciativa para poner en marcha una plataforma de este tipo, teniendo en cuenta el papel de las comunidades en la prestación de la asistencia. De todas formas, el ministerio está puntualmente informado de que nuestra plataforma tiene como base fundamental crear una red de centros que comparta la información de biomarcadores.

¿Se puede integrar la plataforma en la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud?

Desde el Ministerio se nos pidió que este tipo de iniciativa se referenciara dentro de la estrategia en cáncer puesta en marcha hace unos años. Siempre que la iniciativa se adapte a las estructuras habituales están de acuerdo en que podamos tener una red que obtenga información y la pueda compartir. Al ser un tema asistencial, también hablaremos con las comunidades autónomas para hacerlas partícipes de la iniciativa. Nosotros lo que hacemos como sociedades científicas es coordinar en una sola estructura plataformas que ya estaban en marcha. Queremos aunar lo que ya hay. Estamos pendientes de un marco global de colaboración en el que se tuviera en cuenta que las sociedades están abordando este proyecto ■

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





cie



La
verdad
en la
●
necia
y su fecha de caducidad

Texto | Silvia C. Carpallo



La vida media de una verdad científica en Medicina es de 50 años. Después de este periodo se considera que la mitad del conocimiento que estaba aceptado como cierto ha sido refutado. Sin embargo, en otras disciplinas científicas, como en Física, el periodo es menor, 13 años, o 9 si hablamos de Economía o Matemáticas, incluso 7 en el caso de la Psicología.

Grandes científicos de renombre, como el divulgador Eduard Punset, el Premio Nobel Robin Warren, o el matemático fellow en el Institute for Quantitative Social Science de la Harvard University Samuel Arbesman han debatido sobre si las verdades científicas tienen fecha de caducidad. Junto a ellos estaban también otros expertos como neurólogos, biólogos, estadísticos e incluso periodistas en una jornada organizada por la Universidad Francisco de Vitoria. Las conclusiones que extraían los mismos se resumían en que es mejor hablar de hechos, sabiendo que estos serán cambiantes según avance la ciencia, y no de grandes verdades, que sólo llevan al dogmatismo que impide el verdadero movimiento, razón última de la ciencia en realidad.

Robin Warren, premio Nobel de Medicina y Fisiología 2005, era además investido doctor “honoris causa” por la UFV, horas antes de este encuentro. El profesor Warren es conocido por desmontar la idea de que ninguna bacteria podría sobrevivir en los ácidos del estómago, lo que resultó clave para tratar las úlceras pépticas y las gastritis, y lo que es un ejemplo de que hay verdades científicas que con el tiempo se demuestra que no eran del todo ciertas. Era por eso que Warren afirmaba que “es mejor que los científicos hablen de hechos y no de verdades”, puesto que “los científicos buscan teorías que encajen con los hechos, pero van evolucionando según avanzamos”, dejando el concepto “verdad” para estudios más filosóficos. Asimismo concluía que “las teorías se acercan a algo pero nunca sabremos si es una verdad absoluta”, y de hecho, a toda teoría, siempre se le concede un 5 por ciento de margen de error.

En el caso de Robin Warren pudo observarse, además, como el mundo científico tardó mucho tiempo en aceptar su nuevo

hallazgo. Tal y como explicaban en esta reunión, “la bacteria era como el elefante en la habitación que nadie quería ver”. De hecho, uno de los grandes problemas es que hay hechos que se aceptan como dogmas, y es muy difícil poder convencer a la propia sociedad científica de los mismos.

Los hechos cambian pese al dogmatismo científico

Hablando de la dificultad de hacer entender a la sociedad los nuevos hallazgos científicos, y de cómo muchas veces suponen el rechazo por parte del propio mundo científico, Punset enunciaba una paradoja, y es que el hecho de no estar solos en la

ciencia ha supuesto en sí un dogma. “Se consideraba que el sabio, el que sabía, estaba sólo”, sin embargo, ahora se ha demostrado que “son mejores descubridores de conocimientos los que trabajan con los demás, que los que están solos”.

Lo cierto es que los hechos que conocemos hoy, de forma radical o quizás más evolutiva, van cambiando, ajustándose, según la ciencia descubre más partes del conjunto total de la verdad. “En ciencia hay más verdades inciertas que en el resto del conocimiento”, apuntaba Punset, que insistía en que la Tierra no era plana, pero tampoco redonda, sino ovoide. Pero en los anteriores casos, esas dos ideas se consolida-



ron como una gran verdad, un dogma científico que costó desechar para abrir paso a una nuevo pensamiento.

De hecho, hay muchas verdades que han dejado de serlo. Por ejemplo, se creía que en los últimos 500 años se habían extinguido un total de 187 especies, y luego se descubrió que un tercio de las mismas aún existían. Se descubren nuevos elementos en la tabla periódica, el número de asteroides se duplica cada diez años, etc.

“Son hechos científicos que se dan por supuestos, hasta que se descubre algo nuevo, y el paradigma cambia”, aportaba Samuel Arbesman, que participaba en el debate por videoconferencia. Precisamente en línea a esta crítica del dogmatismo científico, Punset insistía en que “este es un país muy dogmático, que es la antítesis de la ciencia”, explicando

que además, “no hubo revolución científica en España”.

Ese era otro de los puntos clave del debate, diferenciar entre “revolución” y “evolución”, es decir, entre entender que los hechos científicos evolucionan lentamente, o si se producen grandes revoluciones de paradigmas. En este sentido, Punset reflexionaba recordando que aún están por asumir grandes cambios como “el poder infinito, y recientemente descubierto, sobre la capacidad para cambiar la estructura genética de los individuos, que supone un poder desconocido hasta ahora para alterar todo lo que existía tal como lo conocíamos”.

Las verdades en Medicina

Dejando de hablar de la ciencia en general, y centrándose en el campo de la Medicina en particular, la intervención de Fernando Caballero, médico y decano de la Facultad de Medicina-UFV, se centraba en explicar que la Medicina, pese a tener “hechos” con una mayor supervivencia, era una de las ciencias más inexactas. Esto era así ya que, como Caballero explicaba, “se trata de una ciencia con una tremenda variabilidad científica”, ya que estudia sujetos que nunca pueden ser iguales entre sí y, por tanto, los resultados dependerán siempre de esa interindividualidad. Tal y como explicaba el experto, “no es como estudiar una barra de platino reproducible”, sino que cada sujeto se diferencia genéticamente entre sí, pero también desarrollará de forma diferente según su estilo de vida, dónde habite, etc. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que se trata de una información promedio, cuyos resultados dependerán de la aplicación en la misma en cada individuo.

Igualmente, tal y como aportaba Arbesman, “es muy difícil predecir de antemano lo que va a ocurrir, al igual que en ciencia es muy difícil prever qué nuevos descubrimientos se van a hacer”, por lo

que es un factor a tener en cuenta y para estar abiertos ante nuevos descubrimientos o propuestas.

Por su parte, el premio Nobel opinaba que “se trata de una ciencia totalmente inexacta, explicando que el objetivo no debe ser tanto el de “refutar”, como el de “afinar” teorías, puesto que cada vez tenemos más información.

Hablando de esa idea de tener cada vez más datos y más conocimientos, Robin Warren explicaba que es muy difícil que el conocimiento que un hombre como él ha ido absorbiendo en toda una vida, “un estudiante lo aprenda todo en sólo 5 años”.

Precisamente a raíz de esta idea, Fernando Caballero hablaba del último punto clave del debate, la “obesidad informativa”, para la cual también “es recomendable que nos pongamos a dieta”. En esta misma idea incidía el divulgador científico Eduardo Punset, que explicaba que “el gran problema es que no estamos formados para tratar la inmensa cantidad de información que se nos viene encima”.

En este sentido el moderador recordaba algunos datos como que se ha doblado el número de universidades, que cada 15 años se duplica el número de publicaciones científicas, o que si desde el principio de la humanidad hasta 2003 se habían acumulado 5 exabytes de información, actualmente se produce un exabyte casi cada día.

Por lo tanto, la idea pasa porque no sólo seamos capaces de desechar los hechos que resultan no ser ciertos, y abriarnos hacia nuevos paradigmas o hacia teorías más afinadas, sino que en los tiempos que corren, donde los datos que creamos, recibimos e intercambiamos se han multiplicado de manera casi incalculable, seamos capaces de procesar toda esa información para traducirla a conocimiento real que podamos ir absorbiendo poco a poco ■

En ciencia hay más verdades inciertas que en el resto del conocimiento





inst

La
antánea
médica



Realizan una operación de cáncer de páncreas en España asistida con 'Google Glass'

Los cirujanos de la Clínica La Luz Enrique Moreno y Adelardo Caballero han intervenido con éxito a una paciente con cáncer de páncreas con la asistencia de las gafas de Google, en la que constituye la primera intervención de este tipo en España con este dispositivo interactivo y conectado a Internet. Las 'Google glass' les permitieron grabar la intervención y consultar 'in situ', a través del propio dispositivo, las pruebas clínicas preoperatorias sin necesidad de otro tipo de sistemas o de soporte físico. El doctor Caballero, experto en cirugía digestiva, fue el encargado de utilizar las 'Google Glass' durante gran parte de la cirugía con el fin de aprovechar las capacidades de este adelanto tecnológico en beneficio de la paciente. Por su parte, el doctor Moreno, especialista de prestigio mundial en el ámbito del aparato digestivo, explicó al término de la intervención que "las Google Glass



constituyen un dispositivo excelente para mejorar la técnica quirúrgica". El doctor Adelardo Caballero mostró también su satisfacción por el uso de las gafas interactivas, que se conectan vía 'wifi' a un ordenador remoto al que se pueden remitir las imágenes grabadas o donde otro especialista puede ver la intervención a distancia en tiempo real y participar en la toma de decisiones, ya que está viendo exactamente lo mismo que el doctor que está interviniendo al paciente en ese momento. "Otra de las ventajas para nosotros es que, en caso de necesidad y mediante unas simples órdenes de voz, podemos entrar en un menú y ver ante nuestros propios ojos las imágenes de diagnóstico y las pruebas preoperatorias, sin necesidad de retirarnos de la mesa de operaciones o de quitar la vista de encima al paciente", explica el doctor Caballero ■



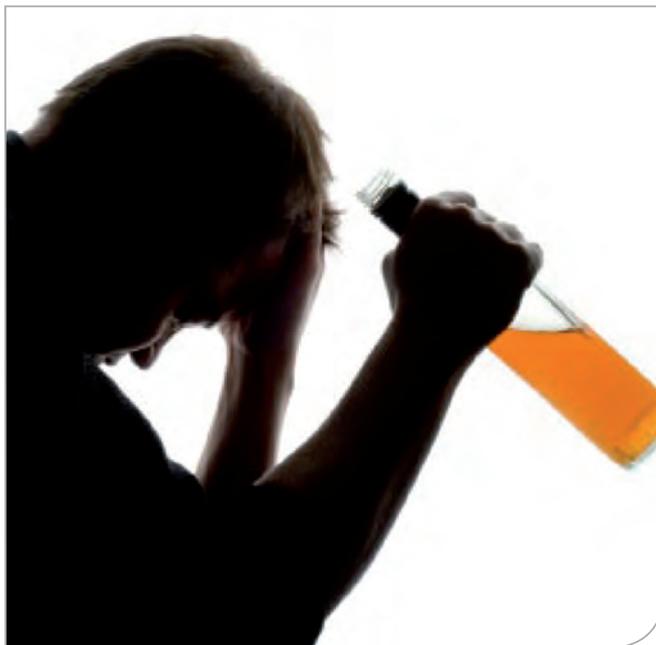
Desarrollan un método computacional que detecta alteraciones genéticas responsables del cáncer

El grupo de genómica computacional del Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS) ha desarrollado un nuevo método computacional capaz de detectar de forma sencilla, rápida y precisa las alteraciones genéticas responsables de la aparición y progresión de tumores, ha explicado el líder del equipo, David Torrents. El hallazgo, bautizado como Smufin y publicado en la revista 'Nature Biotechnology', es capaz de analizar el genoma completo de un tumor y detectar sus mutaciones en pocas horas, y además de localizar alteraciones que hasta el momento permanecían ocultas incluso con métodos que requerían el uso de supercomputadores durante semanas. Smufin supone un "avance hacia la medicina personalizada, en la que el análisis del genoma de cada paciente facilitará su diagnóstico de forma más rápida y precisa", lo que permitirá el desarrollo y la aplicación de tratamientos personalizados más eficaces y menos agresivos que los actuales. Hasta ahora no se ha podido incluir el análisis computacional del genoma en la sanidad pública porque los sistemas existentes "eran muy lentos, de hasta una semana de espera, y muy caros", algo que cambia por completo el nuevo sistema Smufin. Una de las principales novedades de Smufin es que supone un cambio radical en el método de análisis de genomas: hasta ahora, la identificación de mutaciones responsables de los tumores se basaba en la comparación de genomas del tumor con otros de células sanas del mismo paciente, a través de un genoma humano de referencia que se usa como guía. El nuevo método, que también se puede aplicar a otras enfermedades de origen genético, estará al alcance de

todos los grupos de investigación que lo requieran de forma gratuita, con el objetivo de que puedan estudiar los genomas de sus pacientes de una forma que antes no les era accesible ■

Simultanear el tratamiento del VIH y la hepatitis C resulta más eficaz para combatir ambas infecciones

Una investigación con participación española ha observado que el tratamiento simultáneo contra el VIH y la hepatitis C aumenta el éxito en la lucha contra ambas infecciones y aminora el daño hepático, según los resultados de un trabajo publicado en la revista 'Science Translational Medicine'. En el trabajo ha colaborado el profesor de la Universidad Pontificia de Comillas ICAI-ICADE Mario Castro, y en concreto han visto que la infección simultánea debe ser detectada de manera temprana y tratada lo antes posible con antivirales contra el VIH para aminorar el daño hepático. De ese modo, pasada la primera semana en la que prolifera el VHC, el sistema inmune reacciona contra la enfermedad hepática y tiene un efecto beneficioso frente a las dos infecciones. "El problema se agrava cuando la infección es conjunta. Las estimaciones hablan de entre de ocho y nueve millones de enfermos en esta situación en todo el mundo", señala el investigador. Sin embargo, a partir de técnicas de análisis de causalidad estadística basadas en los datos han revelado la hipótesis de que el tratamiento contra el VIH exacerba la proliferación del virus de la hepatitis C y provoca daño hepático inmediato en los pacientes. A pesar de ello, a largo plazo la estimulación provocada por la exacerbación de la población del VHC reduce la carga infecciosa de ambos virus aunque, en realidad, es el sistema inmune el que acaba con la hepatitis ■



Menos del 10 por ciento de alcohólicos reciben tratamiento en España

Menos del 10 por ciento de los afectados por dependencia alcohólica reciben tratamiento en España, de ellos un 70 por ciento presentan reducción del número de días de consumo y una mejoría de la salud percibida a los 6 meses, aunque las recaídas son frecuentes, según han destacado en el marco del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). El alcohol es la droga más consumida en España y es, de entre todas, sobre la que se tiene menos percepción de riesgo sobre la salud. Así, la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2011-2012) indica que el 62 por ciento de la población había consumido alcohol en los últimos 30 días y que el 42 por ciento de los hombres y el 23 por ciento de las mujeres entre 15 y 34 años se habían emborrachado en el último año. "Es especialmente preocupante el patrón de consumo de grandes cantidades de alcohol en periodos cortos de tiempo entre los adolescentes, tanto en hombres (23 por ciento) como en mujeres (20 por ciento)", el doctor Rafael Monte Secades, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo y ponente en el Congreso. "Además el inicio del consumo de alcohol durante la adolescencia, que en España se sitúa en los 16 años, se asocia a un mayor riesgo de sufrir sus consecuencias negativas sobre la salud en la vida adulta, incluyendo la dependencia del alcohol", añade ■

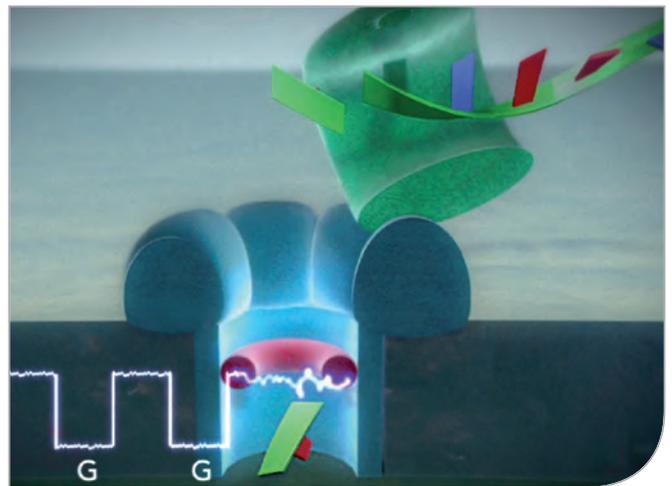


En un beso se transfieren 80 millones de bacterias

Nada menos que 80 millones de bacterias se transfieren durante un beso de diez segundos de duración, según un estudio publicado en la revista de acceso abierto 'Microbiome'. Los autores de la investigación también comprobaron que las parejas que se besan al menos nueve veces al día comparten comunidades similares de bacterias orales. El ecosistema de más de cien billones de microorganismos que viven en nuestro cuerpo, el microbioma, es esencial para la digestión de los alimentos, la síntesis de nutrientes y la prevención de la enfermedad. Se forma por la genética, la dieta y la edad pero también por las personas con las que interactuamos. Los resultados del estudio mostraron que cuando las parejas se besan íntimamente a relativamente altas frecuencias su microbiota salival se vuelve similar. El autor principal del trabajo, Remco Kort, del Departamento de Microbiología y Biología de Sistemas de TNO y asesor del Museo de Microbios Micropia, explica: "El beso íntimo que implique contacto completo con la lengua y el intercambio de saliva parece ser un comportamiento de cortejo exclusivo de los humanos y es común en más del 90 por ciento de culturas conocidas". En un experimento controlado de besos para cuantificar la transferencia de bacterias, un miembro de cada una de las parejas tomó una bebida probiótica que contiene variedades específicas de bacterias, incluyendo 'Lactobacillus' y 'Bifidobacteria'. Después de un beso íntimo, los investigadores encontraron que la cantidad de bacterias probióticas en la saliva del receptor se triplicó y calculan que se transfirieron un total de 80 millones de bacterias durante un beso de diez segundos ■

Convierten el genoma bacteriano en "grabadoras de datos"

Ingenieros del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), en Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos, han convertido el genoma de la bacteria 'E. Coli' en un dispositivo de almacenamiento de memoria a largo plazo. Estos expertos prevén que esta memoria estable, regrabable y fácil de recuperar será muy adecuada para aplicaciones como sensores para la vigilancia ambiental y médica. La nueva estrategia, que se describe en la revista 'Science', supera varias limitaciones de los métodos existentes de almacenamiento en los genomas de bacterias, según Lu, autor principal del documento. Lu y Fahim Farzadfard, autor principal del artículo, se propusieron crear un sistema de almacenamiento de memoria analógica, que puede revelar la cantidad de exposición que hubo o cuánto tiempo duró. Para ello, diseñaron una "grabadora genómica" que permite a los investigadores escribir nueva información en cualquier secuencia de ADN bacteriano. Para programar la bacteria 'E. Coli' para el almacenaje, los investigadores del MIT fabricaron células productoras de una enzima recombinasa, que pueden insertar ADN o una secuencia específica de ADN de una sola hebra en un sitio diana. Una vez que se registra la exposición a través de este proceso, se almacena durante el tiempo de vida de la población bacteriana y se transmite de generación en generación. Las aplicaciones de este tipo de sensor incluyen la supervisión del océano para ver los niveles de dióxido de carbono,



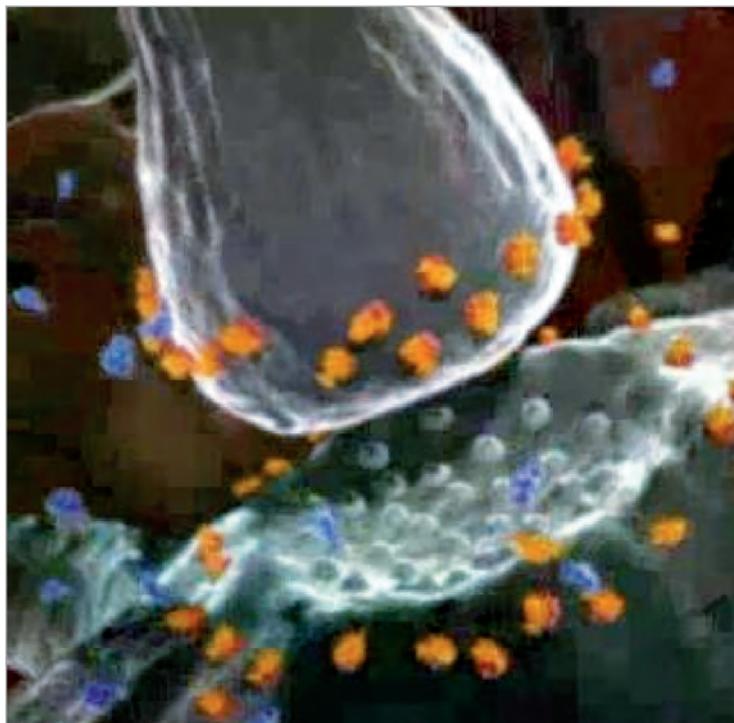
ácidez o contaminantes. Además, las bacterias podrían ser diseñadas para vivir en el tracto digestivo humano con el fin de controlar la ingesta dietética de una persona, como la cantidad de azúcar o la grasa que consume, o para detectar la inflamación de la enfermedad del intestino irritable ■

El ébola no debe hacer olvidar la lucha contra la malaria

La directora del centro Roll Back Malaria Partnership (RBM) y destacada experta en el control de la enfermedad, Fatoumata Nafo Traoré, ha denunciado que la crisis del ébola está poniendo en peligro la contención de la malaria. En 2012, la malaria mató a 7.000 personas en los



tres países más afectados en la actualidad por el ébola. "Estamos muy preocupados ante la posibilidad de que el ébola cause un revés en los esfuerzos para luchar contra la malaria", ha explicado. La enfermedad causó casi 4.000 muertes en Sierra Leona, unas 2.000 en Liberia y, aproximadamente, 1.000 personas perdieron la vida en Guinea en 2012, justo los tres países más afectados por el virus del ébola en África Occidental. "Estos países han estado previamente afectados por la malaria y desde hace cinco años las muertes se han duplicado. Todos estamos de acuerdo en que ningún niño debería morir de malaria, porque tenemos las herramientas para prevenir y tratarla y porque se puede curar, pero ahora, como es comprensible, la atención de todos los trabajadores de la salud está en el ébola", ha asegurado. "Los centros de tratamiento de ébola tienen un protocolo para abordar los casos de fiebre con medicamentos contra la malaria debido a que el paciente puede estar sufriendo ambas enfermedades. Pero en el momento en que las personas tienen fiebre, a menudo tienen miedo de ir a los centros de salud porque quieren evitar el ébola", ha dicho ■



La OMS recomienda hacer más accesible la naloxona para evitar miles de muertes por sobredosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que cada año podrían evitarse más de 20.000 muertes solo en Estados Unidos si la naloxona, usada para combatir la sobredosis de opioides y algunas drogas, estuviera más disponible. La naloxona es un medicamento genérico usado para contrarrestar las sobredosis de heroína y fármacos opioides prescritos por muchos médicos como la hidrocodona, la oxycodona, la codeína y el tramadol, habitualmente indicados para tratar dolores crónicos no cancerígenos como el causado por problemas de espalda, pese a que tienen un fuerte componente adictivo, ha reconocido Nicolas Clark, experto de la OMS. De hecho, este organismo de Naciones Unidas ha reconocido que cada año mueren unas 69.000 personas por sobredosis de heroína u otros opioides y en países como Irán, Rusia o China hay un gran número de adictos a estas sustancias. La mayoría de las sobredosis se producen porque los pacientes calculan mal la cantidad de medicamento a utilizar o por su propia tolerancia al opioide, y durante el fallecimiento suele estar presente un familiar que, si pudiera administrar la naloxona, podría salvarlo, comentó Clark. Anteriormente, el uso de la naloxona estaba limitado a la necesidad de inyectarla, pero los últimos avances han permitido desarrollar un 'spray' nasal, eficaz después de 2 a 3 minutos y sin efectos secundarios ■

▼Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas. 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Pletal 50 mg comprimidos Pletal 100 mg comprimidos. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Un comprimido contiene 50 mg de clostazol. Un comprimido contiene 100 mg de clostazol. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección Lista de excipientes. FORMA FARMACÉUTICA Comprimido. Comprimidos blancos, redondeados y con una cara plana, con el texto «OG31» grabado. Comprimidos blancos, redondeados y con una cara plana con el texto «OG30» grabado. DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas Pletal está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II). Pletal está indicado para el tratamiento de segunda línea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluidos abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los síntomas de claudicación intermitente. Posología y forma de administración Posología La dosis recomendada de clostazol es de 100 mg dos veces al día. Debe tomar el clostazol 30 minutos antes del desayuno y la cena. Se ha demostrado que la administración de clostazol con las comidas aumenta las concentraciones plasmáticas máximas (C_{max}) de clostazol, lo que podría estar asociado con un incremento de la frecuencia de las reacciones adversas. Clostazol se debe iniciar por médicos con experiencia en el manejo de la claudicación intermitente (ver también sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). El médico debe volver a evaluar al paciente después de 3 meses de tratamiento con el objeto de interrumpir el tratamiento con clostazol si se observa un efecto inadecuado o no se han mejorado los síntomas. Para reducir el riesgo de acontecimientos cardiovasculares, los pacientes que estén en tratamiento con clostazol deben continuar con las modificaciones en su estilo de vida (abandono del tabaquismo y ejercicio), así como con sus intervenciones farmacológicas (como por ej., reducción de lípidos y tratamiento antiplaquetario). Clostazol no es un sustituto de dichos tratamientos. Se recomienda la reducción de la dosis a 50 mg dos veces al día en pacientes que estén en tratamiento con medicamentos inhibidores potentes del CYP3A4, por ejemplo, algunos macrólidos, antifúngicos azólicos, inhibidores de la proteasa, o medicamentos inhibidores potentes del CYP2C19, por ejemplo omeprazol (ver secciones Advertencias y precauciones especiales de empleo e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Pacientes de edad avanzada No hay ningún requisito especial de la dosis para pacientes de edad avanzada. Población pediátrica Aún no se han establecido la seguridad y la eficacia en la población pediátrica. Pacientes con insuficiencia renal No es necesario realizar ningún ajuste de la dosis en pacientes con un aclaramiento de creatinina > 25 ml/min. El clostazol está contraindicado en pacientes con un aclaramiento de creatinina ≤ 25 ml/min. Pacientes con insuficiencia hepática No es necesario realizar ningún ajuste de la dosis en pacientes con hepatopatía leve. No se dispone de datos sobre pacientes con insuficiencia hepática entre moderada y grave. Dado que el clostazol es ampliamente metabolizado por las enzimas hepáticas, está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave. Contraindicaciones Hipersensibilidad al clostazol o a alguno de sus excipientes incluidos en la sección Lista de excipientes. Insuficiencia renal grave: aclaramiento de creatinina ≤ 25 ml/min. Insuficiencia hepática moderada o grave. Insuficiencia cardíaca congestiva. Embarazo. Pacientes con predisposición conocida a sufrir hemorragias (ej., úlcera péptica activa, apoplejía hemorrágica reciente [seis últimos meses], retinopatía diabética proliferativa, hipertensión inadecuadamente controlada) Pacientes con antecedentes de taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o ectópicos ventriculares multifocales, estén o no adecuadamente tratados, y pacientes con prolongación del intervalo QTc. Pacientes con antecedentes de taquiarritmia grave. Pacientes tratados de forma concomitante con dos o más agentes antiplaquetarios o anticoagulantes (por ej., ácido acetilsalicílico, clopidogrel, heparina, warfarina, acenocumarol, dabigatán, rivaroxabán o apixabán Pacientes con angina de pecho inestable, infarto de miocardio en el transcurso de los últimos 6 meses, o una intervención coronaria en los últimos 6 meses. Advertencias y precauciones especiales de empleo La idoneidad del tratamiento con clostazol se debe considerar detenidamente en comparación con otras opciones de tratamiento, como la revascularización. Sobre la base de su mecanismo de acción, el clostazol puede inducir taquicardia, palpitación, taquiarritmia y/o hipotensión. El incremento en la frecuencia cardíaca asociada al clostazol es de aproximadamente 5 a 7 lpm; consecuentemente, en pacientes de riesgo esto podría inducir angina de pecho. Los pacientes que podrían tener un mayor riesgo de sufrir acontecimientos adversos cardíacos graves a consecuencia de un aumento de la frecuencia cardíaca, por ej., los pacientes con enfermedad coronaria estable, se deben monitorizar estrechamente durante el tratamiento con clostazol. Está contraindicado el uso de clostazol en pacientes con angina de pecho inestable, o infarto de miocardio/intervención coronaria en el transcurso de los últimos 6 meses, o antecedentes clínicos de taquiarritmias graves (ver sección Contraindicaciones). Se debe tener precaución cuando se prescriba clostazol a pacientes con ecopia auricular o ventricular y a pacientes con fibrilación auricular. Se debe indicar a los pacientes que tienen que comunicar cualquier episodio hemorrágico o de la aparición de moratones con el más mínimo golpe durante el tratamiento. Se debe interrumpir la administración de clostazol en el caso de que se produzca hemorragia retiniana. Consúltese las secciones Contraindicaciones e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción para obtener información adicional acerca de los riesgos de hemorragia. Debido al efecto inhibitorio de la agregación plaquetaria del clostazol, es posible que se produzca un mayor riesgo de hemorragia al combinarse con la cirugía (incluidas medidas invasivas menores como la extracción de dientes). En caso de que un paciente deba someterse a una cirugía programada y que no sea necesario el efecto antiplaquetario, se debe interrumpir la administración del clostazol 5 días antes de la intervención. Se han observado casos raros o muy raros de anomalías hematológicas, incluidas trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, pancitopenia y anemia aplásica (ver sección reacciones adversas). La mayoría de los pacientes se recuperan al interrumpir el tratamiento con clostazol. Sin embargo, algunos casos de pancitopenia y de anemia aplásica produjeron la muerte de los pacientes. Además de notificar las hemorragias y los moratones con el más mínimo golpe, también se debe advertir a los pacientes para que notifiquen inmediatamente de cualquier otro indicio que pudiera sugerir los primeros signos de una discrasia sanguínea, como fiebre y dolor de garganta. Se debe realizar un hemograma completo en caso de que sospeche una infección o de que haya cualquier otro indicio clínico de discrasia sanguínea. Se debe interrumpir inmediatamente la administración del clostazol si existen indicios clínicos o analíticos de anomalías hematológicas. En caso de pacientes que recibieron inhibidores potentes del CYP3A4 o del CYP2C19, se mostró que aumentaban los niveles plasmáticos de clostazol. En estos casos, se recomienda administrar una dosis de clostazol de 50 mg dos veces al día (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción para obtener información adicional). Se necesita precaución cuando se coadministre clostazol con cualquier otro fármaco capaz de disminuir la tensión arterial, puesto que existe la posibilidad de que se produzca un efecto hipotensor aditivo con taquicardia refleja. Ver también sección Reacciones adversas. Se debe tener precaución cuando se coadministre clostazol con cualquier otro fármaco que inhiba la agregación plaquetaria. Consulte la sección Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Inhibidores de la agregación plaquetaria El clostazol es un inhibidor de la PDE II con actividad antiplaquetaria. En un estudio clínico en el que participaron sujetos sanos, la administración de 150 mg dos veces al día de clostazol durante cinco días no dio como resultado una prolongación del tiempo de hemorragia. Ácido acetilsalicílico (AAS) La coadministración durante poco tiempo (≤ 4 días) de AAS y clostazol siguió un incremento del 23 - 25 % en la inhibición de la agregación plaquetaria ex vivo inducida por el difosfato de adenosina en comparación con la administración solo del AAS. No se observaron tendencias evidentes hacia un incremento de la frecuencia de los efectos adversos hemorrágicos en pacientes que recibieron el clostazol y el AAS en comparación con pacientes que recibieron el placebo y dosis equivalentes de AAS. Clopidogrel y otros fármacos antiplaquetarios. La administración concomitante de clostazol y clopidogrel no afectó al recuento plaquetario, al tiempo de protrombina (TP) ni al tiempo de tromboplastina parcial activada (TPa). Todos los sujetos sanos del estudio presentaron una prolongación del tiempo de hemorragia al recibir solo clopidogrel y la administración concomitante del clostazol no conllevó un efecto adicional relevante en la duración de la hemorragia. Se recomienda precaución cuando se coadministre clostazol con cualquier fármaco que inhiba la agregación plaquetaria. Se debe considerar la monitorización de los tiempos de hemorragia a intervalos. Está contraindicado el tratamiento con clostazol en pacientes en tratamiento con dos o más fármacos antiplaquetarios/anticoagulantes adicionales (ver sección Contraindicaciones). En el ensayo CASTLE, se observó una mayor tasa de hemorragias con el uso concomitante de clopidogrel, AAS y clostazol. Anticoagulantes orales como la warfarina En un estudio clínico a dosis única, no se observaron ninguna inhibición del metabolismo de la warfarina ni un efecto en los parámetros de coagulación (TP, TTPa, tiempo de hemorragia). Sin embargo, se recomienda precaución en pacientes que reciben clostazol y algún fármaco anticoagulante, y la monitorización continua para reducir la posibilidad de hemorragia. Está contraindicado el tratamiento con clostazol en pacientes que reciban dos o más fármacos antiplaquetarios/anticoagulantes adicionales (ver sección Contraindicaciones). Inhibidores de la enzima del citocromo P-450 (CYP) Las enzimas del CYP (especialmente del CYP3A4 y del CYP2C19, y en menor medida, del CYP1A2) metabolizan exhaustivamente el clostazol. Parece ser que el metabolito deshidro, que es 4-7 veces más potente que el clostazol a la hora de inhibir la agregación plaquetaria, se forma principalmente a través del CYP3A4. Parece ser que el metabolito 4'-trans-dihidro, que tiene una quinta parte de la potencia del clostazol, se forma principalmente a través del CYP2C19. Por consiguiente, los fármacos que inhiben el CYP3A4 (por ej., algunos macrólidos, los antifúngicos azólicos y los inhibidores de la proteasa o el CYP2C19 (como los inhibidores de la bomba de protones —IBP—) aumentan la actividad farmacológica total y podrían tener el potencial de incrementar los efectos indeseados del clostazol. En consecuencia, en pacientes que estén tomando concomitantemente inhibidores potentes del CYP3A4 o del CYP2C19, la dosis recomendada es de 50 mg dos veces al día (ver sección Posología y forma de administración). La administración de clostazol con eritromicina (un inhibidor de CYP3A4) supuso un aumento del AUC de clostazol en un 72%, acompañado por un aumento del AUC del 6 % del metabolito deshidro y un aumento del AUC del 119 % del metabolito 4'-trans-dihidro. Basándose en el AUC, la actividad farmacológica global del clostazol aumenta un 34 % cuando se coadministra con eritromicina. Sobre la base de estos datos, la dosis recomendada de clostazol es de 50 mg dos veces al día en presencia de eritromicina y fármacos similares (p. ej., claritromicina). La coadministración de ketoconazol (un inhibidor del CYP3A4) con clostazol supuso un aumento del AUC del clostazol del 117 %, acompañado por una reducción del AUC del 15 % del metabolito deshidro y de un incremento del 87 % en el AUC del metabolito 4'-trans-dihidro. Basándose en el AUC, la actividad farmacológica global del clostazol aumenta un 35 % cuando se coadministra con ketoconazol. Sobre la base de estos datos, la dosis recomendada del clostazol es de 50 mg dos veces al día en presencia de ketoconazol y fármacos similares (p. ej., itraconazol). La administración de clostazol con diliazem (un inhibidor débil del CYP3A4) supuso un aumento del AUC del clostazol de un 44 %, acompañado por un incremento del AUC del 4 % del metabolito deshidro y un incremento del AUC de un 43% del metabolito 4'-trans-dihidro. Basándose en el AUC, la actividad farmacológica global del clostazol aumenta un 19 % cuando se coadministra con diliazem. Sobre la base de estos datos, no es necesario ningún ajuste de la dosis. La administración de una dosis única de 100 mg de clostazol con 240 ml de zumo de pomelo (un inhibidor del CYP3A4 intestinal) no tuvo un efecto notable en la farmacocinética del clostazol. Sobre la base de estos datos, no es necesario ningún ajuste de la dosis. A cantidades más elevadas de zumo de pomelo todavía es posible que se produzca un efecto clínicamente relevante en el clostazol. La administración de clostazol con omeprazol (un inhibidor del CYP2C19) aumentó el AUC de clostazol en un 22%, acompañado por un aumento de 68% en el AUC del metabolito deshidro y de una reducción del 36% en el AUC del metabolito 4'-trans-dihidro. Basándose en el AUC, la actividad farmacológica global aumenta en un 47% cuando se coadministra con omeprazol. Sobre la base de estos datos, la dosis recomendada del clostazol es de 50 mg dos veces al día en presencia de omeprazol. Sustratos de la enzima del citocromo P-450 Se ha demostrado que el clostazol aumenta el AUC de lovastatina (sustrato sensible al CYP3A4) y de su ácido β-hidroxiado en un 70 %. Se recomienda precaución cuando se coadministre clostazol con sustratos con un estrecho índice terapéutico (por ej., cisaprida, halofantrina, pimocida, derivados del cornezuelo). Se recomienda precaución en caso de que se coadministre con estatinas metabolizadas por el CYP3A4, por ejemplo simvastatina, atorvastatina y lovastatina. Inductores de la enzima del citocromo P-450 No se ha evaluado el efecto de los inductores del CYP3A4 y del CYP2C19 (como carbamazepina, fenitoína, rifampicina e hipérico) sobre la farmacocinética del clostazol. Teóricamente, se podría alterar el efecto antiplaquetario, por lo que se debe monitorizar detenidamente la coadministración de clostazol con inductores del CYP3A4 y del CYP2C19. En los estudios clínicos, el tabaquismo (que induce el CYP1A2) redujo las concentraciones plasmáticas de clostazol en un 18 %. Otras interacciones potenciales: Se recomienda precaución cuando se coadministre el clostazol con cualquier otro fármaco capaz de disminuir la tensión arterial, puesto que existe la posibilidad de que se produzca un efecto hipotensor aditivo con taquicardia refleja. Fertilidad, embarazo y lactancia Embarazo No se dispone de datos adecuados sobre la administración de clostazol a mujeres embarazadas. En los estudios en animales se ha observado una toxicidad reproductiva (ver sección Datos preclínicos sobre seguridad en la Ficha Técnica completa). Se desconoce el riesgo potencial para los seres humanos. Pletal no se debe administrar durante el embarazo (ver sección Contraindicaciones). Lactancia En estudios en animales se ha observado la transferencia de clostazol a la leche materna. Se desconoce si el clostazol se excreta en la leche materna. Debido al potencial efecto nocivo sobre el lactante alimentado por una madre que esté recibiendo el tratamiento, no se recomienda la administración de Pletal durante la lactancia. Fertilidad Clostazol no alteró la fertilidad en estudios en animales. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas El clostazol puede causar mareos y se debe advertir precaución a los pacientes a la hora de conducir o utilizar máquinas. Reacciones adversas Las reacciones adversas observadas con mayor frecuencia en estudios clínicos fueron cefalea (en > 30 %), diarrea y heces anómalas (> 15 % en cada caso). Estas reacciones fueron por lo general de intensidad entre leve y moderada, y en ocasiones se aliviaron al reducir la dosis. En la siguiente tabla se indican las reacciones adversas observadas en los estudios clínicos y en el periodo posterior a la comercialización. Las frecuencias se corresponden con: Muy frecuente (≥1/100 a <1/10); Frecuente (≥1/10.000 a <1/1000); Raras (≥1/10.000 a <1/10000); Muy raras (<1/10.000); Desconocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las frecuencias de las reacciones observadas en el periodo posterior a la comercialización se consideran desconocidas (no se pueden calcular a partir de los datos disponibles). Trastornos de la sangre y del sistema linfático Frecuente: equimosis; poco frecuente: anemia; raras: prolongación del tiempo de hemorragia, trombocitopenia; desconocida: tendencia a hemorragias, trombocitopenia, granulocitopenia, agranulocitosis, leucopenia, pancitopenia, anemia aplásica. Trastornos del sistema inmunológico Poco frecuente: reacción alérgica. Trastornos del metabolismo y de la nutrición Frecuente: edema (periférico, facial); anorexia poco frecuente: hiperglicemia, diabetes mellitus. Trastornos psiquiátricos Poco frecuente: ansiedad. Trastornos del sistema nervioso Muy frecuente: dolor de cabeza; frecuente: mareo; poco frecuente: insomnio, sueños anómalos; desconocida: parestia, hipoestesia. Trastornos oculares Desconocida: conjuntivitis. Trastornos del oído y del laberinto Desconocida: acúfenos. Trastornos cardíacos Frecuente: palpitaciones, taquicardia, angina de pecho, arritmia, extrasístoles ventriculares; poco frecuente: infarto de miocardio, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca congestiva, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, síncope. Trastornos vasculares Poco frecuente: hemorragia ocular, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, hemorragia inespecífica, hipotensión ortostática; Desconocida: sofocos, hipertensión, hipotensión, hemorragia cerebral, hemorragia pulmonar, hemorragia muscular, hemorragia del tracto respiratorio, hemorragia subcutánea. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos Frecuente: rinitis, faringitis; poco frecuente: disnea, neumonía, tos; desconocida: neumonía intersticial. Trastornos gastrointestinales Muy frecuente: diarrea, heces anómalas; frecuente: náusea y vómitos, dispepsia, flatulencia, dolor abdominal; poco frecuente: gastritis. Trastornos hepatobililiares Desconocida: hepatitis, anomalía en la función hepática, ictericia. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo Frecuente: exantema, prurito; desconocida: ecema, erupciones cutáneas, síndrome Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, urticaria. Trastornos muscular-esqueléticos y del tejido conjuntivo Poco frecuente: migraja. Trastornos renales y urinarios Rara: insuficiencia renal, deficiencia renal; desconocida: hematuria, polaquiuria. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración Frecuente: dolor torácico, astenia; poco frecuente: escalofríos, malestar general; desconocida: pirexia, dolor. Exploraciones complementarias Desconocida: Incremento en los niveles de ácido úrico, incremento de urea en sangre, incremento de creatinina en sangre. Se observó un aumento en la frecuencia cardíaca y edema periférico al combinar el clostazol con otros vasodilatadores que provocan taquicardia refleja (p.ej., antagonistas del calcio dihidropiridínicos). El único acontecimiento adverso que supuso el abandono del tratamiento en ≥ 3 % de los pacientes tratados con clostazol fue la cefalea. Otras causas frecuentes de abandono fueron palpitaciones y diarrea (ambas en 1,1%). El clostazol por sí solo puede conllevar un mayor riesgo de hemorragia y este riesgo se puede potenciar con la coadministración de otros fármacos con un potencial similar. El riesgo de hemorragia intraocular puede ser mayor en pacientes con diabetes. En pacientes mayores de 70 años se ha observado un aumento en la frecuencia de la diarrea y de las palpitaciones. Notificación de sospechas de reacciones adversas Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. Sobredosis La información disponible acerca de sobredosis aguda en humanos es limitada. Los signos y síntomas previstos son dolor de cabeza agudo, diarrea, taquicardia y posiblemente arritmias cardíacas. Se debe mantener a los pacientes bajo observación y proporcionarles tratamientos paliativos. Se debe vaciar el estómago mediante la inducción del vómito o un lavado gástrico, según corresponda. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Consultar Ficha Técnica completa de Pletal 100 mg comprimidos y Pletal 50 mg comprimidos. Grupo farmacoterapéutico Agentes antitrombóticos, inhibidores de la agregación plaquetaria excl. heparina. Código ATC B01 A C. DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes Almidón de maíz, celulosa microcristalina, caramelos cálcica, hipromelosa y estearato de magnesio. Incompatibilidades No procede. Periodo de validez 3 años. Precauciones especiales de conservación Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. Naturaleza y contenido del envase Naturaleza y contenido del envase Cajas con 14, 20, 28, 30, 50, 56, 98, 100, 112 y 168 comprimidos así como envases clínicos con 70 comprimidos (5 × 14) envasados en blísters de PVC y aluminio. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. Precauciones especiales de eliminación Ninguna especial. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Titular de la autorización de comercialización Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. Hunton House. Highbridge Estate. Oxford Road. Uxbridge. Middlesex UB8 1LX. Reino Unido. Representante local Otsuka Pharmaceutical S. A. Avda. Diagonal 609-615. 08028 Barcelona. España. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN 69.562. 69.563 FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN 29/01/2008. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO Noviembre de 2013. PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Condiciones de Prescripción y Dispensación: Con Receta Médica. Diagnóstico Hospitalario. Otras Condiciones de Prescripción y Dispensación: Cupón Precinto Diferenciado con Visado de Inspección. Aportación: Normal. PRESENTACIÓN Y PVP IVA. Pletal 100 mg 56 comprimidos 20,98€ Pletal 50 mg 56 comprimidos 17,48 €.

Spiraxin®

(rifaximina- α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción 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: Diplopia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** 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'-metilpirido (1',2'-1,2)imidazo (5,4-C)Rifamicina SV] en su forma polimórfica alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: anti-infecciosos 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 polimórfica alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizada por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng·h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimórficas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dioxido 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. Vía 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.

REPORTAJE

EN PORTADA

Así fue la Sanidad en 2014



La paralización definitiva del proceso de externalización de la Sanidad madrileña y la crisis sanitaria originada por el contagio de ébola de Teresa Romero han sido los asuntos más candentes de 2014 en nuestro país. También ha dado mucho que hablar la troncalidad, aprobada definitivamente el pasado mes de julio, y la gestión clínica. El céntimo sanitario -declarado ilegal por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea-, el nuevo sistema de precios de referencia, la aprobación del Real Decreto que regula el registro estatal de profesionales sanitarios o la polémica reforma de la Ley de Mutuas son otros temas relevantes del año que está a punto de acabar.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Rafael Bengoa

Ex consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, ex director de Departamento de Sistemas de Salud de la OMS, director del área de salud de Deusto Business School (DBSHealth) en la Universidad de Deusto:

“La gestión de crónicos”

José Antonio Martínez Pérez

Junta Directiva de FACME:

“El aprendizaje autodirigido”

Xavier Pérez

Director asistencial
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà:

“De la selección de los medicamentos a la selección del paciente. Una realidad presente”

Joaquín Estévez

Secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem:

“La calidad en el sistema sanitario”

ENTREVISTA

María Chivite

Nueva portavoz de Sanidad del PSOE en el Senado



RADIOGRAFÍA



Estudios de investigación en la oficina de farmacia

REPORTAJES



Los presupuestos de la Sanidad para 2015



CIE 10. Presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en página 81



*“ Me gusta pensar
que, ahora mismo,
están trabajando por
mi bienestar.”*

Profesionales **comprometidos con la salud**

La dedicación de nuestros profesionales nos ha convertido en una compañía farmacéutica destacada en el panorama europeo actual, con una posición de liderazgo en el sector español. La diversidad, tanto de procedencia como de bagaje profesional, nos permite reforzar cada día más nuestro compromiso con el bienestar y la salud de las personas.

Trabajamos hoy por la salud de mañana.