

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1150. Enero 2014

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



MINISTERIO DE SANIDAD,

Un acuerdo histórico y la imparable reforma sanitaria protagonizan 2013

Entrevistas

Antonio Sarria
Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Marta Trapero
Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud

Ramón Morera
Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Foros EL MÉDICO

La Salud Mental en Castilla-La Mancha



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

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

BAMA - GEVE

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

Un año más de crisis económica

Sin duda alguna la crisis económico-financiera ha sido el eje sobre el que han girado un gran número si no todas las acciones en lo que a Sanidad se refiere a lo largo del año que acaba de terminar. Las vacas flacas ya habían llegado a los sistemas sanitarios de todo el Estado y ninguna comunidad autónoma se ha librado de los tijeretazos presupuestarios de la crisis, lo que se hacía sentir desde el principio de año.

En abril, un documento enviado por el Gobierno central a Bruselas sacaba a la luz nuevas medidas de ahorro que se iban a implantar en el año 2013, como la reforma de la cartera de servicios, la reducción del gasto farmacéutico o la implantación de un nuevo modelo de gestión clínica. El Plan de Reformas establecía un recorte de 3.134 millones de euros en Sanidad y de 828 para Dependencia. En este contexto tenía lugar un acontecimiento histórico, la firma del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del SNS entre el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica, quizás el hecho sanitario más relevante de 2013.

Pero también ha dado mucho que hablar el proceso de externalización sanitaria en la Comunidad de Madrid, la lucha encarnizada del Gobierno central contra la subasta andaluza de fármacos, el fracaso del euro por receta en Cataluña y Madrid o la implantación del copago de fármacos hospitalarios ambulatorios, que han sido otros asuntos destacados del año que nos acaba de dejar. A este tema, ha hacer un balance de lo que ha dado de sí el año en lo que ha Sanidad se refiere dedicamos la portada del primer número de 2014.



Este mes se incluyen también entrevistas a nuevos responsables de asociaciones profesionales. A la presidenta de la Asociación de Economía de Salud, Marta Trapero, y al nuevo presidente de la Sociedad Española de Directivo de Atención Primaria, Ramón Morera. También, en un momento de indudable racionalización de los recursos, que obliga a los sistemas a recortar la introducción de la innovación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias desempeña un papel fundamental. Su director, Antonio Sarriá, analiza la necesidad todos estos asuntos.

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

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

Un acuerdo histórico y la imparable reforma sanitaria protagonizan 2013
30



La firma del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del SNS entre el Ministerio y el Foro de la Profesión Médica ha sido el hecho sanitario más relevante. Pero también ha dado mucho que hablar el proceso de externalización sanitaria en la Comunidad de Madrid, así como la primera huelga sanitaria gallega de la era Feijóo. La lucha encarnizada del Gobierno central contra la subasta andaluza de fármacos, el fracaso del euro por receta en Cataluña y Madrid o la implantación del copago de fármacos hospitalarios.

ENTREVISTAS

Antonio Sarriá Santamera
Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
38



Marta Trapero-Bertran
Presidente de la Asociación de Economía de la Salud
44



Virgili Páez Cervi
Responsable de la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud de las Islas Baleares (Bibliosalut)
74



FORO DE EXPERTOS

PILAR RODRÍGUEZ LEDO
Co-directora de la Cátedra de Educación Médica USC-SEMG
10



ALBERTO LÓPEZ ROCHA
Presidente de SEMER
14



JOSÉ MARÍA QUINTANA
Coordinador de la Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISSEC)
18



FOROS EL MÉDICO



Salud Mental en Castilla-La Mancha

El consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, ha clausurado la jornada, en la que se ha analizado la situación actual de la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma, sus fortalezas, debilidades, y sus planteamientos y retos de futuro.

22

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Medicos

Enfermería

EQUIPO

Taller

Farmacia

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Ramón Morera

Presidente de SEDAP

56



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Miguel Ángel Máñez

Director Económico en el Departamento de Salud de Elda y experto en tecnologías de la información en el sector salud

62



REPORTAJE

El futuro de la mHealth: oportunidades de desarrollo para mantener prestaciones en épocas de crisis

68

RADIOGRAFÍA A...

La diabetes en España



50

PERFILES SANITARIOS

Elena Villalta

Odontóloga de la Guardia Real

82



OTROS TEMAS

Presentación

3

La instantánea médica

88

Sala de lectura

94

En Previsión

96

Próximo número

98

El Médico

EDITA:



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

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

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

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

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, Luis C. Vaquero, 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.

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

<http://www.medicamente.es/aprender/elearning/derechosdelosmedicos>

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

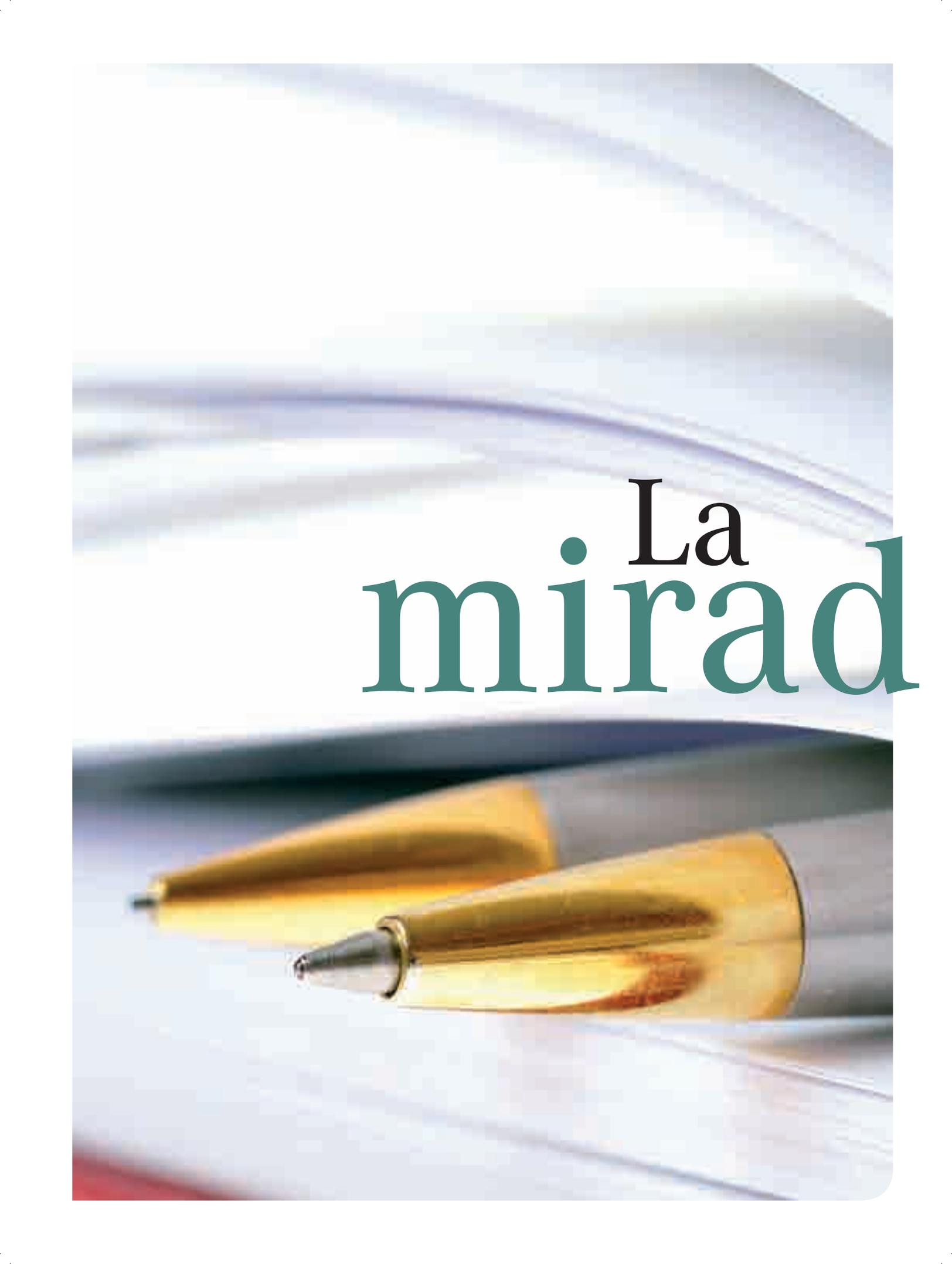
4,8 CRÉDITOS

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

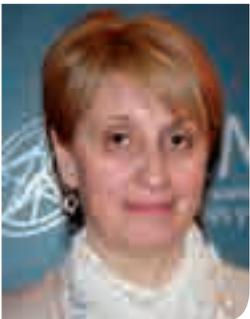
MÓDULOS 3-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN

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

A close-up photograph of a stack of white papers. Two gold pens are resting on the papers. The pen in the foreground is a ballpoint pen, and the one behind it is a fountain pen. The text 'La mirad' is overlaid on the image in a serif font. The word 'La' is in black and smaller, while 'mirad' is in a larger, teal color.

• La
mirad

a maestra de la actualidad



Pilar
Rodríguez Ledo



Alberto
López Rocha



José María
Quintana



La mirada maestra de la actualidad

La formación oficial de Medicina en España a debate

Autor | Pilar Rodríguez Ledo. Co-directora de la Cátedra de Educación Médica USC-SEMG

Reflexionar sobre la formación oficial de Medicina en España no es fácil. Muchas son las consideraciones que debemos realizar y diversa la problemática que afecta a cada escalón formativo: Formación de grado, MIR, post-MIR/especialización, la propuesta de decreto de troncalidad, los títulos de máster y experto, la formación continuada, y el doctorado. Todos ellos, surgiendo del núcleo de la enseñanza universitaria en interacción con los dispositivos sanitarios, una alianza necesaria pero de relación compleja por sus problemáticas particulares que se han acentuado, si cabe, en época de crisis.



Pilar Rodríguez Ledo

Fruto de todas estas consideraciones en la etapa de grado y del análisis del sistema universitario europeo, identificando sus fortalezas y debilidades, se construye el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que promueve, en un afán de adaptarse a las necesidades de nuestras sociedades europeas, un cambio en el concepto y desarrollo de la formación universitaria. Se reconoce la necesidad de una formación más generalista e integral, con las características de polivalencia, movilidad, competencia y oportunidades de trabajo internacional, relegando a un segundo plano los contenidos superespecializados. En las universidades europeas se inició un proceso de transformación profunda, incorpo-

El objetivo que queríamos lograr con la reforma del grado parece todavía distante, aún somos predominantemente teóricos y nos encontramos lejos de la integración del conjunto del campo de conocimientos del discente

rándose teorías de psicología educativa, el aprendizaje integrado y el cambio de la enseñanza como proceso pasivo al aprendizaje como proceso activo del discente.

La universidad española sigue estos mismos pasos para intentar converger con Europa, pero con ciertos problemas y resistencias. El desfase que percibimos entre la realidad de los servicios de salud y el reconocimiento académico viene condi-

cionado por la propia idiosincrasia de la universidad española. Por una parte, las facultades de Medicina empiezan a tener la

necesidad docente de incorporar esta nueva filosofía de la educación intentando conseguir una formación más holística pero, por otra, la incipiente legislación universitaria, desarrollada en el seno de una universidad anquilosada y en ocasiones endogámica, imprime ciertas dificultades a este proceso, que se desarrolla de una forma lenta, parcial y desigual en todo el territorio nacional, en lo que podríamos tildar, de forma general, de un cambio más teórico, de nomenclaturas, que de un cambio en el terreno real del estudiante de grado.

Si analizamos los cambios reales, podremos contrastar que si bien ansiábamos lograr una enseñanza centrada en el discente, práctica y generalista, las mayores deficiencias siguen recayendo en la formación generalista en todas aquellas áreas que requieren la adquisición de habilidades prácticas y la integración de conocimientos

para su aplicación a las situaciones o supuestos reales, siendo deficitario el conocimiento de técnicas y habilidades necesarias para el desarrollo de las actividades asistenciales básicas, principalmente las instrumentales, la realización e interpretación de pruebas complementarias básicas habituales en la exploración de los pacientes así como la integración de la anamnesis y exploración básica con los resultados de las pruebas complementarias solicitadas para la realización de la toma de decisiones, es decir, el razonamiento clínico.

Aparte, la formación también resulta deficitaria en aquellas áreas generales y comunes para cualquier especialidad tales como la comunicación, la entrevista clínica, la bioética, la seguridad del paciente, la gestión y la investigación. También resulta necesario destacar la escasa consideración otorgada a los aspectos psico-sociales y del entorno que tanto influyen en la evolución de los distintos procesos patológicos y en la forma de abordarlos. Es decir, el objetivo que queríamos lograr con la reforma del grado parece todavía distante, todavía somos predominantemente teóricos y nos encontramos lejos de la integración del conjunto del campo de conocimientos del discente, y lo que es peor, con la sensación generalizada de que el nivel académico de nuestros estudiantes de grado no es el adecuado, y de que deberemos compensarlo en otras fases de su formación. Empezamos, en este inicio de la formación en Medicina, a arrastrar un déficit académico de inicio.

Y en estas condiciones, ya en los últimos meses de la formación de grado, o en los últimos tiempos de la formación de la antigua licenciatura, empieza la fiebre del MIR. Los estudiantes empiezan a centrarse en preparar el MIR: Academias, apuntes, en ocasiones alguna nueva tecnología,... Con todo ello, intentan abordar un examen que tiene una orientación totalmente diferente a lo que han realizado en sus estudios previos, empiezan de cero, pero lo necesitan para empezar su vida profesional porque el MIR es la puerta de acceso a la formación especializada, a aquella formación donde deben adquirir las competen-





cias específicas relativas a la especialidad en la que se formen. Si no logran una plaza pasarán a ocupar plazas de segunda en entidades privadas en condiciones laborales muy limitadas. Pero ¿cómo se deciden cuántas plazas se ofrecen? ¿qué factores influyen? Claro que influye la demanda social y la necesidad estimada por las distintas comunidades autónomas (CCAA) de profesionales de distintas especialidades, pero también influyen las políticas de inmigración de profesionales, las políticas de jubilaciones, la distribución

geográfica, y las condiciones laborales vigentes, junto con muchos otros factores que modulan la influencia de estos. Pero no existe un criterio consensuado entre las CCAA, y además el mercado de trabajo sanitario se encuentra fragmentado entre las distintas especialidades en cada una de las provincias. Es difícil, de este modo, realizar una planificación de país que responda a las necesidades reales. Así, sabemos que España, con sus 325 profesionales por cada 100.000 habitantes, ocuparía el puesto 11º entre los países europeos con más médicos por habitante, después de Bélgica, Suiza, Holanda, Noruega, Italia, Islandia, República Checa, Austria, Alemania y Francia, nuestro número de médicos parece adecuado pero ante su distribución tanto geográfica como por especialidades todos los sectores sociales tienen más dudas.

Respecto al examen en sí también hay varias consideraciones a realizar. En relación al número de plazas convocadas, decir que pese al incremento progresivo de las mismas desde el año 87, el número de médicos presentados fue disminuyendo continuamente hasta 2003. A partir de 2004 el número de médicos admitidos al MIR ha vuelto a aumentar, no por un aumento de médicos españoles, sino por el creciente

número de médicos extranjeros que son admitidos en el examen. Esta tendencia ascendente se ha roto en 2010. Por otra parte, en el nuevo escenario creado en el periodo MIR 2005-08, donde quedaron plazas libres sin escoger, ya no tenía sentido hablar de % de aprobados en el MIR, porque prácticamente todos los médicos presenta-

dos al MIR tuvieron posibilidad de escoger (casi el cien por cien de electores “aprobados” en España). Con este cambio de “paradigma”, el MIR dejó de convertirse en un examen que se

podía “suspender”, y se ha convertido en un examen que meramente clasificaba a los aspirantes por orden decreciente de puntuación (teniendo en cuenta el examen y el expediente), para permitir que la elección de plaza de formación se realizase de forma ordenada. Desde el MIR 2008 no se permite escoger a los aspirantes sin puntuación positiva en el examen. Otro factor a considerar ha sido el “cupos de extranjeros”, con oscilaciones y tendencia progresiva a su reducción y a un mayor número de orden para su inclusión, pero con una elección en segunda ronda que servía de coladero para aquellos que tenían un NIE de estudiantes pero sin posibilidades posterior, una vez finalizada la residencia, de obtener un trabajo estable que les permita instalarse en nuestro país, con la consecuencia de la pérdida de parte de los facultativos que ocuparon la plazas que fueron estimadas como precisas cuando iniciaron su formación. En resumen, se estimó un número de plazas de especialistas en formación de una forma un poco anárquica y encima se pierden un grupo de efectivos importante, entre un 7-10 por ciento en función del año en que lo consideremos.

Pero todos estos problemas no son suficientes, seguimos pensando que el nivel académico de los aspirantes tampoco es

suficiente aquí, y en la convocatoria de 2012 se introduce una nota de corte para garantizarlo. Será el análisis de la promoción que inició su formación en el 2013, cuando la finalicen, la que nos dirá qué efectos ha tenido esta medida, pero lo importante es que todos, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Educación, comparten esta preocupación y por ello aplican esta tentativa de corrección.

También se trabaja en un decreto de troncalidad en la que se realice una formación de tronco común en cuestiones generalistas del propio tronco (médico, quirúrgico, de imagen, de laboratorio u otros) para incrementar la base formativa generalista que le corresponde antes de iniciar su formación específica. Algunos temen por una insuficiente formación específica en detrimento de la formación especializada, otros pretenden que la formación de tronco deba realizarse en el último año de grado, no hay acuerdo, se produce una lucha de poderes de sociedades científicas, y al final



se desvirtúa la propuesta de troncalidad. Seguimos arrastrando un déficit académico, y no tenemos clara la solución.

En todo caso, una vez que se inicia la formación especializada el llegar al final del proceso no requiere mucho más que persistencia y paso del tiempo. Las evaluaciones anuales realmente no clasifican a los residentes para su vida laboral y la evaluación final no requiere demostrar competencias en una prueba específica. De nuevo todos tenemos la conciencia de que la motivación entre los residentes es baja y el nivel de formación no está asegurado. La crisis, con las repercusiones laborales en los tutores y colaboradores docentes, los recortes presupuestarios y de sueldo, y la limitación de recursos, agrava esta situación.

El resultado, después de someter a nuestros futuros médicos especialistas a 12-14 años de formación en Medicina, es heterogéneo pese a realizarse en uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Una

de las principales características de la Medicina en cualquiera de sus especialidades es la necesidad de formación continuada a lo largo de toda la vida laboral. La universidad tiene actividades de formación continuada pero desvinculadas de los profesionales y sus necesidades, que en cuanto terminan su formación se alejan de ella abandonando el mundo académico, generándose una gran brecha entre la universidad y la empresa, el sistema sanitario público, pese a que sus profesores compartan actividad asistencial. Muchos han sido los intentos de acercamiento de ambos, en la creencia de la necesidad de interacción entre ambas instituciones, y fruto de ellos aparecen las cátedras de patrocinio privado a cargo, en muchas ocasiones, de las sociedades científicas o de sus representantes. Los frutos de esta nueva vinculación son lentos y no todo lo satisfactorios que los profesionales sanitarios desearían, por una parte la universidad acepta con dificultad las modificaciones estructurales, por otra se prioriza la importante aportación económica produci-

da por esta vía y que repara parcialmente la maltrecha economía de las universidades, y se desaprovecha el apoyo que los profesionales pueden realizar en el impulso de la aplicación de las nuevas normativas europeas.

En la misma línea van los estudios de máster, experto y doctorado, dirigidos a un profesional que no puede adaptar su vida laboral a los requerimientos académicos de “casi exclusividad” especialmente en los tiempos que corren. Crecen títulos y ofertas, al margen de las necesidades de los potenciales discentes y con un importante objetivo recaudatorio. Además, el sistema sanitario público se desvincula de todo este proceso y con la falta de reconocimiento del expediente personal de cada profesional no apoya la realización de estas actividades curriculares ni las facilita. Ser doctor, máster o experto en alguna área no tiene repercusiones laborales salvo la propia satisfacción, en función de las nuevas competencias que le ha hecho adquirir, en quién realiza la formación.



Un médico ha utilizado una parte muy importante de su vida en adquirir una formación oficial y sigue invirtiendo mucho tiempo en su formación continuada, pero todo este largo proceso, como hemos revisado en los párrafos previos, tiene importantes áreas de mejora que, con la participación de todos los agentes implicados, deberían perseguir el objetivo de obtener un profesional de excelencia dentro de un sistema sanitario de primera línea y en un sistema educativo universitario en proceso de cambio y adaptación a las necesidades de la sociedad. Por ello somos muchos los que consideramos que, aparte de otras entidades implicadas directamente en la formación oficial en Medicina, las sociedades científicas tienen el deber de colaborar en facilitar este proceso sirviendo de puente en esta brecha entre el mundo universitario y el sanitario, y retomando el contacto del profesional con el abandonado entorno académico. Mucho es el camino que queda por hacer para que la formación oficial en Medicina en España supere el examen de forma satisfactoria y fuera de toda duda ■



La mirada maestra de la actualidad

La gestión de los cuidados en la salud

Autor | Alberto López Rocha. Presidente de SEMER

A medida que en el reloj biológico van pasando los años, es obvio que simplemente por el envejecimiento fisiológico el ser humano requerirá en algún momento dados unos cuidados sociosanitarios, en mayor o menor medida, dependiendo del cuidado preventivo y promocional de su salud que haya tenido a lo largo de su vida.



Alberto López Rocha

La población española actual que supera los 55 años es de 11 millones. De ellos, superan los 65 años de edad alrededor 8.000.000 de personas, de los cuales casi 2.000.000 viven solos, alrededor de 1.300.000 son analfabetos y cerca de 2 millones han pedido acogerse a la Ley de Dependencia. Muchos de ellos con pluriopatología debido al envejecimiento fisiológico natural que sufre el organismo y la fragilidad del mismo. A nivel de centros geriátricos, están institucionalizados cerca de medio millón de personas mayores de 65 años de edad en España. Por consiguiente, con un cúmulo

Corren momentos difíciles en nuestra economía, pero no es excusa para emprender mejoras y planificar retos/objetivos, optimizando los recursos, y ser conocedores de lo que disponemos

mayor de procesos patológicos al estar concentrados en unas instalaciones el mayor número de ellas, sin olvidarnos de los discapacitados psíquicos y físicos que disponen de otro tipo de instalaciones.

Cuando se habla de Sanidad, se comenta la existencia de dos grandes niveles asistenciales, el primero que está suscrito por AP (Atención Primaria) y el segundo por hospi-

tales, pero se olvidan mencionar el “nivel asistencial intermedio”, ya que ese es el nivel donde se encuentran los centros geriátricos, a caballo entre la Atención Primaria y los hospitales. Por consiguiente tiene una cabida muy importante dentro del SNS (Sistema Na-

cional de Salud), cuando hablamos de saturación de urgencias hospitalarias y desburocratizadoras de la AP, pues no debemos olvidar que el mayor presupuesto asistencial en nuestro país se lo llevan los hospi-

tales, y casi el 70 por ciento de sus ingresos hospitalarios son de las personas que se encuentran en la edad geriátrica. Así, los mencionados centros se pueden convertir en unidades de apoyo.

Para un mejor desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (conocida popularmente como Ley de Dependencia), Asuntos Sociales y Sanidad deben de ir de la mano, tal y como viene recogido en la propia Ley, y tal y como ha hecho el propio Ministerio y algunas autonomías, para lograr una mayor y mejor atención al dependiente (en su más amplio contexto), y mejorar las condiciones de los profesionales y centros que los atienden, haciéndose extensiva la medida a los médicos de Atención Primaria (MAP) y estructura de los hospitales. Es decir, se requiere de una buena y correcta coordinación entre estos tres sistemas de atención asistencial, pues se complementan. Y no debemos olvidar que la puerta de entrada

al sistema de salud y a las prestaciones de estas personas es por Sanidad y más concretamente desde Atención Primaria. Por ello que se creó el Plan Nacional sobre la Atención al Paciente Crónico, a nivel nacional, en septiembre de 2012, donde participaron diferentes entidades, asociaciones, sociedades médicas, autonomías, etc, involucradas en la atención al paciente crónico, buscando precisamente ese mejor aprovechamiento de los recursos socioasistenciales que no deben ir separados.

El 22 de mayo de 2013 fue publicado a nivel nacional, en un importante medio del sector de la Sanidad, un artículo que habla de un estudio realizado en Estados Unidos (EE.UU.) sobre el incremento de las admisiones en urgencias, y que la coordinación con residencias y AP permite el descenso de las mismas. En España vamos por delante de EE.UU., aunque es triste que tengamos que escuchar de un medio de difusión nacional esta noticia y que no se recoja que ya alguna otra sociedad científica lo lleva reivindicando y además dando soluciones desde hace más de siete años en nuestro país. Ya que no se trata solamente de una buena coordinación entre los tres niveles asistenciales (hospital, residencia geriátrica y AP), sino también de una adecuada continuidad asistencial, que deben ir juntas, pues de lo contrario se vería abocado al fracaso.

Estas experiencias realizadas con una correcta coordinación y continuidad asistencial han venido a demostrar su viabilidad, y valga de ejemplo la siguiente cifra, que es facilitada por un importante hospital español con el que colaboramos conjuntamente y de reconocido prestigio internacional, como es el 12 de Octubre en Madrid. Tratando un mismo proceso patológico en 72 personas de características muy similares, sin aplicar el protocolo propuesto de coordinación-continuidad asistencial, el coste es 381.000 € y aplicando el protocolo de 23.000 €. El ahorro es sorprendente pero cierto, obteniendo los mismos resultados terapéuticos, mejorando la calidad de vida del anciano y con un índice de satisfacción del 92 por ciento. Todo esto lo convierte en un proyecto sostenible que poco



a poco se puede ir haciendo extensivo por otros hospitales y a AP. Está demostrado que con una buena coordinación existe una buena continuidad asistencial, y simplemente con mostrar buenas voluntades por parte de todas las personas involucradas en la atención socioasistencial en aplicar el proyecto, éste sale adelante, permitiendo con los mismos recursos sacar un mejor provecho y rendimiento.

Parece ser que el problema más importante, cuando hablamos de gasto sanitario, son los medicamentos y su coste. Lo único valorable, y nos olvidamos de la estancia hospitalaria, pruebas diagnósticas, traslados, sobredimensión del personal para control del gasto, que se contradice con la no contratación de profesionales socioasistenciales, presión asistencial...

Corren momentos difíciles en nuestra economía, pero no es excusa para emprender mejoras y planificar retos/objetivos, optimizando los recursos, y ser conocedores de lo que disponemos, evitando estancias prolongadas en los hospitales y sus urgencias, así como la sobrecarga de los centros de salud, haciendo con ello cumplimiento de la Ley de Dependencia, el desarrollo de

unidades de pluripatologías, existentes en la actualidad, en algún hospital e incluso centro de salud y que tengan línea directa con sus centros geriátricos de referencia, pues estos últimos disponen de recursos infrautilizados. Todo se traduce en una mayor agilidad, mejor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos existentes, sin olvidarnos de la Sanidad concertada de gestión privada, como es el caso de las mutualidades, y de la Sanidad penitenciaria que atienden cerca de 100.000 personas.

El futuro de la atención socioasistencial está en la formación, investigación, innovación y dotación de recursos necesarios para atender a la población, para lo cual, y ahora más que nunca, hay que hacer una correcta coordinación entre los tres niveles asistenciales que repercutiría muy favorablemente en el mejor aprovechamiento de los mismos dentro del Sistema Nacional de Salud. Sería una respuesta muy buena a las necesidades actuales que demanda nuestro SNS (hospitales y Atención Primaria) y a las particulares de los usuarios, que en definitiva somos todos/as, así como la promoción y prevención de la salud que, no cabe duda, debe pasar, de una vez por



todas, por un gran pacto por la Sanidad y en la propia Ley de Dependencia, donde intervengan todas las esferas sociales, laborales, políticas, sanitarias, sociedades científicas, colegios profesionales... que son el conjunto que representa la sociedad.

Todos los planes de atención socioasistencial pasan por unos planes adecuados de prevención y promoción de la salud desde el vientre materno, pues hay conductas y comportamientos que se adquieren desde el desarrollo embrionario, donde la madre debe adoptar unas normas de higiene y transmitir las tras el nacimiento. Era realmente lo que enseñaban nuestros abuelos o personas mayores con experiencia de la vida, es lo que hoy en día se llama "educación para la salud". Hábitos y normas de higiene fundamentales como el lavado de las manos, comer despacio y no a deshoras, no acostarse inmediatamente después de una comida y más si ha sido copiosa, no tomar bebidas excesivamente frías, no llevarse a la boca objetos que hayan pasado previamente por otra o haber estado en lugares poco aconsejables, no exponerte al sol en las horas cercanas al mediodía... y se podría enumerar un sinnúmero de consejos que hoy en día se están dando mediante cursos, charlas o campañas, éstas últimas con cierto coste (campañas antitabaco, combatir enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo...). Muchas veces la población interpreta que sólo es durante la campaña, por lo que algo está fallando y pudiera ser la poca o mala información que se da desde la niñez y/o en los colegios. Así, pudiera interpretarse que los efectos de la Medicina preventiva o promocional no se ven a corto plazo, pero sí a medio y largo plazo, y contribuiría no sólo a dar una muy buena calidad de vida, sino también a una sostenibilidad importante del Sistema Nacional de Salud. Prueba de ello es la viruela, si se hubiera dejado de vacunar no estaría erradicada, o la poliomielitis, con la enorme repercusión socioasistencial que conllevan sus complicaciones.

El coste que supone el tratamiento de determinadas patologías, sin haber invertido lo necesario para prevención y promoción de la salud, es muy contradictorio, pues si no

fuera así, por qué están aumentando las ETS o los embarazos no deseados o las enfermedades infecciosas o las toxicomanías, cuando realmente esa inversión es menor si analizamos sus resultados a medio/largo plazo, que es lo realmente interesante, ya que se llega a disminuir considerablemente la enfermedad que esto es lo realmente costoso desde el punto de vista socioasistencial. Precisamente para eso se crearon los centros de salud con sus Equipos de Atención Primaria, cuyos resultados debieron de ser palpables de una forma notoria desde 1995. Y debemos de hacer una reflexión seria en ello, para lo cual debe haber y de una vez por todas un consenso entre todas las fuerzas políticas, sociales y sanitarias a este respecto, pues la Sanidad tiene una única bandera, con unas bases sólidas donde debe prevalecer la verdadera filosofía de la prevención primaria y la promoción de la salud, para lo cual se requiere una dirección de técnicos sanitarios especialistas, sin olvidarse de la parte política y económica

La popularmente conocida como Ley de Dependencia, aprobada el 30 de noviembre del 2006 en el Congreso de los Diputados, comienza diciendo: "Ley de Promoción de la Autonomía Personal..." pero desde qué edades. Es obvio que si realmente queremos que se note en un futuro no muy lejano, el inicio debe ser como su palabra indica desde edades muy tempranas de la vida, y si ya no existen los consejos de las personas mayores, somos todos los profesionales de la salud los que debemos impartirlos, desde los propios centros de salud y otros lugares como el trabajo, colegios, asociaciones. Con esa intención se creó la filosofía asistencial de los Equipos de Atención Primaria (EAP), dentro de un mismo centro de salud, donde atendiesen unas zonas básicas de salud, en todos sus aspectos socioasis-

tenciales, aplicando planes preventivos y promocionales de la salud y no solamente los asistenciales. Quizás sea por la poca formación que se recibe precisamente en aprender a trabajar en equipo o en grupo interdisciplinar, no hay que rellenar formularios para cumplir con objetivos, hay que aunar esfuerzos desde la base, con todos los medios al alcance en el lugar de trabajo y todas las fuerzas socioasistenciales disponibles en la zona, sean públicas o privadas. El objetivo es llevar a buen puerto las enseñanzas que nos daban nuestros mayores y

Quando se habla de Sanidad, se comenta la existencia de dos grandes niveles asistenciales, pero se olvida mencionar el "nivel asistencial intermedio", donde se encuentran los centros geriátricos, a caballo entre la Atención Primaria y los hospitales

que redundarán muy favorablemente en la buena calidad de vida y una buena sostenibilidad de nuestro SNS, que adquiere precisamente su denominación con la creación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Lo fácil es pedir nuevas tecnologías, acceso a pruebas complementarias de gama alta, y nos olvidamos de establecer una buena relación médico-paciente, empleando precisamente las nuevas tecnologías de la comunicación de las que disponemos en las consultas y que servirían como medio de consulta con otras especialidades mediante videoconferencia, email, etc. Estas tecnologías pueden ayudar en tiempo real u *offline* a resolver dudas diagnósticas o terapéuticas sin necesidad de sobrecargar otras consultas y sin desplazamientos innecesarios de los pacientes, dando una mayor agilidad. Pero aún sería más práctica la posibilidad de un contacto directo mediante estas tecnologías entre médico y pacientes, tanto para el seguimiento de una determinada patología como para una consulta que no requiere acudir físicamente al médico, lo que conlleva la no masificación de la consulta médica y un descenso del absentismo laboral. Cabe añadir que esto no supondría una sobrecarga al trabajo del profesional, al no tratarse de actuaciones

urgentes. Y en el caso de los crónicos, permitiría atender a más pacientes por esta vía y resolver avisos domiciliarios. Incluso es una vía de seguimiento para la adherencia al tratamiento, paliativos...

Se van incrementando el número de asociaciones de pacientes en diferentes patologías, buscando un mayor acercamiento a la enfermedad que representan y con el objetivo de reclamar las verdaderas necesidades de la misma, para lo cual deben ir juntos los profesionales y los pacientes, que a su vez son una escuela de educación para la salud. Ello permitiría una mayor detección precoz de las enfermedades, así como un mejor desarrollo de los planes preventivos y promocionales de la salud para ese tipo de patologías que representan. Estas medidas se deben desarrollar conjuntamente y estar adaptadas a la realidad del momento presente y futuro, usando como referencia el pasado.

La administración sanitaria, tanto central como autonómica, está fomentando la creación de planes de actuación estratégicos para combatir algunas enfermedades más demandadas (EPOC, ICTUS...), así como por especialidades. Evidentemente sin una intervención interdisciplinar se verán abocadas al fracaso, pues ¿qué enfermedad o especialidad no se ve intervenida en su conjunto por otras especialidades u otros síntomas? Valga de ejemplo la gripe. Para combatirla interviene la prevención, la promoción de la salud, médicos de AP, otras especialidades, incluyendo la epidemiológica. En definitiva, un equipo interdisciplinar, donde debe existir una correcta coordinación, y con ello lograremos una mayor formación, investigación, innovación y dotación de recursos necesarios para continuar ejercitando una buena labor socioasistencial en el presente y futuro.

Con una buena coordinación hay una correcta continuidad asistencial, y todo nos conduce a una sostenibilidad estable de nuestro SNS, actual y futuro. Es cuestión de buenas voluntades por parte de todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, profesionalidad y técnicos preparados que sepan realmente gestionar ■





Atención y cuidados del enfermo crónico

Autor | José María Quintana. Coordinador de la Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Según la OMS, "las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta". En zonas o contextos prósperos, el número de personas con enfermedades crónicas (EC) es cada vez mayor como consecuencia del envejecimiento de la población y debido a una mayor longevidad en las personas con varias condiciones crónicas. Se ha estimado que las enfermedades crónicas fueron responsables de 8,21 millones de muertes y 115 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 2005 en Europa (86 por ciento de todas las muertes y el 77 de todos los AVAD) [1,2], con altas tasas de mortalidad atribuibles al accidente cerebrovascular y ataque cardíaco, al cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y muchas otras condiciones.



José María Quintana

En España, la Encuesta Nacional de Salud 2006 mostró un promedio de 2,8 enfermedades crónicas en personas entre 65 y 74 años, llegando a un promedio de 3,23 en los pacientes mayores de 75 años [3]. En 2006 hubo una hospitalización de cada 3 pacientes de 80 años o más (332 por cada 1.000 habitantes en ese grupo de edad), 1 de cada 5

personas entre 65-79 años (202 admisiones por cada 1.000 habitantes en ese grupo de edad) y 1 de cada 6 en pacientes de 75 o más (168 admisiones por cada 1.000 habitantes de 75 años o más) [4]. Un trabajo reciente sobre hospitalizaciones potencialmente evitables

para 6 condiciones crónicas informaron de tasas de hospitalización de 106 por cada 10.000 habitantes entre 65 y 79 años de

edad, y 240 por cada 10.000 habitantes en personas de más de 80 años [5].

Las enfermedades crónicas son responsables de elevados costes, que tienden a aumentar, y se caracterizan por una variabilidad injustificada en los procesos asistenciales y sus resultados

nizaciones sanitarias para hacer frente a los desafíos de la cronicidad. Todas estas circunstancias han llevado a los responsables

Más allá de los aspectos epidemiológicos y de las consecuencias clínicas y sobre los sistemas de salud, las enfermedades crónicas son responsables de elevados costes, que tienden a aumentar, y se caracterizan por una variabilidad injustificada en los procesos asistenciales y sus resultados; poniendo a prueba a las orga-

políticos y sanitarios a buscar estrategias e intervenciones encaminadas a mejorar los resultados de salud de las personas con enfermedades crónicas, de forma sostenible para los sistemas sanitarios [6-9]. A pesar de que se han experimentado algunas mejoras, todas estas iniciativas requieren más información para apoyar las políticas de salud, la gestión de la salud, las decisiones clínicas, y el empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores. Se necesita conocimiento para determinar si los avances científicos se convierten en una mejor salud y un valor adecuado. Por lo tanto, para llenar esta brecha se requerirá: a) una mayor comprensión sobre la carga de enfermedad actual y próxima y el correspondiente coste, b) información más sólida sobre cómo la gente accede a la atención y lo que sucede a los pacientes como resultado de esta atención, c) una mejor información sobre el desempeño de las organizaciones del ámbito de la salud, d)

la eficacia, efectividad y la eficiencia de las intervenciones clínicas y de organización, así como las políticas de salud sobre el manejo de la atención a enfermos crónicos, pacientes y cuidadores [10]. Un especial énfasis debe hacerse en la evaluación de la continuidad de la atención, el impacto de las nuevas tecnologías de la información y el efecto de las intervenciones dirigidas a empoderar a los pacientes y cuidadores. De todo ello se deriva que el eficiente abordaje de la cronicidad será clave para el buen funcionamiento de nuestro SNS y para la salud de la población.

En junio de 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) aprobó la "Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud", fruto del trabajo de diversas sociedades y asociaciones científicas coordinadas por el ministerio, con el objetivo general de disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras. Fruto de ese trabajo es la presentación en el capítulo de "investigación e innovación" de cuatro grandes objetivos del ámbito de la investigación (objetivos 17 a 20) y que se concretan en 21 recomendaciones [11].

En el año 2003, desde el Instituto de Salud Carlos III se promovió la constitución de diferentes redes de investigación que posibilitará la colaboración entre grupos de investigadores de toda España, una de las cuales fue la red de investigación en resultados y servicios de salud (red IRYSS). A partir del

año 2006 se promovieron las RETICs, redes temáticas de investigación cooperativa, estructuras organizativas formadas por la asociación al Instituto de Salud Carlos III de un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina, de carácter multidisciplinar, dependientes de las diferentes Administraciones públicas y pertenecientes a un mínimo de cuatro Comunidades Autónomas, que tienen como objetivo la realización de proyectos de investigación cooperativa de interés general. En este contexto, ha comenzado a andar en 2013 la

nueva red REDISSEC (Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas), a partir de la convocatoria del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII-Ministerio de Economía y Competitividad), dentro del Subprograma RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud), de la Línea de Articulación del Sistema de la Acción Estratégica en Salud 2012.

REDISSEC tiene como objetivo principal desarrollar la excelencia en los campos de la investigación, el desarrollo e innovación, con el fin de proporcionar evidencias sólidas y pertinentes sobre las mejores políticas, prácticas y modelos organizativos, para tratar así de mejorar los resultados y la sostenibilidad financiera de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes crónicos en España.

La Red está compuesta por 117 investigadores repartidos en 14 grupos de 8 CCAA. Estos investigadores pertenecen a distintos organismos, que incluye tanto centros hospitalarios, como de Atención Primaria, agencias de evaluación de tecnologías, o dependientes de departamentos de Sanidad de comunidades autónomas.

La actividad científica de REDISSEC se

orientará hacia los problemas de salud de mayor relevancia para el Sistema Nacional de Salud, tratando de aportar información de valor para servir de soporte a las estrategias de salud desarrolladas por el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, REDISSEC trabajará conjuntamente con las asociaciones de pacientes al objeto de garantizar que los objetivos de sus proyectos de investigación tengan en cuenta y contribuyan a dar respuesta, complementariamente, a las necesidades de los pacientes.

REDISSEC va a desarrollar un programa científico global sobre investigación en servicios sanitarios, que tiene por objeto:

1. Caracterización de la cronicidad y el cuidado de las enfermedades crónicas mediante la descripción del fenómeno de la cronicidad: la carga de las enfermedades crónicas, necesidades satisfechas y no satisfechas, la utilización de servicios de salud, la equidad en el acceso a la atención y el impacto presupuestario de las enfermedades crónicas;
2. La evaluación de cómo los proveedores de salud u organizaciones de asistencia sanitaria proporcionan servicios para cubrir las necesidades de la población y de los pacientes, de forma oportuna, segura y eficiente;
3. Estudiar el impacto de las intervenciones en los pacientes crónicos y sus cuidadores, prestando especial atención a la eficacia, efectividad y la eficiencia;
4. Evaluación del impacto de las estrategias de política de salud, con un enfoque específico en la evaluación de necesidades de la población, la equidad en el acceso y la eficiencia en la asignación;
5. Potenciación de la innovación en la investigación de servicios sanitarios, a través de desarrollo de la investigación metodológica y herramientas de transferencia destinadas a mejorar la metodología de los estudios y la atención médica en pacientes crónicos.



REDISECC no está pensada solo para incrementar la producción científica española en este campo, lo que sin duda permitirá a nuestro país competir en el terreno internacional, sino que, sobre todo, tiene vocación de servir al Sistema Nacional de Salud; esencialmente, poniendo la ciencia a disposición del cuidado a los enfermos crónicos. Aspectos en los que REDISECC trabajará para ampliar y mejorar los fundamentos científicos sobre la planificación, organización y provisión de los servicios de salud para responder adecuadamente a las patologías crónicas serán: a) mejorar el acceso efectivo a los cuidados sanitarios promoviendo la equidad y una atención segura, b) mejorar el uso adecuado de las tecnologías sanitarias, programas y servicios; c) asegurar la continuidad de la atención sanitaria, d) el aumento de la eficacia, efectividad y la seguridad, y, e) garantizar la eficiencia en la provisión de servicios. En definitiva, informando las decisiones públicas en cuanto a qué cuidados se deben proveer, a quién, de qué manera, con qué coste. Se trata de proporcionar evidencias sólidas que mejoren las políticas, las prácticas y los modelos organizativos en la atención al paciente crónico y para tratar de mejorar los resultados de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes crónicos en España. Un aspecto importante y singular del trabajo de esta red es que además de la difusión de sus conclusiones a través de publicaciones científicas una labor específica y muy relevante para el SNS será el de desarrollo de herramientas de traslación e innovación que aporten soluciones concretas en aspectos prioritarios de la atención a los crónicos.

Finalmente, es objetivo de esta red el trabajar conjuntamente con otros agentes centrados en la atención a los enfermos crónicos como puede ser el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las diferentes Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, otras RETICS y CIBER, colegios profesionales y asociaciones de paciente, de manera que actuaciones sinérgicas puedan facilitar la obtención de soluciones aplicables en el SNS. En este sentido, las recomendaciones que sobre

investigación se realizan en la "Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud" del MSSSI servirán de orientación a nuestras propuestas de investigación, así como aquellas originadas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Programa Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2013-2016, y el esquema de la Unión Europea reflejado en «Horizonte 2020». ■

Bibliografía

1. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. Available from: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf
2. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, et al. Tackling Chronic Disease in Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. Available from: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges>
3. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y política social. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>
4. Suárez García FM, Jiménez Torres F, Peiró S, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2010;4(1): 299-313.
5. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, et al. Variabilidad en las Hospitalizaciones Potencialmente Evitables relacio-

nadas con la reagudización de enfermedades crónicas. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2011;4(2):345-63.

6. United Nations General Assembly Resolution on the prevention and control of noncommunicable diseases (Agenda item 114 (A/64/L.52)). New York: United Nations; 2010. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E
7. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>.
8. Institute of Medicine. Country-Level Decision Making for Control of Chronic Diseases: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.
9. European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). Chronic diseases - A Clinical And Managerial Challenge. Copenhagen: HOPE; 2011.
10. Singh D; Surrey and Sussex Primary Care Trust Alliance. Transforming chronic care: a systematic review of the evidence. Evid Based Cardiovasc Med. 2005;9:91-4.
11. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
12. Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016. Ministerio de Economía y Competitividad 2013. En: <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnextoid=83b192b9036c2210VgnVCM1000001d04140aRCRD>

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.





SE CELEBRA UNA JORNADA, ORGANIZADA
POR LA REVISTA EL MÉDICO Y EL MÉDICO INTERACTIVO,
MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE GRUPO SANED,
LA FUNDACIÓN BAMBERG Y LUNDBECK ESPAÑA

La atención a la
Salud Mental
en **Castilla-La Mancha**
es una prioridad, de hecho,
todos los recursos de la red
se han mantenido intactos
en los dos últimos años

Texto y fotos | Ana Montero



El consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, ha clausurado la jornada, en la que se ha analizado la situación actual de la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma, sus fortalezas, debilidades, y sus planteamientos y retos de futuro

Con el objetivo de analizar cómo se vertebraba la atención a la Salud Mental en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, representantes de la administración, clínicos, miembros de asociaciones de pacientes y expertos relacionados con la Salud Mental se han reunido en el marco de una jornada, organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España. Así pues, durante el encuentro, que ha sido clausurado por José Ignacio Echániz Salgado, consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad de Castilla-La Mancha, se han puesto sobre la mesa las principales fortalezas, los éxitos, las barreras y las debilidades de la atención a las enfermedades mentales en esta comunidad castellanomanchega, pionera en armonizar el ámbito sanitario con el sociosanitario.

Además, junto al consejero, han participado en el encuentro: Javier Hernández Pascual, director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección (DGCPOI); María Dolores Rubio, directora general de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo; Jaime Domper Tornil, director regional de Salud Mental del SESCAM; Víctor Devolx Neyra, director regional adjunto de Salud Mental del SESCAM; Susana García-Heras, directora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha; M^a del Pino Morales Socorro, coordinadora de Salud Mental de Toledo y jefa de servicio de Psiquiatría del SESCAM; Catalina Cano Masa, coordinadora de equipos de la gerencia de Atención Primaria de Toledo; Ángel María Martín Fernández Gallardo, jefe de área de Farmacia, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM; Aurora

Sánchez González, jefa del servicio Sociosanitario (DGCPOI); Carmen Lara Sánchez, jefa de sección del servicio de Ordenación (DGCPOI); María José Calderón Guzmán, presidenta de la Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES); Javier Ortega Santamaría, director de la Residencia Comunitaria de Albacete de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS); y Flor Morillo Garay, jefa del servicio de Planificación.

Por su parte, Echániz ha puesto en valor el papel de los profesionales sanitarios, “su labor es impagable porque hacen realidad a diario la asistencia en un ámbito tan relevante y delicado como es la Salud Mental”. Además, en este sentido, el

consejero ha recordado la compleja situación económica que se ha vivido en la comunidad en los dos últimos años. “Nos encontramos con más de 600.000 facturas en los cajones, pero, en estos momentos, la situación no es tan delicada, y ya podemos pagar a los proveedores”. Así pues, como ha explicado el responsable de la Sanidad castellanomanchega, hoy ya no hay facturas sin contabilizar, pero esa deuda comercial se ha transformado en deuda financiera que hay que pagar, “cada día, sólo en Sanidad, pagamos 3 millones de euros sólo de intereses, por tanto, es importante no dejar a tu sucesor una situación económica perversa que lastra el presupuesto diario de la gestión y compromete a futuro”, ha declarado.

En este sentido, el consejero ha insistido en que esta labor de reconversión se ha podido hacer gracias a los profesionales sanitarios y a su responsabilidad diaria.

“Ellos han puesto lo mejor de su capacidad para resolver los problemas coyunturales que teníamos y para afrontar el futuro con esperanza, de manera que no ha sido una labor hecha desde los despachos sino hecha gracias a cada micro acto médico”, ha subrayado.

Por otra parte, respecto al abordaje de la Salud Mental en la comunidad, Echániz ha señalado que “los problemas relacionados con la Salud Mental cada vez tienen mayor incidencia y penetración, y, por tanto, el reto es que el sistema se transforme permanentemente para poder dedicarles tiempo y esfuerzo”.

Abordaje integral del paciente

En este contexto, durante la jornada se ha concluido que la atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha es una “prioridad” dentro del conjunto de las actividades sanitarias, de hecho, todos los recursos de la red se han mantenido intactos en los últimos dos años, tal y como ha reconocido Javier Hernández Pascual, director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección (DGCPOI), estructura que lidera la Estrategia de Salud Mental y que coordina los aspectos que tienen que ver con la red sanitaria y sociosanitaria de esta comunidad autónoma, pionera en integrar los asuntos sociales y sanitarios, y caracterizada, además, por su gran dispersión geográfica y su importante índice de ruralidad, “una circunstancia que está muy presente en todos los ejercicios de planificación y organización de los servicios”, tal y como ha reconocido Hernández Pascual.

Así pues, según han manifestado los expertos, una de las principales fortalezas de la atención a la Salud Mental en la comunidad castellanomanchega es que en la implantación y el desarrollo de esa Estrategia de Salud Mental, “que va más allá de un catálogo de objetivos, más propio de un Plan de Salud Mental que, por otra parte ya tenemos integrados”, como ha



matizado Hernández Pascual, están implicados todos los actores del sector, desde los médicos a las enfermeras, psicólogos, resto del personal, e, incluso, los propios pacientes y sus familias. “Esta hoja de ruta, compartida por todos ellos, contempla objetivos precisos y medibles de mejora y marca las pautas a seguir en los próximos años, a partir de un estudio-análisis detallado de la situación (indicadores epidemiológicos, de utilización de servicios, de encuestas de salud...) que, en estos momentos, está muy avanzado y que, en los próximos meses, inicia un proceso de consulta y trabajo con las asociaciones de pacientes, con los responsables de Salud Mental del SESCOCAM y con el resto de los profesionales para enriquecer el documento de partida”, según palabras del director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección.

Del mismo modo, como han explicado, otra de las fortalezas es que la red de atención a la Salud Mental está gestionada de ma-

nera integrada, es decir, que armoniza el espacio sanitario y el sociosanitario. En este contexto, se enmarca la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha que gestiona, orquesta y coordina la labor que desempeñan tanto los recursos propios de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha como los recursos que se gestionan desde las asociaciones de familiares de pacientes, entre otros, residencias, viviendas supervisadas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral... Asimismo, entre sus principales fines, como ha explicado su directora, Susana García-Heras, está la prevención, la atención residencial, el apoyo comunitario, y la rehabilitación psicosocial y laboral de las personas que

padecen trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social. En este punto, los expertos han subrayado que la colaboración con las asociaciones de pacientes es “clave” y, también, se ha destacado su nivel “máximo” de compromiso e implicación.

“La red es mejorable, y nuestra ambición es mejorarla, porque los recursos en Salud Mental siempre tendrán que crecer aunque sólo sea por un motivo de tipo demográfico y por el envejecimiento natural de la población”, ha señalado Javier Hernández Pascual, quien, además, ha argumentado que la preocupación de la Administración pasa por mejorar ciertos aspectos de la eficiencia en la utilización de la red de recursos en Salud Mental. “Estamos satisfechos de nuestra red y en los dos últimos años hemos hecho todo lo posible por mantenerla y consolidarla”, ha apostillado.

Además, tal y como ha detallado María Dolores Rubio, directora general de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo, “entre los logros de la Salud Mental y la Salud Pública en Castilla-La Mancha destaca la normalización en la atención clínica de estos pacientes; la puesta en marcha un programa de vigilancia epidemiológica dedicado a la enfermedad mental; y en especial, al suicidio, en un estudio conjunto con la Universidad de Harvard. Del mismo

Existen herramientas de gestión “muy avanzadas” que garantizan que la provisión de servicios sea global y que en su abordaje transversal e integral se comprometan los servicios sanitarios

modo, se podría destacar, dentro del Observatorio de Drogas de Castilla-La Mancha, la puesta en marcha de un programa especial de vigilancia del consumo tranquilizantes y sustancias psicoactivas”.

Por otra parte, como también se ha señalado durante la jornada, el paciente con enfermedad mental grave es un paciente crónico en el que se desarrollan una serie de elementos y criterios que transforman y reformulan el modelo de asistencia. En el



CONCLUSIONES FORO DE SALUD MENTAL

- La atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha es una prioridad dentro del conjunto de las actividades sanitarias de la comunidad, de hecho, todos los recursos de la red se han mantenido intactos en los últimos dos años. No obstante, desde la administración trabajan por avanzar en la eficiencia de la utilización de los mismos.
- Una de las principales fortalezas de la atención a la Salud Mental en la comunidad castellanomanchega es que en la implantación y el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de Castilla-La Mancha están implicados todos los actores del sector, desde los médicos a las enfermeras, psicólogos, e, incluso, los propios pacientes y sus familias. Esta "hoja de ruta", compartida por todos ellos, contempla objetivos precisos y medibles de mejora y marca las pautas a seguir en los próximos años, a partir de un análisis detallado de la situación que, en estos momentos, está muy avanzado y que, en los próximos meses, inicia un proceso de consulta con las asociaciones de pacientes, con los responsables de Salud Mental del SESCAM y con el resto de los profesionales para enriquecer el documento de partida.
- La red de atención a la Salud Mental está gestionada de manera integrada, es decir, armoniza el espacio sanitario y el sociosanitario. Así pues, tal y como han señalado los expertos, la atención a las personas con enfermedad mental exige un conjunto coordinado de actuaciones sanitarias y sociosanitarias, con soportes profesionales y organizativos adecuados. Es en este contexto donde se enmarca la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha que or-

questa tanto recursos de la propia Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha como los recursos que gestionan las asociaciones de pacientes.

Entre sus principales fines está la prevención; la atención residencial; el apoyo comunitario; y la rehabilitación psicosocial y laboral de las personas que padecen trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social. En este punto, se ha subrayado que la colaboración con las asociaciones de pacientes es clave y, del mismo modo, se ha destacado como fortaleza su nivel máximo de compromiso e implicación.

- El paciente con enfermedad mental grave es un paciente crónico en el que se desarrollan una serie de elementos y criterios que transforman el modelo de asistencia. Por tanto, ante nuevos escenarios es preciso articular nuevos modelos de organización de servicios y de procesos. En el caso concreto de la comunidad castellanomanchega, existen herramientas de gestión, como los procesos asistenciales integrados, que garantizan, sin fragmentación, que la provisión de servicios al paciente sea global y, por tanto, que en su abordaje transversal e integral se comprometan los servicios sanitarios, con especial protagonismo para Atención Primaria, y los sociosanitarios. El paciente ha de estar en el centro y el trabajo coordinado debe realizarse para mejorar su calidad de vida. Asimismo, se ha calificado como importante que la actividad asistencial se desarrolle por equipos multidisciplinares, estructurados de forma interdisciplinar, para garantizar la continuidad de cuidados. Aquí se ha puesto en

valor el papel de la Enfermería especializada en Salud Mental.

- En esta línea, por lo que se refiere a los procesos asistenciales, los expertos han explicado que, en la actualidad, en Castilla-La Mancha existen dos procesos en marcha, uno para el trastorno mental grave y otro para la detección de los primeros episodios psicóticos, y otros dos en proceso de desarrollo, uno para el trastorno mental común y otro para la detección temprana de patología mental grave.
- Asimismo, dentro de este contexto, facilitar la transmisión de información es clave a la hora de abordar una gestión integral de los procesos y dar continuidad a los cuidados. Aquí las TIC están desempeñando un papel esencial en el manejo del paciente con problemas de Salud Mental. Concretamente, en Castilla-La Mancha cuentan con una herramienta novedosa, una aplicación informática específica, que permite el acceso a la información del paciente desde todos los estamentos. En esta web se recogen datos mínimos comunes del paciente procedentes de la historia clínica de Atención Primaria, de Atención Especializada, de la Fundación Sociosanitaria y de los demás dispositivos sociales.
- La formación del profesional y la gestión del conocimiento, dentro de la propia organización, es clave, de hecho, ha de fluir, transformarse y convertirse en elementos de mejora. En este sentido, tanto la Consejería como el SESCAM promueven programas de formación continuada en diferentes formatos y modalidades.
- Como principales debilidades, se ha identificado la existencia de una excesiva medicalización que tiene como consecuencia un incremento de la incidencia de la enfermedad mental común. Este hecho plantea un reto importante para los médicos de Atención Primaria, puerta de entrada de estas patologías.



- Dentro del capítulo de Farmacia, se ha señalado que, en el campo de Salud Mental, se ha producido un incremento de los recursos disponibles y un crecimiento de la prescripción que ha modificado los tratamientos en la mayoría de los pacientes. En este sentido, se ha recogido la existencia de indicadores, consensuados por los profesionales, que miden prevalencia y uso y también calidad.
- Además, se han referido a la prescripción informatizada como herramienta de ayuda a la prescripción ligada a la mejora de la calidad, al igual que las guías farmacológicas como apoyo al profesional a la hora de prescribir; y también a la receta electrónica que abre un canal de comunicación con el farmacéutico en el tema del cumplimiento y adhesión a tratamientos.
- Asimismo, también en el ámbito de los tratamientos farmacológicos, se ha puesto de manifiesto que es clave vigilar la seguridad y profundizar en la eficiencia en el uso de los medicamentos.
- También se ha insistido en la necesidad de avanzar en la capacitación del propio paciente y de sus cuidadores, en un concepto amplio de recuperación; y en la importancia de contar con el feed-back de las familias. También han subrayado la importancia que tiene tener una actitud proactiva para combatir el estigma asociado a las enfermedades mentales.
- En otro orden de cosas, se ha explicado la relación de la Consejería de Sanidad con otras administraciones, tal es el caso de la Consejería de Educación, con quien trabajan con el objetivo de habilitar a los docentes para que sean capaces de identificar de manera temprana algunos aspectos que preocupan en la conducta infanto-juvenil (TCA, TDH...); y también el de las administraciones penitenciarias.

caso concreto de la comunidad castellano-manchega, existen herramientas de gestión, “muy avanzadas”, según palabras de Hernández Pascual, como los procesos asistenciales integrados, “que garantizan, sin fragmentación, que la provisión de servicios al paciente sea global y, por tanto, que en su abordaje transversal e integral se comprometan los servicios sanitarios, con especial protagonismo para Atención Primaria, y los servicios sociosanitarios”, tal y como ha explicado Jaime Domper Tornil, director regional de Salud Mental del SESCAM.

“El paciente ha de estar en el centro y el trabajo coordinado debe realizarse para mejorar su calidad de vida”, aseguraba, también al hilo, Javier Ortega Santamaría, director de la Residencia Comunitaria de Albacete de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS).

En esta misma línea, por lo que se refiere a los procesos asistenciales, Víctor Devolx Neyra, director regional adjunto de Salud Mental del SESCAM, ha explicado que, en la actualidad, en Castilla-La Mancha, existen dos procesos en marcha, uno para el trastorno mental grave y otro para la detección de los primeros episodios psicóticos; y otros dos en proceso de desarrollo, uno para el trastorno mental común y otro para la detección temprana de patología mental grave. Además, como han informado, dentro de estos procesos, existe una figura de referencia que es responsable del paciente en todo su proceso asistencial y, más concretamente para los casos complejos, se activa la figura de gestor de caso, que hace una intervención más concreta y operativa. Por su parte, Hernández Pascual ha apostillado que, en los casos más graves, existen tutores que atienden otras cuestiones, por ejemplo de tipo legal, a veces muy

interrelacionadas con su evolución en el sistema.

Asimismo, dentro de este contexto, los expertos han concluido que facilitar la transmisión de la información es “clave” a la hora de abordar una gestión integral de los procesos y dar continuidad a los cuidados. Aquí las TIC están desempeñando un papel esencial en el manejo del paciente con problemas de Salud Mental. Concreta-

Dentro de la atención a la Salud Mental existe una figura de referencia que es responsable del paciente en todo su proceso asistencial y, más concretamente para los casos complejos, se activa la figura de gestor de caso

mente, en Castilla-La Mancha, tal y como ha indicado Devolx, cuentan con una herramienta novedosa, una aplicación informática específica, que permite el acceso a la información del paciente desde todos los estamentos, con independencia de su ubicación administrativa y física.

Así pues, en esta web se recogen datos mínimos comunes del paciente, procedentes de la historia clínica de Atención Primaria, de Atención Especializada, de la Fundación Sociosanitaria y de los demás dispositivos sociales, “de manera que, entre todos, se aporten elementos para conformar el plan de intervención individual del paciente, con la mayor riqueza posible, y así, facilitar el seguimiento, la evolución y las evaluaciones del mismo, para que no se pierda y esté continuamente monitorizado”, según ha especificado el experto.

De igual modo, se ha insistido en que la actividad asistencial ha de desarrollarse a través de equipos multidisciplinares, estructurados de forma interdisciplinar, para garantizar la continuidad de cuidados. Aquí, Aurora Sánchez González, jefa del servicio Sociosanitario (DGCPOL), ha puesto en valor el papel de la Enfermería especialista en Salud Mental.

Por su parte, la directora general de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo ha analizado la situación en la que se encuentra la Administración castellanomanchega



FOROS EL MÉDICO

Salud Mental en Castilla-La Mancha

a la hora de incorporar avances clínicos, tecnológicos y terapéuticos en el ámbito de la Salud Mental y la Salud Pública, “nos encontramos en una verdadera fase integradora y organizativa de estos pacientes. Tanto los problemas relacionados con la Salud Mental como los relacionados con el mundo de las adicciones, constituyen un importante problema de Salud Pública, problemas, además, cada vez más relacionados entre sí, no llegándose en muchos casos a conocer la verdadera etiología del proceso, si, por ejemplo, el consumo de alcohol fue el motivo o la consecuencia, de la ya conocida como Patología dual”.

En este sentido, tal y como reconocía Rubio, “precisamente, por el conocimiento de esta estrecha relación entre la Salud Mental y el abuso de sustancias, que por sí mismo ya supone un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas de tipo mental, creemos en la necesidad de que tanto el abordaje diagnóstico, como el terapéutico de estos pacientes se realice de una forma más integral e innovadora desde las unidades especializadas, puesto que, además estos pacientes comparten el estigma y la discriminación asociados con sus padecimientos”.

Espacio sociosanitario

En otro orden de cosas, Sánchez González ha lamentado que el espacio sociosanitario esté siempre pendiente de redefinir. “En la actualidad tendemos a coordinar los recursos sociales y sanitarios porque crear una integración única, más en estos momentos, es complicado”. Así pues, como ha señalado la experta, para avanzar en esa coordinación se hace un esfuerzo desde los diferentes ámbitos, desde los servicios de salud y los servicios sociales, intentando integrar protocolos de coordinación, de derivación, de gestor de casos... Del mismo modo, en el ámbito de infancia y adolescencia, Sánchez González ha explicado que

también se hacen esfuerzos de coordinación con la Consejería de Educación, con quienes trabajan con el objetivo de habilitar a los docentes para que sean capaces de identificar de manera temprana algunos aspectos que preocupan en la conducta infanto-juvenil (TCA, TDH...); y también la Consejería de Justicia. Al hilo, Hernández Pascual ha recordado que se están dando pasos en la creación del espacio sociosanitario con las gerencias integradas, “llamadas a ser el ámbito de gestión integrada de lo sanitario y lo social”. En este sentido, el director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección ha señalado también que están avanzando en la reordenación de los recursos de larga estancia.

También, M^a del Pino Morales Socorro, coordinadora de Salud Mental de Toledo y jefa de Servicio de Psiquiatría del SESCAM, se expresaba en estos términos y argumentaba que “la coordinación socio-sanitaria, a nivel de área sanitaria, es ya una realidad en la práctica”. De hecho, como ha explicado, existen comisiones y reuniones periódicas para armonizar y poner en común funcionamientos y protocolos. En este contexto, la Atención Primaria también tiene su papel a desempeñar en dichas comisiones, analizando y reordenando de la mejor manera posible los recursos, tal y como ha expuesto Catalina Cano Masa, coordinadora de equipos de la gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Herramientas de ayuda a la prescripción

Dentro del capítulo de la coordinación de la asistencia farmacéutica, “que no es considerado un apéndice dentro de la Estrategia de Salud Mental, sino una parte central y fundamental, integrada y transversal”, como ha apostillado el director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección, se ha señalado que, en el campo

de Salud Mental, se ha producido un incremento de los recursos disponibles, ligado a la aparición de novedades, y por tanto, un crecimiento de la prescripción que ha modificado los tratamientos en la mayoría de los pacientes. En este sentido, Ángel María Martín Fernández Gallardo, jefe de Área de Farmacia, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM, ha explicado la existencia de una serie de indicadores, consensuados por los profesionales, que miden prevalencia y uso y también calidad.

“El incremento del gasto en este tipo de patologías tiene que ver con la aparición de novedades que no siempre están acompañadas de la suficiente evidencia acerca de la mejora que supone con respecto a lo existente”, ha añadido el jefe de área de Farmacia, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM. En este contexto, el experto ha puesto en valor que el 25 por ciento de los recursos terapéuticos en Atención Primaria se destinan a medicamentos directamente relacionados con el Sistema Nervioso Central.

Además, Martín Fernández se ha referido a la prescripción informatizada como herramienta de ayuda a la prescripción ligada a la mejora de la calidad, al igual que las guías farmacológicas como apoyo al profesional a la hora de prescribir; y también a la receta electrónica que abre un canal de comunicación con el farmacéutico, sobre todo, en el tema del cumplimiento y adhesión a los tratamientos, “este profesional se incorpora al equipo de seguimiento del tratamiento, tan importante para los enfermos mentales”, ha apostillado Hernández Pascual.

“La prescripción informatizada está cambiando los sistemas de información y los controles a los que el médico no tenía capacidad de acceso con la prescripción manual, simplemente, por la imposibilidad material de asimilar todo el conocimiento disponible y, además, permite el control de interacciones y el reconocimiento de efectos adversos”, ha subrayado el experto.

Asimismo, también en el ámbito de los tra-

tamientos farmacológicos y de terapias, el director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección ha puesto de manifiesto la importancia “clave” de vigilar la seguridad en el uso de los medicamentos, “por la fragilidad de los pacientes”, como ha matizado.

Por su parte, M^a del Pino Morales Socorro, coordinadora de Salud Mental de Toledo y jefa de servicio de Psiquiatría del SESCAM, ha puesto en valor la libertad de prescripción del facultativo, por encima de las soluciones informatizadas, sin embargo, ha subrayado que “es necesario una reorganización ética de los profesionales y del sistema respecto a la prescripción, una especie de observatorio, no sólo a nivel regional, incluso nacional, y también un recuerdo de la verdadera eficacia de los fármacos, de cara a evitar la variabilidad”.

En otro orden de cosas, como debilidades, el director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección ha identificado que una excesiva medicalización tiene como consecuencia un incremento de la incidencia de la enfermedad mental común, un hecho que plantea un reto importante para los médicos de Atención Primaria, puerta de entrada de estas patologías, y también para la eficiente utilización de los recursos en Salud Mental.

Del mismo modo, durante la jornada, se ha insistido en la necesidad de avanzar en la capacitación del propio paciente y de sus cuidadores, en un concepto amplio de recuperación; y en la importancia de contar con el *feed-back* de las familias. “Hemos pasado dos años muy malos, no había recursos, pero los servicios tenían que funcionar y, en este sentido, las familias los han seguido manteniendo, con el esfuerzo añadido de la gestión”, tal y como ha reconocido Hernández Pascual.

También, se ha subrayado la importancia de la formación del profesional y la gestión del conocimiento dentro de la propia organización, como factor “clave” para transformarse y convertirse en elementos de mejora y, en este sentido, los expertos

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

JOSÉ IGNACIO ECHÁNIZ SALGADO. Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad de Castilla-La Mancha

DOLORES RUBIO Y LLEONART. Directora General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

JAVIER HERNÁNDEZ PASCUAL. Director General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección (DGCPOI)

JAIME DOMPER TORNI. Director Regional de Salud Mental del SESCAM

VÍCTOR DEVOLX NEYRA. Director Regional Adjunto de Salud Mental del SESCAM

SUSANA GARCÍA- HERAS. Directora Fundación Sociosanitaria CLM

M^a DEL PINO MORALES SOCORRO. Coordinadora de Salud Mental Toledo y Jefa Servicio Psiquiatría del SESCAM

CATALINA CANO MASA. Coordinadora de equipos. Gerencia Atención Primaria. Toledo.

ÁNGEL MARÍA MARTÍN FERNÁNDEZ GALLARDO. Jefe Área de Farmacia, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM

AURORA SÁNCHEZ GONZÁLEZ. Jefa Servicio Sociosanitario (DGCPOI)

CARMEN LARA SÁNCHEZ. Jefa de Sección, Servicio de Ordenación (DGCPOI)

MARÍA JOSÉ CALDERÓN GUZMÁN. Presidenta de la Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES)

JAVIER ORTEGA SANTAMARÍA. Director de Residencia Comunitaria de Albacete de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS)

FLOR MORILLO GARAY. Jefa del servicio de Planificación

han explicado que, tanto la Consejería como el SESCAM, promueven numerosos programas de formación continuada en diferentes formatos y modalidades. Además, se ha dejado de manifiesto que es esencial tener una actitud proactiva para combatir el estigma asociado a las enfermedades mentales. En este contexto, María José Calderón Guzmán, presidenta de la Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES), ha puesto en valor el movimiento asociativo y ha remarcado la importancia de avanzar en la detección precoz de las enfermedades mentales, “para llegar antes a la patología”, según sus propias palabras; y ha reclamado la ayuda de todos los actores para apoyar a las familias.

Por último, como retos de futuro en el ámbito de la Salud Mental castellano-manchega, se ha identificado la necesidad de un mayor esfuerzo en materia de prevención en materia de Salud Mental, “destacando, especialmente, la prevención de la depresión y del suicidio”, tal y como ha señalado María Dolores Rubio; y la puesta en marcha de nuevos servicios de asesoramiento telefónico para este tipo de pacientes, “lo que reducirá los grados de ansiedad y preocupación, así como, la frecuentación de este tipo de pacientes”, según palabras de la experta, quién, además, ha señalado que el tercer reto “y más importante” es conseguir un mejor control y mejores resultados terapéuticos ■



reforma

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Un acuerdo histórico y la imparable sanitaria protagonizan 2013

Sin duda alguna, la firma del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) entre el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica ha sido el hecho sanitario más relevante de 2013. Pero también ha dado mucho que hablar el proceso de externalización sanitaria en la Comunidad de Madrid, con sus continuas idas y venidas judiciales, así como la primera huelga sanitaria gallega de la era Feijóo. La lucha encarnizada del Gobierno central contra la subasta andaluza de fármacos, el fracaso del euro por receta en Cataluña y Madrid o la implantación del copago de fármacos hospitalarios ambulatorios han sido otros asuntos destacados del año que nos acaba de dejar.

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

Un acuerdo histórico y la imparable reforma sanitaria protagonizan 2013

En el mes de abril, un documento enviado por el Gobierno central a Bruselas sacaba a la luz nuevas medidas de ahorro que se iban a implantar en el año 2013, como la reforma de la cartera de servicios (donde 36 sociedades científicas se comprometían a colaborar con el Ministerio en su revisión a través del proyecto 'Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas en España'), la reducción del gasto farmacéutico o la implantación de la E-Salud y de un nuevo modelo de gestión clínica. En el ámbito de la dependencia, los beneficiarios verían incrementada su contribución en un 5 por ciento. Con todo esto, el Plan de Reformas para 2013 establecía un recorte de 3.134 millones de euros en Sanidad y de 828 para Dependencia.

El año se iniciaba con la suspensión cautelar del euro por receta en Cataluña a cargo del Tribunal Constitucional (TC). Ésta era la consecuencia lógica de la admisión a trámite de un recurso presentado por el Gobierno central contra una medida aprobada por la Generalitat en marzo de 2012 y que había generado una gran polémica social a lo largo de los últimos meses. El Ejecutivo de Mariano Rajoy alegaba que las comunidades autónomas no pueden incidir directa o indirectamente en la fijación de precios de productos farmacéuticos, según establece el artículo 149.1.16 de la Constitución Española. A finales del mes de enero, el mismo tribunal también dejaba en suspenso el euro por receta en Madrid al resolverse otro recurso idéntico.

El concurso andaluz de fármacos, retrato de una obsesión

Otra medida que continuaba su particular 'vía crucis' judicial era la subasta andaluza de fármacos, planteada y desarrollada en 2012. El pleno del TC hacía público en enero el auto por el cual se procedía al levantamiento de su suspensión tras el recurso presentado por el Gobierno central.

La resolución reconocía que las alegaciones presentadas por la Abogacía del Estado "carecen de entidad suficiente" para impedir su desarrollo. De este modo, y a la

espera de la resolución que "en su día se adoptó respecto al debate de fondo", el alto tribunal aceptaba la petición de la Junta de Andalucía de levantar, por segunda vez, una suspensión que regía desde el pasado 1 de agosto en

base a la "presunción de validez propia de las leyes".

El Gobierno central volvía a la carga en febrero y llevaba la medida andaluza al TC por tercera vez desde que se puso en marcha, solicitándose nuevamente la suspensión de la norma por vulnerar las competencias estatales en relación con la legislación farmacéutica. El alto tribunal admitía a trámite el conflicto de competencias planteado por el Ejecutivo contra la segunda convocatoria pública para la subasta de medicamentos en Andalucía, pero ya no contemplaba su paralización. En esta ocasión, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) había sacado a concurso 330 principios activos. Muchos de los medicamentos ofertados quedaron desiertos, por lo que se vislumbraba un nuevo concurso.

Dicho y hecho. La Junta de Andalucía lanzaba una nueva convocatoria para un total de 288 principios activos diferentes de 148 subgrupos farmacoterapéuticos y el Gobierno central la recurría por la vía contencioso-administrativa. El tercer concurso público de selección de medicamentos se resolvía con la elección de 12 laboratorios. Entre los fármacos seleccionados había antiulcerosos, hipoglucemiantes, antitrombóticos, diuréticos, antihipertensivos, reductores del colesterol y los triglicéridos, antifúngicos, antibióticos, inmunosupresores, antiinflamatorios, anti-

histamínicos y ansiolíticos. Se estima que los fármacos seleccionados empezarán a dispensarse en las farmacias andaluzas en febrero de 2014.

Reforma de la Ley del Medicamento

Paralelamente, la mayoría absoluta del PP se había impuesto en julio para que la reforma de la Ley del Medicamento 29/2006 fuera aprobada tanto en el Senado como, posteriormente, en el Congreso. No sólo se incorporaban dos directivas europeas para mejorar los sistemas de farmacovigilancia, ofrecer más seguridad a la población y evitar la falsificación de fármacos, sino que la nueva norma afectaba directamente a la subasta andaluza -impide a las autonomías introducir diferencias en el catálogo, precio y condiciones de acceso a los medicamentos y productos sanitarios y modificar el precio industrial que fije el Ministerio de Sanidad- y a los equivalentes terapéuticos (grupos farmacológicos que comparten alguna indicación terapéutica).

En el mes de septiembre, María José Sánchez Rubio relevaba a María Jesús Montero -responsable de la polémica subasta de fármacos- al frente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía. Con este cambio de perfil, la nueva presidenta del Gobierno andaluz,

Susana Díaz, pretendía focalizarse en los asuntos sociales y otorgarle más peso político a la igualdad. La ex consejera de Salud pasaba a hacerse

cargo de la cartera de Hacienda y Administraciones Públicas. En el Congreso de los Diputados, sin embargo, era el propio Manuel Cervera quien, por sorpresa, anunciaba su decisión de abandonar la política activa. Rubén Moreno, diputado por Valencia, ocupaba entonces su cargo de portavoz del PP en la Comisión de Sanidad.

Sanidad llega a un acuerdo con el Foro de la Profesión Médica

El 11 de febrero, el Foro de la Profesión

Médica firmaba un acuerdo de colaboración con Sanidad que suponía, entre otras cosas, el aplazamiento 'sine die' de una gran manifestación convocada para el día 23-F bajo el lema "En defensa de nuestro sistema de salud". En este contexto, el Ministerio se comprometía a: formar una comisión de seguimiento y tres grupos de trabajo, establecer dos meses de plazo para presentar las conclusiones finales y elevar todo esto al Consejo Interterritorial del SNS. El convenio había sido propuesto por la ministra Ana Mato y su secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, durante una reunión mantenida a finales de enero con altos representantes de las siete organizaciones que conforman el Foro.

Como consecuencia de todo esto, la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CCOO), la Federación de Servicios Públicos de UGT (FSP-UGT), la Unión Sindical y Auxiliares de Enfermería (USAE), el sindicato de Enfermería SATSE y el Sector Nacional de Sanidad CSI-F presentaban una queja a la Defensora del Pueblo por la "reiterada y constante" vulneración del derecho a la libertad sindical y a la negociación colectiva llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad al no haberse constituido una mesa de diálogo con representación de todos estos sindicatos que legitimara de alguna manera el acuerdo alcanzado con el Foro de la Profesión Médica, donde se tratan cuestiones profesionales y laborales.

Pese a las quejas sindicales, el 30 de julio se firmaba en el Palacio de la Moncloa el Pacto por la Sostenibilidad del Sistema Sanitario entre el Foro de la Profesión Médica y Sanidad, al que se unía el Consejo General de Enfermería en el último momento. Posteriormente se producía una foto histórica en la que Mariano Rajoy aparecía rodeado por la cúpula directiva del Ministerio, los representantes de los médicos y de los enfermeros, y los consejeros de Sanidad de las comunidades gobernadas por el PP. Mientras que Ana Mato decía del acuerdo que "está destinado a proteger la gestión sanitaria del debate partidista y a defenderla como uno de los pilares básicos del Estado del





REPORTAJE DE PORTADA

Un acuerdo histórico y la imparable reforma sanitaria protagonizan 2013

Bienestar”, el PSOE censuraba la ausencia de las autonomías.

En la conferencia de presentación del Pacto, celebrada en octubre, la ministra de Sanidad invitaba a unirse a la iniciativa al resto de las profesiones sanitarias, así como a las asociaciones de pacientes. Como consecuencia de esto, la presidenta del Consejo General de Farmacéuticos, Carmen Peña, firmaba en noviembre su adhesión a este gran acuerdo, en el que ya estaban juntos los médicos, los enfermeros y los farmacéuticos. Es muy probable que en 2014 continúe desarrollándose esta vía con la incorporación de las comunidades autónomas e incluso de los partidos políticos.

La externalización sanitaria alcanza su punto álgido

Tras varios intentos de negociación con los sindicatos de la mesa sectorial y numerosas manifestaciones a favor de la Sanidad pública y contra los recortes, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, seguía adelante con su concurso hospitalario entre idas y venidas judiciales. Tras la adjudicación de la gestión de seis hospitales autonómicos en septiembre, el juez Gerardo Martínez Tristán tomaba la decisión de unificar todos los recursos que se habían presentado contra la externalización, lo que traía consigo la recusación del magistrado por parte del PSM. Ésta era finalmente rechazada en diciembre, quedando la decisión final sobre el proceso en manos de 50 magistrados del Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

Pese a todo, Madrid mejoraba su valoración

con respecto a años anteriores en el X Informe de Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Las regiones más afectadas por los recortes eran La Rioja, Castilla-La Mancha y Baleares, mientras que Navarra, Aragón y Asturias se situaban en los mejores puestos. La Comunidad Valenciana

La Comisión de Recursos Humanos del SNS previa al Consejo Interterritorial de julio aprueba el proyecto de Real Decreto de Troncalidad, pendiente a día de hoy del dictamen del Consejo de Estado

se perpetuaba como la peor valorada. El portavoz de FADSP, Marciano Sánchez Bayle, destacaba un empeoramiento generalizado en todas las autonomías por primera vez desde que se lleva a cabo este estudio, teniendo en cuenta que los datos analizados corresponden al año 2012.

Después de cinco años de gobierno popular, los profesionales de la Sanidad gallega convocaban en diciembre la primera huelga de la era Feijóo: 48 horas de paro a partir del día 8 para exigir a la Xunta un cambio de políticas. Junto a los sindicatos tradicionales (UGT, Comisiones Obreras y CIG), eran las organizaciones médicas las que tomaban la iniciativa en esta ocasión. Tanto CESM como O’Omega exponían algunos de los objetivos del paro: paralizar el

En verano se daba el visto bueno final a la última prueba ECOE, para el acceso por vía extraordinaria al título de Médico de Familia

copago farmacéutico, recuperar la tasa de reposición de médicos en los hospitales autonómicos y frenar los contratos “basura” en el Servicio Gallego de Salud (Sergas). Si los organizadores aseguraban que el seguimiento había sido superior al 70 por ciento, la Xunta lo rebajaba a menos del 30 por ciento.

La incorporación de la innovación en el SNS

A mediados de año se ponían en marcha



los denominados “Informes de Posicionamiento Terapéutico”, exentos de elementos económicos y articulados sobre la base del conocimiento médico. El objetivo final de esta nueva herramienta de evaluación de medicamentos, puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad, es partir de una posición consensuada que permita ganar tiempo en el proceso de fijación de precio y que facilite el acceso de los fármacos a los pacientes que los necesitan. Todo el proceso debería durar 118 días. Además, los nuevos medicamentos serían sometidos a un sistema de seguimiento durante un año para determinar si los resultados que se obtienen con su uso se ajustan a lo establecido en la ficha técnica.

Precisamente, los datos del penúltimo Boletín de Coyuntura de Farmaindustria desvelaban una importante caída del gasto público en medicamentos innovadores durante los últimos dos años, sensiblemente superior a la del gasto farmacéutico total, que se redujo un 6 por ciento en el periodo comprendido entre mayo de 2011 y junio de 2012. A su vez, la patronal ha apuntado que el nuevo sistema de copagos no ha hecho sino ampliar la brecha entre ambas variables. Al hilo de estos datos, PSOE y CiU han defendido en el Congreso de los Diputados la creación de un fondo estatal



adicional con el que ayudar a las comunidades autónomas a financiar los nuevos tratamientos innovadores que vayan incorporándose al SNS.

Entre tantas adversidades, el director general de Farmaindustria, Humberto Arnés, celebraba el nuevo plan de pago a proveedores aprobado por el Gobierno central a finales de 2013. Gracias a la primera fase de esta medida, las entidades locales y autonómicas tendrían que poder hacer frente a los impagos acumulados a lo largo de 2012 y hasta el 31 de mayo de 2013. Las previsiones apuntan a que primero se solventarán los pagos a oficinas de farmacias o conciertos sanitarios y sociosanitarios, entre otros, hasta sumar cerca de 4.700 millones de euros. Sin embargo, el caso de las deudas que las administraciones acumulan con las compañías farmacéuticas innovadoras y las empresas de tecnología sanitaria no se resolverá hasta febrero de 2014.

Consejo Interterritorial

En el ámbito del Consejo Interterritorial, el Ministerio de Sanidad y las autonomías fijaban en el mes de marzo los tramos de edad para la vacunación en tosferina, Virus del Papiloma Humano, meningococo

C y varicela, lográndose de este modo el primer calendario vacunal infantil único para toda España. Asimismo, el 23 de julio se acordaba reforzar la detección precoz del cáncer siguiendo criterios comunes en los cribados de colon, mama y cérvix, y se implantaba el consejo genético en todas las comunidades. Destacaba especialmente la polémica generada en torno a las garantías de la reproducción asistida en todo este proceso de reorganización de la cartera básica de servicios.

En la reunión de la Comisión de Recursos Humanos del SNS previa al Consejo Interterritorial del mes de julio también se daba el visto bueno definitivo al proyecto de Real Decreto de Troncalidad, que regulará el nuevo sistema de formación médica especializada. Pendiente a día de hoy del dictamen del Consejo de Estado, destacan dos variaciones importantes en el texto normativo: los programas formativos de tronco “serán periódicamente revisados y actualizados” y no hay una prohibición taxativa de que superen los dos años. Por su parte, al ACE (Área de Capacitación Específica) de Infecciosas se podía acceder finalmente desde Neumología y Pediatría, y al de Urgencias y Emergencias, desde Anestesiología y Reanimación.

En verano también se daba el visto bueno

final a la última prueba ECOE, para el acceso por vía extraordinaria al título de Médico de Familia. Aunque en un principio se habló de que los exámenes se iban a celebrar antes de finalizar el año 2013, finalmente éstos se retrasaban hasta enero de 2014 por los problemas técnicos que estaba teniendo el Ministerio de Educación a la hora de validar las solicitudes, con la consiguiente decepción de las tres grandes sociedades científicas de Atención Primaria. La prueba se celebrará en tres sedes: Madrid, Barcelona y Sevilla. Además, por primera vez no se ha recurrido al concurso para su organización, sino que ésta corre a cargo del propio Ministerio de Sanidad, con la participación de las comunidades autónomas.

Más copago en 2013

En julio se cumplía un año de copago sanitario, con el siguiente balance de resultados a cargo del Ministerio de Sanidad: un ahorro de 1.976 millones de euros en el gasto farmacéutico y una reducción considerable del gasto medio por receta, que se quedaba en los 10,60 euros. Lejos de parecer todo esto suficiente, el equipo de Ana Mato daba una nueva vuelta de tuerca a los recortes sanitarios y anunciaba un nuevo copago para los medicamentos dispensados en Farmacia Hospitalaria



REPORTAJE DE PORTADA

Un acuerdo histórico y la imparable reforma sanitaria protagonizan 2013

para pacientes no ingresados. El BOE recogía entonces 157 presentaciones farmacológicas con un límite máximo de aportación de 4,20 euros. Sanidad aclaraba que no se incluían los medicamentos de uso hospitalario, como los antirretrovirales.

En la reunión de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial, el Ministerio de Sanidad acordaba con las comunidades una flexibilización en la fecha de aplicación del copago de fármacos hospitalarios ambulatorios. Las regiones irían poniendo en marcha esa nueva aportación del usuario a medida que fueran estando preparadas para ello, sin establecerse ninguna fecha límite. Posteriormente, y para sorpresa de la propia Ana Mato, muchas autonomías mostraban su rechazo frontal a la medida. Castilla y León anunciaba en diciembre su intención de llevar el copago farmacéutico hospitalario a los tribunales, después de que el Ministerio rechazara el requerimiento del presidente regional para que no se aplicara.

En el ámbito internacional, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) avisaba en su último informe 'Panorama de la Salud 2013', de noviembre, del "freno importante" que ha sufrido el gasto sanitario en aquellos países cuyos gobiernos han recortado sus presupuestos con motivo de la crisis económica. Además, recuerdan que la reducción de la oferta de servicios sanitarios y los cambios en su financiación, a través de un aumento de los pagos directos del ciudadano, también están afectando al acceso a la atención sanitaria. En este caso, en el informe se cita el aumento de los tiempos de espera para algunas operaciones en países como España, Portugal, Inglaterra o Irlanda, tras años de mejora.

Modernización de los colegios profesionales

El Consejo de Ministros aprobaba un an-



teproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales en el mes de agosto con el objetivo de modernizar un sector "relevante, importante y dinamizador de la economía", según afirmaba el ministro de Economía y Competitividad, Luis de Guindos, en la rueda de prensa posterior. "Damos un paso fundamental en la modernización y liberalización de un sector

muy competitivo", explicaba. Y se respondía así a los requerimientos del Fondo Monetario Internacional, la OCDE y la Comisión Europea. Entre otros aspectos a destacar, el texto limitaba la colegiación obligatoria a las profesiones sanitarias, jurídicas y técnicas que exijan visado, desarrollaba principios de transparencia y buen gobierno en dichos colegios, y establecía el libre acceso y ejercicio de los servicios profesionales.

Sin embargo, la Organización Médica Pro-

fesional (OMC) no lo veía todo tan positivo, y así se lo hacía saber al Gobierno central mediante un amplio informe de alegaciones. El aspecto más criticado por esta entidad era el establecimiento de un "excesivo control de las funciones inherentes a los colegios profesionales por parte de las administraciones". Tal intervencionismo "pone en riesgo la independencia de las corporaciones". Otro punto polémico del texto era la territorialidad de la colegiación. "El médico debe estar colegiado donde realmente ejerce su actividad profesional principal", dice el informe de alegaciones de la OMC. Economía ha suavizado finalmente el texto del anteproyecto de ley, que está pendiente del dictamen del Consejo de Estado.

Mientras tanto, la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (la antigua Comisión Nacional de la Competencia) acaba de emitir un informe favorable sobre el anteproyecto de ley que, sin embargo, insta al Ministerio de Economía a derogar la colegiación obligatoria para

todos aquellos profesionales sanitarios que trabajen en la Sanidad pública. "Atendiendo al principio de proporcionalidad, la Adminis-

El 9 de marzo, Juan José Rodríguez Sendín renovaba como presidente de la OMC, tras no haberse presentado ninguna candidatura alternativa y con una participación cercana al 95 por ciento

En septiembre, María José Sánchez Rubio relevaba a María Jesús Montero al frente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía

tración en la que están inmersos se encuentra mejor posicionada que un colegio profesional para minimizar la repercusión sobre el interés general de las posibles asimetrías de información que dificulten el eficiente funcionamiento del mercado. Esto no es así en el sector privado”, según este organismo.

Rodríguez Sendín continúa al frente de la OMC

El 9 de marzo, Juan José Rodríguez Sendín renovaba como presidente de la Organización Médica Colegial (OMC) para los próximos 4 años, tras no haberse presentado ninguna candidatura alternativa al cargo y con una participación cercana al 95 por ciento del electorado. En esta ocasión, el apoyo de los presidentes de los colegios médicos fue mayor que en las anteriores elecciones, donde obtuvo 11 votos en blanco (esta cifra se reducía a 6 en 2013). José María Rodríguez Vicente y

Jerónimo Antonio Fernández eran nombrados tesorero y vicesecretario respectivamente, mientras que Fernando Rivas Navarro, vocal de Formación hasta ese momento, era elegido representante nacional de la Sección de Médicos con Empleo Precario.

En noviembre fallecía el doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes y director del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), a causa de una recaída en el cáncer que padecía desde hace aproximadamente una década. Todo el sector sanitario lamentaba esta “pérdida irreparable” y defendía el mantenimiento de un legado en constante compromiso con la defensa de los derechos de los pacientes y de una Medicina más humanizada. Este médico practicó una intensa actividad investigadora y académica, donde destaca especialmente la direc-

ción de numerosos cursos sobre gestión sanitaria, ética y evaluación de servicios de salud.

La última reunión del Consejo Interterritorial del SNS del año tenía lugar el 18 de diciembre. En él, la ministra Ana Mato hacía un balance de los "muchos acuerdos alcanzados", y presentaba a las Comunidades algunos de los proyectos para 2014, como el Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias o el RDL para el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Mientras todas las CCAA llegaban a acuerdos en temas como la orden sobre medicamentos homeopáticos, o la creación de una regulación nacional para el cigarrillo electrónico ■

Documentación y fuentes

1. EL MÉDICO INTERACTIVO.



CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

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





Gran parte del incremento de los
costes sanitarios
se debe a que pensábamos
que podíamos hacer frente a toda la
**innovación
tecnológica**
que nos venía

Antonio Sarriá Santamera

Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Texto y fotos  Ana Montero



ENTREVISTA

Antonio Sarriá Santamera

“Gran parte del incremento de los costes sanitarios se debe a que pensábamos que podíamos hacer frente a toda la innovación tecnológica que nos venía”

En un momento de indudable racionalización de los recursos, que obliga a los sistemas a recortar la introducción de la innovación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias desempeña un papel fundamental, entre otros, el de evaluar el valor de las tecnologías sanitarias, con el objetivo de apoyar el proceso de toma de decisiones sobre si tienen que utilizarse y cómo dentro del Sistema Nacional de Salud. Tal y como ha explicado su director, Antonio Sarriá Santamera, para quien es esencial reordenar todo lo que tenemos, abriendo un debate profundo y con transparencia, la Agencia vela por que los recursos se utilicen correctamente y de forma apropiada, bajo una perspectiva de eficiencia económica.

¿Cuál es exactamente el papel que desempeña la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias?

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias se encuadra dentro del Instituto de Salud Carlos III que tiene como misión dar soporte científico a las políticas de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud (SNS). En este sentido, específicamente, y en el marco de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la Agencia lo que hace es trasladar esta misión general al término de prestación y utilización de servicios. Así pues, evalúa el valor de las tecnologías sanitarias, entendidas en su más amplio espectro, es decir, desde intervenciones muy simples a procesos asistenciales más complejos, para apoyar el proceso de toma de decisiones sobre si tienen que utilizarse y cómo dentro del SNS.

¿Cuáles son sus objetivos principales, a corto, medio y largo plazo?

Por una parte, nosotros tenemos que analizar tanto el uso de las tecnologías que ya están

en el sistema, como las que se están introduciendo, para que, de alguna manera, se haga una utilización racional de los recursos. De este modo, hay que velar por que se utilicen correctamente y de forma apropiada los recursos y, al mismo tiempo, hay que tener en cuenta una perspectiva de eficiencia económica. Las cosas cuestan dinero y hay que ver cuál es la mejor manera de prestar servicios de salud a los ciudadanos. Independientemente de la crisis económica, hay que evidenciar el valor de las tecnologías, hay tecnologías muy caras que son poco efectivas y también hay tecnologías baratas que son poco efectivas. Luego entra en juego la parte de la financiación de las mismas, la que decide hasta dónde se puede o no llegar. Así pues, desde la Agencia lo que intentamos hacer es identificar lo que funciona, en función de sus alternativas, e identificando para qué grupos de pacientes.

¿Cómo y en qué medida están afectando los recortes a la Agencia?

La Agencia es una entidad de la administración pública y como tal está sometida a los requisitos y criterios comunes que se aplican en este ámbito. La crisis ha hecho evidente que tenemos que ajustarnos a lo que hay y, por tanto, hacer un uso más apropiado y correcto de los recursos se ha hecho mucho más necesario. En este contexto, pueden surgir tensiones porque, por un lado, las autoridades sanitarias tienen más preocupación y más interés por conocer mejor las cosas y, por otro, nuestra capacidad se ha visto reducida, constreñida y limitada.

¿La crisis y la escasez de recursos han introducido elementos de racionalidad que han frenado o ralentizado la introducción de la tecnología sanitaria?

En España hemos generado un sistema de toma de decisiones muy descentralizado, que es el que es, pero que tiene consecuencias, como son los procesos desiguales de prestaciones de servicios

reflexión acerca de lo que se estaba introduciendo que, además, por otra parte, era muy caro, y esto es en sí mismo una contradicción. Hoy nos vemos abocados a recortar la introducción de innovación, mientras que no somos capaces de eliminar la “grasa” que no vale para nada. Esta inercia es muy complicada de resolver, de hecho, tenemos estructuras organizativas que están planteadas para funcionar de una determinada manera y ahora es difícil revertir sus mecanismos con el argumento de que no hay dinero.

Gran parte del incremento de los costes sanitarios se debe a que durante una época pensábamos que podíamos hacer frente económicamente a toda la innovación tecnológica que nos venía. Durante todo ese tiempo no se hizo un ejercicio de

España incorporaba la tecnología muy rápidamente, quizá demasiado, y ahora lo hace a otro ritmo

Es, por tanto, la desinversión tecnológica, ¿necesidad o consecuencia de la crisis?

Es indudable que hay que racionalizar recursos y, además, hay que hacerlo constante y permanentemente. Lo que ocurre es que la crisis nos ha presentado una situación de necesidad imperiosa. En este sentido, las comunidades autónomas, para las que la asistencia sanitaria supone el 40 por ciento de su presupuesto general, se han visto obligadas a hacer cosas que no querían, pero que debían, para cumplir objetivos que venían fijados de Bruselas. Muchas de ellas



se han visto obligadas a cerrar, por ejemplo, centros sanitarios, con la justificación de que no son rentables, un hecho que crea desasosiego y confusión porque si no son rentables, la pregunta que surge es ¿para qué se abrieron?

¿La solución pasa entonces por frenar la innovación tecnológica o por regestionar lo que tenemos y así obtener rentabilidad?

Por un lado, hay que reordenar todo lo que tenemos, abriendo un debate profundo con transparencia, exponiendo las cosas con claridad y sin argumentos etéreos, basados

en la efectividad de las tecnologías, y donde no valen decisiones unilaterales. Y, por otro, es un hecho que la introducción de innovación no se puede frenar y, además, no debemos hacerlo. Lo que ocurre es que la innovación es muy cara y ahí se tiene que producir también un proceso de reflexión muy importante con quien aporta la innovación que, en definitiva, es la industria farmacéutica y biomédica en su conjunto. La industria debe replantearse que sus tasas de crecimiento actuales no pueden ser como las que tenían hace 15 ó 20 años, y esto a la industria le está costando, y si, como argumentan, su misión es contribuir a mejorar la salud de las per-

sonas, tienen que comprender que el marco ha cambiado. Nosotros queremos introducir la innovación pero ésta tendrá que venir adaptada a una realidad diferente. El problema es que tanto la industria farmacéutica como los sistemas sanitarios son dos sectores muy conservadores, en cuanto a su nivel estructural, que apenas se han modificado en los últimos 50 años. En definitiva, si no se aporta valor, que es el componente de efectividad y eficiencia, no se va a poder incorporar esa innovación.

¿Cómo valora el stock tecnológico público actual? ¿Es suficiente? ¿Está desplegado de forma equilibrada?

La diversidad territorial, cultural e histórica de nuestro país forma parte de nuestro propio ADN y, por tanto, es una realidad que hay diferencias entre los territorios pero, en España, según nuestros indicadores, el estado de salud de la población, en general, es bueno.

Más concretamente, ¿podríamos decir que existe inequidad en el acceso a la tecnología de alto impacto entre las comunidades autónomas? ¿Y entre los propios centros y hospitales de una misma región?

Podríamos decir, según se recoge en varios estudios de variabilidad, que existe inequidad por exceso más que por defecto. En este sentido, la sobreutilización tiene un efecto de inequidad indirecta ya que se derivan recursos a algo que podrían ser destinados a otras cosas, que, quizá, podrían aportar más valor.

¿Existen programas de renovación tecnológica fijados o una planificación de la renovación a medio y largo plazo que responda a criterios de eficiencia y efectividad?

España, aparte de tener la genética de la diversidad, tiene la heterogeneidad de las políticas de las comunidades autónomas, que es donde están los procesos de decisión y, por tanto, son ellas las que, en la utilización de sus competencias, pueden decidir cómo distribuir los recursos. En



ENTREVISTA

Antonio Sarriá Santamera

este sentido, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene la responsabilidad de la coordinación general en el marco de un proceso que viene marcado por las decisiones de las propias comunidades autónomas. Así pues, en este contexto, durante muchos años, hemos asistido a verdaderas carreras frenéticas por implantar nuevas tecnologías y por instalar más recursos y esto, que se veía que no era razonable, ahora nos sitúa ante un serio problema. Ante este escenario es necesario un proceso de racionalización que creo que se está produciendo aunque no existe un plan de renovación tecnológica definido como tal.

Muchas opiniones apuntan a que es necesario crear una Agencia evaluadora única, que evite la elaboración de informes redundantes y, en ocasiones, contradictorios. En definitiva, una única voz, coordinada, como ocurre en la mayoría de los países, que elimine las duplicidades de 17 agencias evaluadoras de tecnologías, una especie de HISPA-NICE, ¿qué piensa usted al respecto? ¿Un reto menos ambicioso pasaría por unificar, al menos, los criterios de evaluación?

Las agencias tienen capacidad para analizar la evidencia y trasladársela a aquellos que tienen capacidad para tomar de decisiones y, en nuestro país, son el Ministerio de Sanidad, los servicios de salud y los gerentes de área de hospital, en definitiva, quienes manejan los presupuestos. En España hemos generado un sistema de toma de decisiones muy descentralizado, que es el que es, pero que tiene consecuencias, como son los procesos desiguales de prestaciones de servicios. Por otra parte, el beneficio de las tecnologías implica entender el valor de las mismas, en términos de efectividad y eficiencia, siempre adaptado a las situaciones de contextos locales, con los recursos locales y las tradiciones y valores locales. Y esto

viene a responder la pregunta de si existen o no muchas agencias evaluadoras de tecnologías sanitarias. El número en sí mismo es irrelevante, el problema es que la toma de decisiones está muy descentralizada, entonces, probablemente, si tenemos 17 comunidades autónomas, lo que ocurre es que hay pocas. En este sentido, ¿cómo es posible

La sobreutilización tiene un efecto de inequidad indirecta ya que se derivan recursos a algo que podrían ser destinados a otras cosas, que, quizá, podrían aportar más valor

que haya comunidades autónomas que no tengan procesos de evaluación de tecnologías establecidos formalmente si tienen la competencia de tomar decisiones en esos aspectos? No obstante, tener 17 entidades que hagan este proceso, probablemente

no es eficaz, lo que es necesario es tener procesos eficientes de traslado de información del valor de las tecnologías. Hay que aprovechar todos los recursos para que cualquiera que tenga que tomar decisiones tenga a su disposición soporte de análisis para poder decidir.

¿Un paso en esa aspiración sería la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias?

La misión de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias no es eliminar las agencias existentes, porque además cuentan con personal capacitado, sino aprovechar el recurso y coordinar la información para que dé respuesta a las necesidades globales del sistema. Ahora mismo, lo que hace la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es evaluar aquellas necesidades que se identifican en la comisión de prestaciones, compuesta por el Ministerio y las 17 comunidades autónomas, se priorizan, se traslada el trabajo a las agencias y, posteriormente, esos informes son difundidos para aplicarlos donde corresponda. Por tanto, la estructura no es lo importante, sí lo es el proceso, es decir, que la información sobre el valor de las tecnologías llegue a aquellos que tienen que tomar decisiones y que además estos tengan un espacio donde preguntar

acerca de una tecnología y alguien les pueda responder.

Por tanto, ¿es labor del Ministerio, una vez realizado ese informe decidir si el país puede permitirse económicamente o no esa tecnología? Por tanto, ¿la decisión ha de ser política?

Absolutamente. Los que tienen que tomar las decisiones de pagar o no son los políticos, la evaluación de las tecnologías lo que puede hacer es identificar en qué pacientes funciona, cómo compara con sus alternativas, etc. y, por tanto, ofrecer la información a quien tiene que tomar las decisiones. El problema es que la tecnología tenga un coste que supere la capacidad de ser financiada y, en este caso, no se valora si funciona o no, la realidad es que el coste es el que es y no se puede pagar.

¿Debe la Agencia realizar informes económicos? ¿Con qué criterios deben realizarse? ¿Han de ser vinculantes o sólo consultivos?

La evaluación económica tiene en cuenta estudios de coste-efectividad y lo que, esencialmente, intenta hacer es generar un indicador y un resultado que te dice cuánto cuesta una ganancia de unidad de salud y esto te permite tener comparación entre diversas tecnologías para tratar un mismo problema. El reto aquí es metodológico, es decir, de determinar a qué denominamos unidad de ganancia de salud y de cómo medir lo que cuesta. El problema de los índices de coste-efectividad es que son medidas abstractas y lo realmente importante en los informes de evaluación es el impacto presupuestario.

¿La evaluación económica como herramienta de toma de decisión ha calado más en la industria que en los propios gestores?

Ni en unos ni en otros. Por un lado, a los gestores, la evaluación económica basada en índices de coste-efectividad les puede llamar la atención, pero no les resuelve el problema; probablemente para eso es más útil un informe de impacto presupuestario. Por su parte, la industria ha entendido que

necesita hacer evaluación económica, la está potenciando y desarrollando, pero el problema de los modelos de evaluación económica es que hay que “desmenuzarlos” como corresponde, disponiendo de información explícita sobre los valores que se han introducido.

¿Cree que en España existe una cultura de evaluación económica y de utilización de criterios de eficiencia para orientar la asignación de recursos en salud o se ha preferido financiar la mayoría de las tecnologías sin evaluar formalmente la evidencia sobre su coste-efectividad?

La realidad es que la evaluación económica siempre se ha hecho, de manera más sistemática en los últimos años, tanto en términos cualitativos como cuantitativos.

Desde el punto de vista de la financiación, existen varias propuestas para garantizar el acceso a la tecnología de alto impacto: presupuestos centralizados para productos y tecnologías de alto impacto económico, diferenciado del presupuesto del propio hospital; fórmulas de riesgo compartido; la posibilidad de pagar en función del retorno de la inversión; sistemas de agrupación de compras... ¿qué opinión le merecen estas alternativas?

Aunque es evidente que esto responde a decisiones políticas, para garantizar determinadas prestaciones, el tener un presupuesto centralizado para productos y tecnologías de alto impacto económico es una opción que parece más que razonable. Entre otras razones, porque los procesos de toma de decisiones estarían más coordinados; se homogeneizaría el acceso de los pacientes a las tecnologías; se estandarizarían los procesos; y, además, le daría al comprador poder de compra. Ahora mismo está muy desagregado y eso tiene sus inconvenientes. Los otros modelos de pago a la industria, en general, bien fórmulas de riesgo compartido, o la posibilidad de pagar en función del retorno de la inversión, tienen que estar basados en la dinámica “beyond the pill”, es decir, no pagar por un número de pastillas porque eso ya

no tiene sentido, sino pagar por resultados, por la salud y calidad de vida que aportan. La cuestión está en encontrar los mecanismos específicos para poder llevar a cabo estas nuevas fórmulas.

Los proveedores de tecnologías, por lo general, defienden que sus productos ya son evaluados en otros países antes de entrar en España y lamentan la carencia de información que existe al respecto en estamentos que toman decisiones. ¿Es una reivindicación real?

La reivindicación puede estar basada en argumentos reales, pero el hecho es que si a mí me viene una tecnología que ha sido evaluada con un modelo de evaluación económica hecho, por ejemplo, en Suecia, puede tener un valor limitado si yo lo tengo que aplicar en España. Al margen de que la moneda sea distinta, los modelos asistenciales son distintos y los criterios de evaluación son también distintos.

¿Existen diferencias en cuanto a los criterios de valoración respecto a la Unión Europea? ¿Se contempla la necesidad de unificarlos para alcanzar un sistema más equitativo?

La evaluación tiene dos componentes, por un lado, el “assessment”, es decir, la recuperación y el análisis de la evidencia, y, por otro, el “appraisal”, la valoración de esa evidencia, que se tiene que hacer localmente, argumento por el cual, una tecnología que ha sido evaluada con un modelo de evaluación económica de fuera de nuestras fronteras no sirve. Asimismo, esto tiene que estar ligado con los procesos de toma de decisiones, de manera que si estos son descentralizados, el “appraisal” ha de ser descentralizado. El problema, entonces, es que el discurso de la evaluación se confunde con el discurso de la toma de decisiones.

En otro orden de cosas, España ha pasado de ser uno de los países de la Unión Europea con el nivel de acceso a nuevos medicamentos más elevado a uno de los que más tarde los incorporan. En este sentido, ¿qué papel ocupa en la carrera del acceso a las nuevas tecnologías de alto impacto? ¿Somos referencia?

España incorporaba la tecnología muy rápidamente, quizá demasiado, y ahora lo hace a otro ritmo. Es posible plantear que antes tenía que haber sido más pausado, sosegado, racionalizado y ordenado, y ahora la percepción que se tiene es que la incorporación de la tecnología es más lenta. Por tanto, el problema lo podíamos tener tanto antes, cuando existía una incorporación excesivamente rápida, como ahora, cuando el ritmo es otro. Todo esto hay que verlo en función de nuestros indicadores de salud.

Innovación tecnológica y sostenibilidad del sistema, ¿son compatibles?

La industria tendría que hacer una reflexión muy sensata sobre la introducción de innovación y sobre la innovación que ha aportado. En este sentido, hago más las palabras del presidente de GSK que dijo

que: “Es un mito decir que introducir una nueva molécula al sistema sanitario cuesta un billón de dólares y si cuesta eso es porque fallamos”. Lo que quería decir es que la industria repercute los costes de los fallos en el desarrollo de moléculas o productos, en sus fases I, II y III en los productos que llegan al mercado, y eso no puede ser. Por otra parte, hay una industria que aporta innovación que funciona al mercado, cuyo compromiso como empresa es con la innovación, y otra, más reactiva, que piensa que los problemas siempre son del exterior, que está más preocupada por las patentes, por los precios, etc. ■

La misión de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias no es eliminar las existentes sino aprovechar el recurso y coordinar la información para que dé respuesta a las necesidades globales del sistema

que llegan al mercado, y eso no puede ser. Por otra parte, hay una industria que aporta innovación que funciona al mercado, cuyo compromiso como empresa es con la innovación, y otra, más reactiva, que piensa que los problemas siempre son del exterior, que está más preocupada por las patentes, por los precios, etc. ■





El economista de la salud

está contribuyendo en estos momentos
a la mejora de la salud
y de los servicios de atención sanitaria
para el conjunto de la población

Marta Trapero-Bertran

Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | AES



ENTREVISTA

Marta Trapero-Bertran

“El economista de la salud está contribuyendo en estos momentos a la mejora de la salud y de los servicios de atención sanitaria para el conjunto de la población”

Para el profesional sanitario que no conoce la Asociación de Economía de la Salud, ¿podría resumir en qué consiste su labor?

La AES tiene como objetivo principal fomentar el conocimiento y promover el debate en cuestiones relativas a la Economía de la Salud, mediante actividades científicas y de participación abiertas a la totalidad de personas interesadas, con el fin de contribuir al interés general y a la mejora de la salud y de los servicios sanitarios para el conjunto de la población.

¿Cuáles son sus ámbitos de interés?

Entre otros, la investigación en servicios sanitarios, el análisis de políticas de salud, la evaluación económica, la evaluación de tecnologías, de la calidad de los servicios y la gestión y administración sanitaria.

¿Cómo afronta la responsabilidad de dirigir la AES?

Dirigir una asociación como AES siempre plantea un reto profesional, principalmente porque es una asociación muy dinámica y con gran voluntad de adaptación. Como presidenta, siempre tienes la responsabilidad de fomentar la discusión en los debates que se estén viviendo en la actualidad del sistema sanitario español, aunque nunca lo haces sola.

¿Cuáles son sus objetivos?

Son muchos, pero básicamente los más importantes son, en primer lugar, orientar todas las acciones y la participación de los socios y las socias de la entidad de manera que reviertan en beneficio de la sociedad en su conjunto en lo que respecta al objeto de la asociación en el ámbito científico, sanitario y social. En segundo lugar, queremos fomentar la participación interna tanto



en los órganos de gestión y representación como en las actividades que se desarrollen. Además, que exista una decisión democrática y que permita hacer compatible el respeto a los criterios y opiniones de la mayoría y también asegurarse de que los problemas que puedan aparecer se traten dentro del máximo respeto a todas las opiniones, estableciendo medios para resolver los conflictos de manera arbitral y dialogada. Por último, promover la transparencia y rendición de cuentas a todos los asociados.

¿Es difícil compatibilizar docencia, investigación y la presidencia de la AES?

El recurso del tiempo es una de las restricciones más importantes que existe en la ecuación de un profesional que intenta compatibilizar la docencia, la investigación y un cargo como la presidencia de AES. Pero al mismo tiempo, es una asociación donde la solidaridad entre profesionales es un valor innato, uno de los mayores valores de AES, y siempre te sientes apoyado y respaldado por grandes personas. AES no es una única persona, sino que la forman un gran número de profesionales que hacen que el trabajo sea muy fácil, agradable y de gran calidad.

¿Qué papel cree que juega en la actualidad el economista de la salud?

En mi opinión, el economista de la salud de estos momentos está contribuyendo a la mejora de la salud y de los servicios de atención sanitaria para el conjunto de la población, a través de las aportaciones del conocimiento científico. Al mismo tiempo, está impulsando el debate en torno a alternativas que persigan la eficiencia y equidad en los sistemas de salud, para que repercutan en el bienestar general de la sociedad y favorezcan la sostenibilidad del sistema. Todo ello, lo que intenta es promover el buen gobierno de los sistemas de

salud, potenciando el desarrollo efectivo de las políticas de salud y la rendición de cuentas a la sociedad y generar una cultura de evaluación en el conjunto de los sistemas de salud, abarcando desde el nivel de las políticas a la gestión clínica.

¿Y qué papel debería jugar entonces?

Lo que está claro es que el SNS es uno de los estabilizadores sociales más importantes para que esta crisis económica que estamos viviendo no derive en una auténtica crisis social

salud informadas.

¿Cómo consideraría la "salud" de la economía de la salud en España respecto a los países de nuestro entorno?

La economía de la salud de España siempre ha estado muy bien considerada por los profesionales internacionales, no sólo de Europa sino del resto del mundo. De hecho, únicamente hay que remitirse a los hechos. En la *International Health Economics Association* (IHEA), asociación mundial de economía de la salud, estuvo como presidente desde el 2007 hasta el 2011 un destacado socio de AES, el profesor Guillem López-Casasnovas. Además, con fecha 1 de abril del 2013 se ha constituido la *EUropean Health Economics Association* (EuHEA), con el objetivo de promover la cooperación entre todas las asociaciones y grupos nacionales

El papel que deberíamos conseguir a medio plazo sería una mejor vinculación entre la información técnica que generamos sobre el sistema de salud y la toma de decisiones, ayudando a desarrollar y mejorar las políticas en

de economía de la salud en Europa y preservar la economía de la salud en las universidades europeas. Esta asociación tan reciente ahora mismo tiene una junta directiva provisional, hasta mediados del año que viene, constituida por 7 miembros, donde yo misma soy uno de ellos. Por lo tanto, España ha estado involucrada en la toma de decisiones y evolución de la economía de la salud europea y mundial. Muchos de nuestros socios comparten proyectos europeos e internacionales con otros profesionales del resto del mundo, hecho que muestra la buena salud, a nivel internacional, de nuestros profesionales y de la economía de la salud en España.

¿Hasta qué punto es difícil que las autoridades sanitarias entiendan su trabajo y sigan sus recomendaciones?

Muchos de los socios de AES son personas que asesoran o que toman ellos mismos decisiones en el seno del sistema sanitario español. Por tanto, las autoridades sanitarias conocen los debates que se desarrollan en el seno de AES y entendemos que nuestros mensajes son escuchados. Además,

Existe una necesidad imperativa de detectar las frecuentes ineficiencias de nuestro sistema, de aprender de experiencias de otros países, e intentar contextualizarlas a nuestra realidad y llegar a una toma de decisiones informada, teniendo en cuenta a todos los agentes que participan en este mercado

más, en nuestra asociación hay personas que son asesores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Ministerio de Economía y Competitividad, y de diferentes instituciones que son responsables de la elaboración de las políticas sanitarias. Como ya he apuntado antes, uno de los fines de AES es generar debate y dar opinión técnica informada sobre los temas actuales de

debate en el contexto sanitario, así que no es difícil que las autoridades sanitarias entiendan y participen de nuestro trabajo y recomendaciones. En cualquier caso, la cultura evaluativa de las políticas públicas,



ENTREVISTA

Marta Trapero-Bertran

sean sanitarias o no, es un tema pendiente en nuestro país. Una cuestión cultural donde aún nos queda un largo camino a recorrer, que debe impregnar el sistema sanitario y formar parte de la propia estrategia política.

¿Son útiles trabajos como el Informe Abril o los Informes Vilardell aunque no se apliquen pese a que todo el mundo señala su validez?

Siempre son útiles este tipo de trabajos con rigor técnico. Y siempre es positivo que los gobiernos encarguen este tipo de informes para poder tomar las decisiones teniendo en cuenta información técnica de sus profesionales. Estos informes siempre abren nuevas líneas de discusión y debate y aportan una perspectiva nueva para analizar los problemas que plantean.

¿Cree que la crisis permitirá la reorganización adecuada de los servicios sanitarios en el SNS? ¿se han sentido escuchados en este sentido como economistas de la salud?

Lo que está claro es que el SNS es uno de los estabilizadores sociales más importantes para que esta crisis económica que estamos viviendo no derive en una auténtica crisis social. Nuestro SNS de acceso prácticamente universal es un elemento de desarrollo, progreso y protección de la salud que está siendo de gran valor en los momentos más difíciles de esta crisis. La AES está a punto de publicar un informe que lleva por título "Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance". Este informe, que será de libre acceso a través de nuestra web (<http://www.aes.es>), ha sido coordinado por la junta directiva de la asociación y en él han colaborado un nutrido número de socios. En el documento se dan amplios detalles sobre esta cuestión. Básicamente, en un contexto actual de ingresos públicos reducidos y con poco margen para aumentar la deuda crece la nece-

sidad de intentar obtener el máximo beneficio en salud para nuestra población con los recursos disponibles. Lo que es evidente es que gastar menos de la misma manera o bajo los mismos criterios utilizados hasta ahora conllevará una erosión y una pérdida en las condiciones de salud de nuestra población. Las nuevas políticas de salud que se desarrollen deberán integrar una gestión eficiente de los recursos y la mejora de la equidad de las políticas implantadas.

¿Hay margen de mejora?

Existe una necesidad imperativa de detectar las frecuentes ineficiencias de nuestro sistema, de aprender de experiencias de otros países, e intentar contextualizarlas a nuestra realidad y llegar a una toma de decisiones informada, teniendo en cuenta a todos los agentes que participan en este mercado, desde el paciente hasta el decisor. La búsqueda y consecución de eficiencia en el SNS, gradualmente y de forma natural, llevará a una reorganización de los servicios sanitarios. Este hecho tendría una repercusión directa en la cobertura de prestaciones, estableciéndose criterios transparentes en la actualización de la cartera de servicios del SNS y promoviendo una mejora en la organización de la asistencia sanitaria. Esta reorganización debería apoyarse en dos elementos clave.

¿Cuáles?

El primero sería la formalización de sistemas que evalúen de manera reglada las medidas, estrategias, políticas que se van

poniendo en marcha en nuestro país. En este caso, la clave fundamental reside en la voluntad política para impulsar los cambios necesarios en el diseño y la aplicación de políticas y su evaluación. De esta voluntad también depende que la evaluación sea imparcial, se base en el rigor científico y se ponga en conocimiento de la ciudadanía.

¿Y la segunda?

La segunda reside en avanzar en normas de buen gobierno. Es decir, construir un contexto organizativo apropiado fundado en valores. Esto exige que la toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a valores éticos y virtudes cívicas. En el año 2008, AES ya publicó un documento de diagnóstico del SNS con una larga lista de propuestas que ya apuntaban a la lista de recomendaciones que se publicará en este segundo informe de 2013. Como ya he dicho anteriormente, AES no sólo tiene presencia en los debates actuales del SNS sino que su vocación ha sido anticipar

Gastar menos de la misma manera o bajo los mismos criterios utilizados hasta ahora conllevará una erosión y una pérdida en las condiciones de salud de nuestra población

otros nuevos con objeto que favorecer la solvencia de nuestro SNS. Como creadores de opinión y de información científica de carácter técnico, nos sentimos valorados, y entendemos que en este contexto de crisis económica el ámbito

de la economía de la salud ha cobrado un interés renovado, no sólo por parte de los decisores de mayor nivel, sino también por parte de todos los profesionales del ámbito sanitario.

¿Cuál será el próximo paso?

Profundizar en el debate de las propuestas planteadas con los agentes interesados en las mismas. Y trabajar para verlas cumplidas ■

HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

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

TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org



**FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia



dia



La betes en España

Texto | Nekane Lauzirika



RADIOGRAFÍA

La diabetes en España

“La diabetes es una enfermedad muy prevalente en España, pero manteniendo un buen control sobre ella se puede tener una vida absolutamente normal, con una calidad exactamente igual a la que gozan las personas sanas”. Así lo afirma Sonia Gaztambide, jefa del Servicio de Endocrinología del Hospital de Cruces y presidenta de la Sociedad Española de Diabetes (SED). La especialista reconoce con preocupación que un 14 por ciento de la población tiene diabetes tipo II y un 25 por ciento de las personas mayores de 18 años están afectadas por algún trastorno relacionado con esta patología o se hallan en situaciones previas a la enfermedad crónica.

Un estudio elaborado a nivel nacional destaca que un 13,8 por ciento de la población adulta padece diabetes y de ellos un 43 por ciento desconoce que presenta esta enfermedad crónica. La especialista Sonia Gaztambide, presidenta de la Sociedad Española de Diabetes, reconoce que esta enfermedad está infradiagnosticada. Probablemente porque ese 43 por ciento de personas que lo desconocen no tienen síntomas, ya que es una patología tan silenciosa como insidiosa. Hasta que las cifras de azúcar en sangre no son muy elevadas no se presentan las manifestaciones y síntomas evidentes. Lo importante es sospechar de las personas que tienen más riesgo de padecer esta patología y realizar el diagnóstico en ellas.

“La diabetes es una enfermedad que pasa desapercibida y es silente en los estadios iniciales, por ello la Atención Primaria está muy sensibilizada y a la población de riesgo se le realizan controles para detectar precozmente la diabetes”, explica a la Revista EL MÉDICO, la doctora Gaztambide, refiriéndose a la diabetes tipo II, puesto que la I que se manifiesta habitualmente ya en niños y adolescentes se presenta de forma más contundente.

Para la responsable de Endocrinología de Cruces, la prevención y la educación sobre esta patología son los pilares del tratamiento. Para el buen control de la enfermedad es importante la alimentación, la práctica regular de ejercicio y el tratamiento farmacológico, pero el eje vertebral es la educación sanitaria. El papel de la enfermera educadora y del farmacéutico es clave en su control. El gasto sanitario de la

enfermedad proviene de los costes hospitalarios y de las complicaciones crónicas. “Por ello, invertir en educación y en el control previo es fundamental”, recalca.

En esta misma línea apunta también el presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), el doctor Javier Salvador Rodríguez, quien apuesta por la optimización de los tratamientos, implicando tanto al paciente como al personal sanitario, que debe conocer las pautas de las últimas guías clínicas que se refieren a las personas que ya están en tratamiento, así como los últimos consensos para establecer cuáles son las mejores terapias y el patrón de seguimiento para una persona con diabetes.

Gaztambide considera que en tiempos de crisis no se puede “bajar la guardia” en prevención, ni tampoco en educación, “porque está demostrado que el nivel socioeconómico y educacional de las personas influyen en la

obesidad, así como otros factores que van ligados y que multiplican la diabetes”, añade, al tiempo que muestra su preocupación por las desigualdades sanitarias que se están generando en las distintas Comunidades

Autónomas a la hora de acceder a las terapias frente a la diabetes. También se queja de que en algunos sistemas del Estado, las plazas de endocrinólogos están siendo amortizadas. “Depende de la Comunidad donde vivas podrás disponer de una atención u otra”, se queja la presidenta de la SED.

Por su parte, el doctor Javier Mediavilla,

coordinador del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-SEMERGEN, es consciente, y así lo indica a EL MÉDICO, que las administraciones sanitarias están llevando a cabo importantes actuaciones de cara a rebajar la epidemia de obesidad y sedentarismo, “pero todavía hay que hacer un mayor esfuerzo para que la prevalencia de la diabetes no crezca exponencialmente en los próximos años”.

El papel de la AP

La diabetes mellitus tipo II afecta al 14 por



ciento de la población española –a casi cinco millones personas–, y se prevé que dicha cifra se vea considerablemente incrementada en los próximos años por culpa del sedentarismo y la obesidad. Además, uno de cada tres casos no está diagnosticado, lo que puede traer consigo complicaciones importantes para la salud. “El médico de Atención Primaria es una pieza clave en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con diabetes, tanto por su accesibilidad y cercanía, como por la continuidad de su atención”, explica. En definitiva, “es el profesional que mejor puede adaptar el tratamiento a las condiciones personales de cada paciente”, remarca el doctor Mediavilla.

Según diversos estudios, hasta el 15 por ciento de las consultas del primer nivel asistencial están relacionadas con la diabetes. Sin duda alguna, “es una de las enfermedades crónicas que mayor carga asistencial supone para la Atención Primaria”, subraya Mediavilla. “Estos pacientes suelen

presentar un elevado riesgo cardiovascular, por lo que acuden con mayor asiduidad al médico de familia para controlar factores de riesgo asociados, como la hiperglucemia, la hipertensión arterial, la obesidad o la dislipemia”. En su opinión, “su abordaje integral es fundamental para mejorar los datos de morbilidad y su calidad de vida”. Sobre todo porque este problema afecta cada vez más a niños y adolescentes.

Para el Dr. Mediavilla a pesar de la estrategia que el Sistema Nacional de salud (SNS) puso en marcha contra la diabetes y que marca unos objetivos a seguir por todas las CC.AA., hay que incidir de nuevo una y otra vez en la prevención de la enfermedad, así como en las terapias para las personas que ya la padecen.

Según diversos estudios, hasta el 15 por ciento de las consultas del primer nivel asistencial están relacionadas con la diabetes

El denominador común que marca la prevención contra la diabetes es la lucha contra la obesidad. “Insistir una y otra vez en la necesidad de frenar la obesidad, llevar unos hábitos de vida saludables y hacer algo de ejercicio es funda-

mental. Y una vez que ha aparecido la enfermedad, tenemos diversos tratamientos que pueden hacer que el paciente tenga una vida saludable. Pero todas las fuerzas de los profesio-

nales y de las administraciones deben dirigirse a evitar su aparición, algo que va unido inexorablemente a la obesidad. Por esto mismo, cada día se habla más de la “diabesidad”. Si fuéramos capaces de evitar la obesidad, evitaríamos muchos casos tanto de adultos como entre niños”, insiste el doctor Mediavilla. En su opinión, hay que “recabar el máximo esfuerzo a la Administración sanitaria, pero es una labor de todos, no solo de las autoridades sanitarias”, asegura. En esta misma línea se expresa el presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición .

“Para evitar estas dos pandemias: obesidad/diabetes es preciso que se involucren tanto la sociedad como las autoridades sanitarias, además de las industrias alimentarias”. En su opinión, “las autoridades sanitarias ayudarían fomentando leyes que mejoren la alimentación, pero también la sociedad, cambiando sus hábitos y volviendo a los que nunca debió abandonar”, añade.

Según señala el doctor Mediavilla, en la actualidad los profesionales cuentan con una batería eficazísima de fármacos. “El tratamiento precoz e intensivo de la enfermedad para disminuir la glucemia se ha demostrado que puede frenar la progresión de la dolencia. Además, la investigación no cesa. Dentro de poco se van a lanzar nuevas terapias que en un futuro, que ya es hoy, mejorarán y mucho el día a día de estos pacientes”, explica.





RADIOGRAFÍA

La diabetes en España

La detección precoz e individualización de las terapias

Todos los especialistas consultados coinciden en destacar el importante papel que juega la Atención Primaria en la detección precoz de las personas con diabetes. “Es la puerta de entrada del sistema sanitario y por lo tanto el primer contacto de los pacientes suele ser con los facultativos de sus centros de salud”, explica el doctor Mediavilla. “Además, la AP juega un papel

fundamental porque conoce todo el ámbito familiar que rodea al enfermo y está muy cerca de su vida cotidiana, pudiendo influir mejor en la prevención de la enfermedad mediante la educación sanitaria; que conllevará a cambiar hacia saludables hábitos sanitarios de estilo de vida, tanto en alimentación como en ejercicio”.

Por su parte, el especialista Salvador Rodríguez de la SEEN tiene claro que uno de los aspectos más importantes para el tratamien-

to de los diabéticos será la individualización de las terapias. “En los tres últimos años hemos mejorado mucho en esto. Somos muy conscientes de que un paciente mayor con complicaciones vasculares no puede tener los mismos objetivos terapéuticos que una persona más joven. Las guías sirven, pero luego está la labor integradora del médico, la experiencia”. Como destaca, siempre hay un componente de “arte”, de artesano experto. “El médico puede aplicarlas de una forma concreta, optimizada, y en el sentido de los

INERCIA CLÍNICA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad crónica silenciosa e insidiosa como la diabetes, de manifestación patológica difusa, la inercia clínica es un problema añadido. “En diabéticos aparece esta inercia negativa cuando el profesional no aumenta al paciente un tratamiento cuyos resultados indican una respuesta insuficiente y no satisfactoria con la pauta de tratamiento médico utilizado”, apunta el doctor José Manuel Comas Samper, miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN, consciente de que esta situación continúa dándose en exceso, al tiempo que reconoce la dificultad que supone para muchos profesionales el cambio de pautas establecidas, aunque los resultados no estén siendo los deseados. “Esa inercia, no sólo en la diabetes, sino también en otras dolencias, es causante de que los cambios de tratamientos se demoren más de lo debido. Por una parte, los profesionales son prudentes y esperan para ver si se logran los objetivos de la terapia antes de cambiarla; por otro lado, el paciente también suele esperar y pone excusas antes de que se le varíe la terapia. Entre unos y otros, lo cierto es que se está dejando pasar entre 3 y 6 meses antes de cambiar los tratamientos, aún cuando estos estén fallando”, reconoce a la revista EL MÉDICO, el doctor Comas Samper.

Ligado al reto anterior de la inercia, otro problema añadido en una enfermedad crónica es la adhesión al tratamiento. Suele ser la falta de mejoría que ob-

serva el enfermo uno de los motivos por los que la adherencia a los tratamientos no termina de ser la deseada. “El abandono de las terapias en la diabetes es uno de los problemas que más nos preocupa a los facultativos, porque es una de las principales causas del importante porcentaje de diabéticos no controlados, tanto en España como a nivel internacional”. Porque en general está muy claro que “a mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico, mejor es el control de la diabetes”, añade el experto.

La citada adherencia al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es fundamental para el éxito del tratamiento de la diabetes tipo II. “Un diabético informado y que consensúa con su especialista la terapia no abandonará tan fácilmente los tratamientos. Por otra parte y en sinergia con lo anterior, este consenso nos obligará a simplificar los tratamientos para que los pacientes no los abandonen”, apunta el especialista de SEMERGEN.

Tomar correctamente al menos el 80 por ciento de las dosis farmacológicas prescritas se considera un cumplimiento terapéutico adecuado; en el caso de los pacientes diabéticos, únicamente un 64 por ciento llegan a este nivel de cumplimiento. Es más, se sabe que de las personas con diabetes a las que se les inicia un tratamiento un cinco por ciento no llegan a retirar nunca la me-

dicación y un 18 sólo retira la primera receta.

Para el doctor Comas Semper, tal y como lo ha remarcado en el 35º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), “ante la no consecución de los objetivos de control terapéutico establecidos, es prioritario detectar la existencia de falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y recomendaciones de estilo de vida, así como la posible presencia de dificultades que entorpezcan el cumplimiento terapéutico”; de esta manera, añade, “es más sencillo facilitar a los pacientes distintas herramientas para superar las barreras existentes”.

En cualquier caso, la no adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus-DM tipo II implica grandes consecuencias económicas, además de personales, ya que más del diez por ciento de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa, y la cuestión no es siempre fácil de corregir porque los factores de esa no-adhesión son múltiples. “Los factores de riesgo para la falta de adherencia están relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí mismo”, remarca el doctor Comas Samper.

Este especialista reconoce que los nuevos tratamientos disponibles para la DM tipo II están avanzando en la línea de simplificar las tomas. “Hay combinaciones de dos o más fármacos en

tratamientos, aunque haya guías y consensos, el especialista puede y debe aplicarlos de una manera más precisa”, incide. En su opinión, siempre hay un patrón de individualización que es importante observar. “El mismo tratamiento no vale para todas las personas”.

A la hora de hablar de manejo terapéutico, el doctor Mediavilla se muestra esperanzado “porque cada día existen mejores tratamientos y la investigación va muy rápida”.

uno, de tal forma que el paciente en una sola toma diaria cumple el tratamiento”, subraya.

En el ya citado congreso de SEMERGEN, especialistas en diabetes han hablado sobre la necesidad de individualizar la terapia antidiabética teniendo en cuenta las características y necesidades personales de cada paciente, de manera que sea este el que tome un papel protagonista en el manejo de su enfermedad hasta el punto que, sin su implicación, los expertos aseguran que el tratamiento de la diabetes no tendrá éxito.

Entre las ventajas de la personalización, el Dr. José Javier Mediavilla, médico de Familia del Centro de Salud Burgos Rura, y el Dr. Javier Escalada, del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universidad de Navarra, han destacado una mejor adherencia del paciente al tratamiento, asegurando un mejor cumplimiento terapéutico, y el ahorro de costes para el sistema de salud: “aunque inicialmente pueda suponer un mayor coste por la elección de fármacos de aparición más reciente y, por tanto, más caros, la individualización puede traducirse en un ahorro a corto-medio plazo en cuanto a la disminución de complicaciones derivadas de hipoglucemias, determinación de glucemias capilares e incluso eventos cardiovasculares”, enfatiza el Dr. Mediavilla.



Sin embargo, y a pesar de que la curación definitiva de la diabetes quede lejos, este médico de AP considera que las perspectivas son buenas para los pacientes. “La calidad y la esperanza de vida con un tratamiento precoz e intensivo de la enfermedad es similar a las personas sin ella”.

Sobre si influirán los recortes que se están llevando a cabo en la Sanidad española en los tratamientos y la investigación en relación a la diabetes, el coordinador de SEMERGEN cree que de suceder sería un terrible error. “Puede que se dejen notar en la investigación, pero en los tratamientos, en los estilos de vida, en el sentido individual, en promover hábitos saludables no tendrían que centrarse. Por otro lado, aunque la investigación sea costosa hay que mantenerla, porque si los recortes se hicieran en la investigación de los nuevos fármacos, o no se financiara su adquisición, o si hubiera que pagar una importante tasa por los mismos, lógicamente se privaría a las personas menos pudientes de esos nuevos tratamientos que se están siendo desarrollados”, remacha.

“De cien pacientes que cada año necesitan empezar diálisis, 25 lo son por culpa de la diabetes; es una patología que a nosotros nos preocupa mucho. Aunque es cierto que la incidencia en los últimos años en España está estabilizada”, explica el doctor Alberto Martínez-Castelao, presidente de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). En este sentido reconoce que desde la Sociedad se centran en hacer planes de prevención para evitar las lesiones renales en el diabético.

Al hilo de esto surge la pregunta sobre el

abordaje integral del paciente diabético. ¿Se trata adecuadamente? Es la duda-pregunta que muchos ciudadanos plantean a los médicos, entre ellos a los nefrólogos. Se le da mucha importancia porque como enfermedad general, sistémica, que afecta tanto al organismo, es cierto que se maneja por distintos médicos y personal sanitario: médicos de AP, endocrinólogos, cardiólogos, nefrólogos...

En el caso concreto de la Nefrología, es necesario hacer un diagnóstico adecuado de que el paciente puede tener complicaciones como la nefropatía o la enfermedad renal “que es de las más frecuentes de la diabetes”, aclara el Dr. Martínez-Castelao. “Un 40 por ciento de los diabéticos van a tener problemas de riñón a lo largo de su vida. En esto insistimos mucho. Hay documentos de consenso y guías de práctica clínica que aconsejan a los médicos cómo manejar a estos pacientes. Y luego, si hay nefropatía y signos de que el riñón empieza a fallar, los médicos de cabecera tienen guías para saber cuándo pueden remitirnos a tiempo a esos pacientes. En general, se les está manejando bien, pero no hay que bajar la guardia, sino seguir insistiendo y mucho”, remarca. ■

Documentación y fuentes

1. Sociedad Española de Diabetes (SED).
2. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).
3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
4. Sociedad Española de Nefrología (SEN).



La
continuidad
de la
atención

a lo largo del tiempo
y por los mismos profesionales
es la clave de un sistema sanitario.
Y eso sólo lo puede aportar la AP

Ramón Morera

Presidente de SEDAP

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cossials



“La continuidad de la atención de un paciente a lo largo del tiempo y por los mismos profesionales la clave de un sistema sanitario. Y eso es algo que sólo lo puede aportar la Atención Primaria”

¿Cómo valoraría el estado de la gerencia de Atención Primaria en España?

No está en su mejor momento: hay un fenómeno difícil de etiquetar que se caracteriza por un cierto esnobismo y una tendencia a partir de la idea de que la coordinación entre niveles asistenciales mejoraría tanto los resultados de salud como la eficiencia. Y, de forma claramente errónea, se ha confundido con ir disolviendo las gerencias de Atención Primaria e integrar la gestión en macroorganizaciones territoriales, pero siempre vinculadas a un hospital. Esta no es la solución para mejorar el proceso asistencial y hacer el sistema sanitario más eficiente y, de hecho, no hay ningún resultado que lo avale. En este sentido, está afectando las estructuras directivas de Atención Primaria en muchas comunidades autónomas y, muy especialmente, la función de liderazgo de esta Atención Primaria.

¿Cree que la Atención Primaria juega un papel clave en este liderazgo?

La Atención Primaria tiene un enorme potencial, pero siempre cuando hay un liderazgo orientado al proceso clínico.

¿La situación es similar en todas las comunidades autónomas?

Es muy irregular, no se puede generalizar. Incluso en cada comunidad autónoma hay niveles distintos: hay comunidades que tienen experiencia en integración más o menos exitosa, en las que se han respetado las características de la Atención Primaria, mientras que hay comunidades en las que se han fundido las estructuras de Atención Primaria y, por tanto, se han quedado a la deriva. Y hay comunidades en las que la situación es muy heterogénea y Atención Primaria tiene su autonomía y su proyecto pro-

pio de forma coordinada con su red hospitalaria y, sin embargo, en la región de al lado la situación es radicalmente distinta. Lo preocupante es que esta tendencia a ir disolviendo las gerencias de Atención Primaria no está evaluada, sin duda no aporta nada y

La Atención Primaria tiene un enorme potencial, pero siempre cuando hay un liderazgo orientado al proceso clínico

está dejando, a medio plazo, una Atención Primaria que está perdiendo la potencialidad que tiene.

¿A qué se refiere?

Sobre todo, a la potencialidad que tiene a la hora de dar respuesta a los grandes retos que tiene el sistema sanitario. Y, entre ellos, que son clarísimos, destaco el hacer la atención sanitaria más eficiente: lo está haciendo la Atención Primaria, porque es más resolutive, está atendiendo más a los crónicos, está yendo más a domicilio, está reduciendo su gasto en farmacia de forma espectacular... El problema no lo tenemos en la Atención Primaria, el problema lo tenemos en los hospitales. Porque cuando el proceso clínico lleva al paciente al hospital, la consecuencia es que los costes por ese proceso cada vez son más espectacularmente altos, con muy pocas mejoras en los resultados de salud. Y basta ver el incremento brutal de los costes de farmacia hospitalaria estos años para comprobar que algo está pasando. Por tanto, es fundamental que, en todos los territorios, se apueste por una Atención Primaria más resolutive, más ambiciosa, más potente, a la que se le exijan resultados en salud y que lidere el proyecto de atención al paciente crónico complejo, que genera el gran gasto en el sistema sanitario: ese 1-1,5 por ciento de la población que consume muchos recursos sanitarios porque tiene muchas enfermedades crónicas. Y la Atención Primaria es la que debe hacerse cargo de estos pacientes.

¿Por qué?

Porque, en la experiencia en los modelos

asistenciales liderados por hospitales, la tendencia natural es que sea el hospital el que dé respuesta a estos pacientes, generando costes elevadísimos de atención para procesos que sería más eficiente hacer desde Atención Primaria.

¿La crisis económica ha agravado este panorama?

La crisis económica tendría que ser una oportunidad para que los responsables políticos se dieran cuenta y actuaran. Como decía Nelson Mandela, “es necesario tener visión, pero es necesario actuar”: con visión, pero sin actuación, no hacemos nada; y con actuación sin visión estamos perdiendo el tiempo. La visión es que el sistema sanitario actual debe hacer un cambio significativo, debe reformarse en profundidad, centrarse en los pacientes que generan más costes al sistema, que son los que tienen necesidades de salud por envejecimiento, enfermedades crónicas, etcétera. Y conseguir que sea la Atención Primaria la que se haga cargo de estos pacientes bien en su domicilio, bien en la comunidad. Pero, para eso, la Primaria tiene que tener sus gerencias, sus objetivos, sus directivos, su visión, su capacidad resolutive...

¿La Atención Primaria precisa de muchos medios?

No, con pocos medios llega muy lejos. Está más que demostrado. Pero sí que es verdad que la Atención Primaria debe ser liderada y debe tener capacidad sobre todo el proceso asistencial.

¿Qué característica destacaría?

Para mí, la clave de un sistema sanitario es favorecer la longitudinalidad: es la continuidad de la atención de un paciente a lo largo del tiempo y por los mismos profesionales. Y es algo que sólo lo puede aportar la Atención Primaria. La longitudinalidad da eficiencia.



¿En qué sentido?

En el caso de un paciente crónico complejo y los profesionales que lo atienden, cada nuevo acto es eficiente, ágil, próximo y de bajo coste. Y, cuando se pierde esa longitudinalidad, los costes para esa misma resolución se disparan.

¿Puede citar algún caso?

Por ejemplo, cuando el paciente se descompensa, tiene que ser atendido en el servicio de urgencias del hospital, o tiene que ser ingresado, o ser hospitalizado a domicilio o bien es atendido por una unidad especial. La longitudinalidad aporta eficiencia al sistema y es lo que los dispositivos de Atención Primaria pueden garantizar.

Los gestores hablan mucho de hacer más con menos. ¿Es posible?

Sí, para eso está el trabajo de los directivos y de la SEDAP. Entendemos que el trabajo de los directivos es esencial para mejorar la organización y los procesos, introducir

estrategias de mejora continua de la calidad, incorporar los avances tecnológicos que mejoren la eficiencia... Por este motivo son fundamentales los equipos directivos propios de la Atención Primaria, que la conocen y saben qué puede añadir valor, que ven qué experiencias no deben reproducirse, que pueden ver qué estrategias pueden favorecer que el paciente no necesite consumir recursos... Por tanto deben ser equipos propios con capacidad, con autonomía de decisiones y no siempre pendientes de lo que nos va a facilitar el hospital, que es lo que está sucediendo en algunas gerencias de Atención Primaria.

¿Esto sucede con las gerencias únicas?

Sí. Se acaba recortando por lo más fácil, que son los dispositivos de Atención Primaria, sin tener en cuenta el impacto negativo que va a tener primero sobre el ciudadano y, después, sobre el conjunto del sistema.

¿Hay modelos de éxito en los que inspirarse?

Experiencias de éxito hay muchas. Pero

todas las que han demostrado resultados se caracterizan por tener una atención muy potente en la comunidad, con mucha continuidad y en las que el hospital se abre a la comunidad y el especialista visitaba en la comunidad. Y donde hay mucho apoyo tecnológico para compartir información entre distintos niveles. Estos modelos de éxito están muy orientados a que el paciente crónico pueda tener atención permanente pero en la comunidad y no tenga que llegar a los servicios de urgencias. Porque, en países como Reino Unido, si el crónico que llega a un servicio de urgencias se tiene que ingresar, se considera un fracaso del sistema. Creo que esa tendría que ser nuestra meta y depositar la confianza en la Atención Primaria junto a marcarla, establecer objetivos, evaluarla, estimularla y facilitar que pueda cumplir su misión.

Por lo que comenta, no hay un modelo único...

Para mí, el modelo debe fundamentarse en territorios de Atención Primaria bien coordinados, con una única dirección que sea

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

fuerte y con una vocación de trabajo codo a codo con sus hospitales de referencia. Y hacer pactos de procesos asistenciales para ver cómo dar respuesta a este reto. Todo esto pasa también por una transformación de los hospitales, para que entiendan que han de dar soporte a su Atención Primaria, con rápidas primeras visitas, pocas segundas visitas y hacer la consulta de soporte al profesional de primaria, pero retornando al paciente. Con rápida respuesta al domicilio cuando el paciente se descompensa y con mucha actividad a través de las enfermeras, sobre todo para transferir a los pacientes su capacidad para ser ellos mismos los que atiendan sus necesidades de salud.

¿Apuesta, por tanto, por empoderar a los pacientes?

Sí, hay que empoderarlos para que sean capaces de utilizar el sistema sanitario, en este caso la Atención Primaria, cuando crean que es necesario. Y para ello precisamos de modelos de gestión de Atención Primaria que sean potentes, con equipos preparados y formados y con espacios de trabajo de coordinación asistencial con los hospitales de referencia, con asignaciones presupuestarias justas, capitativas y teniendo en cuenta las características de la población. Por último, transfiriendo la capacidad de compra de Atención Especializada y de pruebas diagnósticas a la Atención Primaria.

¿Qué ha supuesto la incorporación del profesional sanitario a la gestión?

El médico de familia ha sido una figura tradicionalmente polivalente. Ya vimos, desde el inicio de la especialidad, que su potencial no era únicamente el de ejercer de médico de cabecera y entendimos que tenía otros dos grandes papeles: asumir la formación de la propia Atención Primaria y dar respuesta a los procesos agudos de los pacientes. En primer lugar, conoce a fondo

el hospital ya que se ha formado durante su periodo de residencia en él pero trabaja en un centro de salud y conoce su realidad: los que tienen la inquietud y la formación son los mejor capacitados para ser los gestores de estos dispositivos. Respecto al segundo papel, dentro de la inmensa mayoría de servicios de urgencia hospitalarios, quien te atiende es un médico de cabecera porque es el que tiene una visión más integral de la persona y es el que tiene más capacidad y más eficiencia para dar respuesta. Porque, cuando vas a un servicio de urgencias, no te atiende un internista, un traumatólogo ni un ginecólogo o un psiquiatra de guardia. De entrada, quien te atiende es un médico de familia que ve la 'integralidad' de la urgencia.

¿Qué papel juega la tecnología en este ámbito? ¿hay riesgo de que se deshumanice la Medicina? ¿hasta qué punto hay que incorporar las TIC pero sin dejarnos cegar por ellas?

Sin duda, las TIC tienen unas enormes oportunidades. Y, en Atención Primaria, hay numerosas experiencias sobre cómo llegar a la comunidad mediante Facebook, cómo comunicar con los pacientes mediante Twitter, cómo generar una formación de calidad con un blog o cómo compartir información sanitaria a través de muchos medios. Y la historia clínica electrónica ha sido un avance significativo.

¿Pero tienen riesgos?

Claro, sobre la confidencialidad y sobre el mal uso de los datos sanitarios, que me preocupan enormemente. Y también otros aspectos como el comercio de datos sanitarios, la gran centralización que ello supone o la vulnerabilidad de los sistemas informáticos. Pero, en cualquier caso, las TIC son una aportación que nos permite una mejor atención y, sobre todo, una mejor co-

ordinación entre niveles asistenciales. Por tanto, la Atención Primaria es flexible, con mucha capacidad tanto para la evolución como para incorporar estos avances con una cierta rapidez: es como una pequeña lancha capaz de sortear temporales rápidamente, no es el gran trasatlántico que es el hospital, al que le cuesta modificar su rumbo o donde es más complejo incorporar nuevas tecnologías de la información.

En este contexto, ¿qué papel juega SEDAP? ¿qué retos se plantea para la presidencia que ahora comienza?

SEDAP está jugando y tiene que jugar un papel trascendente en nuestro sistema sanitario. Es una sociedad que agrupa a los directivos a partir de la Atención Primaria: tenemos muy claro cómo debe avanzar el trabajo directivo en este campo, cómo debe avanzar la profesionalización de estos directivos y su formación, qué modelos sanitarios de éxito deben irse extendiendo, qué experiencias son interesantes y por tanto deben replicarse, qué errores no tendría que cometer un sistema sanitario... SEDAP quiere hacer esta apuesta y poder ser la sociedad científica de los directivos de la Atención Primaria. La junta directiva la formamos directivos de todos los niveles, no únicamente médicos: es una junta pluridisciplinar que cree muchísimo en nuestro sistema sanitario porque lo conocemos. Y, por eso, intentaremos prestar servicios a todos los directivos, técnicos y profesionales que están en Atención Primaria, en gerencias únicas, en procesos de atención integrada para poderles ser útil en su labor ■

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





Un buen
gestor
debe manejarse
bien en las nuevas tecnologías
y las redes sociales

Miguel Ángel Máñez

Director Económico en el Departamento de Salud de Elda y experto en tecnologías de la información en el sector salud

Texto | Silvia C. Carpallo



“Un buen gestor debe manejarse bien en las nuevas tecnologías y las redes sociales”

Experto economista pero, sobre todo, experto en el mundo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), Miguel Ángel Máñez aporta una perspectiva diferente sobre la Sanidad cada día desde su blog “Salud con cosas”. En esta ocasión habla con la Revista EL MÉDICO sobre conceptos tan claves en el panorama actual como la interoperabilidad en la historia clínica digital, la posibilidad de compartir datos entre Sanidad pública y privada, lo que realmente aporta o no la telemedicina, y la formación que deben tener todos los profesionales sanitarios, incluidos los gestores, en materia de redes sociales.

¿Cómo definiría el concepto de *e-Health*?

La *e-Health* o *e-salud* no es más que la prestación de servicios sanitarios utilizando las tecnologías de la información y la comunicación. Inicialmente, el concepto incluía herramientas como la telemedicina o la telemonitorización, pero con la aparición de nuevas herramientas como las redes sociales, las carpetas personales de salud o las apps para móviles el concepto es mucho más amplio.

Hablamos de la implantación de una tarjeta sanitaria única, de receta electrónica, de historia clínica digital, ¿pero son nuestros sistemas realmente interoperables?

La desbandada autonómica post-transferencias (a partir de 2002) marcó el inicio de una carrera, poco lógica, por ser el primero en tener historia clínica online, tarjeta única o receta electrónica. Pese a los intentos del Ministerio por poner algo de orden, ahora mismo tenemos un proyecto poco exitoso liderado por parte del Ministerio para compartir información clínica básica entre servicios de salud (conocido como HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud). Dado que cada servicio de salud buscó una solución a su medida, y el Minis-

terio de Sanidad llegó tarde a la hora de poner orden, actualmente tenemos un grado de interoperabilidad mínimo, pese al uso de estándares como HL7.

Cuando hablamos de la HCD, el futuro está en entender que la información no es del médico, sino del propio paciente. ¿Podrá entonces el paciente compartir esa información entre la Sanidad pública y la privada?

En un entorno como el español, con un sistema sanitario público potente y gratuito, existe una tendencia entre el ciudadano a confiar la custodia y revisión de sus datos clínicos al propio servicio de salud. Ya se han lanzado algunos proyectos de “carpeta personal de salud” para que el ciudadano, mediante un acceso seguro y confidencial, pueda acceder a sus datos de salud, pero el éxito ha sido relativo. No obstante, es un buen comienzo de cara a conseguir una integración total con los datos. La posibilidad de compartir datos e información entre la Sanidad pública y privada creo que aún está lejos. De hecho, no existe todavía ningún proyecto serio de coordinación entre sistemas privados, por lo que su conexión con la información del SNS es algo utópica por el momento.

¿Qué puede aportar la telemedicina a la Atención Primaria, para dejar que el médico sea por fin médico y no un burócrata?

La telemedicina no es la varita mágica para conseguir reducir la burocracia en Atención

Primaria pero sí puede ayudar al médico y al resto de profesionales sanitarios a centrarse en el paciente y dejar de lado muchas tareas de control que suelen aportar muy poco. Sin embargo, antes de poner en marcha de forma estructurada este tipo de

La posibilidad de compartir datos e información entre la Sanidad pública y privada creo que aún está lejos

herramientas es necesario cambiar los procesos y adaptar la realidad asistencial de Atención Primaria a una modalidad de asistencia no presencial y a elementos como la telemonitorización. Precisamente, en enero de 2014, el Servicio Murciano de Salud empieza a ofrecer el servicio de consulta online a través de email para el paciente con su médico de familia. Han sido necesarios más de diez años para consolidar una herramienta tan sencilla, y tan masivamente utilizada.

¿Cómo ve entonces el uso de la telemedicina para trabajar más la interconsulta entre niveles asistenciales y reducir derivaciones que no son siempre necesarias?

La mejora de la coordinación entre niveles asistenciales se basa en algo tan sencillo como la comunicación. Hay fórmulas para agilizar la interconsulta, como el uso de sistemas de información compatibles, ganando en rapidez, en seguridad y generando un proceso de cooperación y aprendizaje mutuo entre profesionales de Atención Primaria y Especializada. De esta forma, se mejora la toma de decisiones por parte del profesional. De hecho, cada vez más existen proyectos como la retinopatía o la teledermatología, además de la propia interconsulta online, que están consiguiendo que el médico de familia únicamente derive al paciente

a la consulta hospitalaria en los casos en que sea estrictamente necesario. Al final, lo más interesante no es el uso de una u otra tecnología, sino la capacidad de la organización de integrar herramientas en los procesos asistenciales sin necesidad de estar en fase de pruebas durante años.

En una de las entradas de su blog "Salud con cosas", habla de esa tendencia a que el hospital se parezca cada vez más a un hotel. ¿Qué consecuencias puede tener que primen parámetros como la satisfacción del paciente/cliente o la tecnología instalada sobre otros como el nivel de mortalidad o el desempeño en los procesos?

Al hablar de calidad hay un concepto llamado calidad percibida, que se define como la apreciación que tiene el paciente del servicio sanitario, es decir, la satisfacción del paciente. Dado que muchas veces el paciente no tiene el conocimiento necesario para diferenciar un buen hospital de otro se fija en cualidades como la comodidad, el tiempo de espera, el trato, la limpieza, etc. El hecho de incluir indicadores como la satisfacción del

paciente en la evaluación de los centros sanitarios puede provocar un desplazamiento del interés de los gestores de la parte técnica (seguridad del paciente, mortalidad o desempeño) a la parte más hotelera. Un buen gestor debe ponderar ambos tipos de variables, maximizar la satisfacción del paciente y a la vez trabajar para lograr la mayor calidad técnica en el servicio prestado.

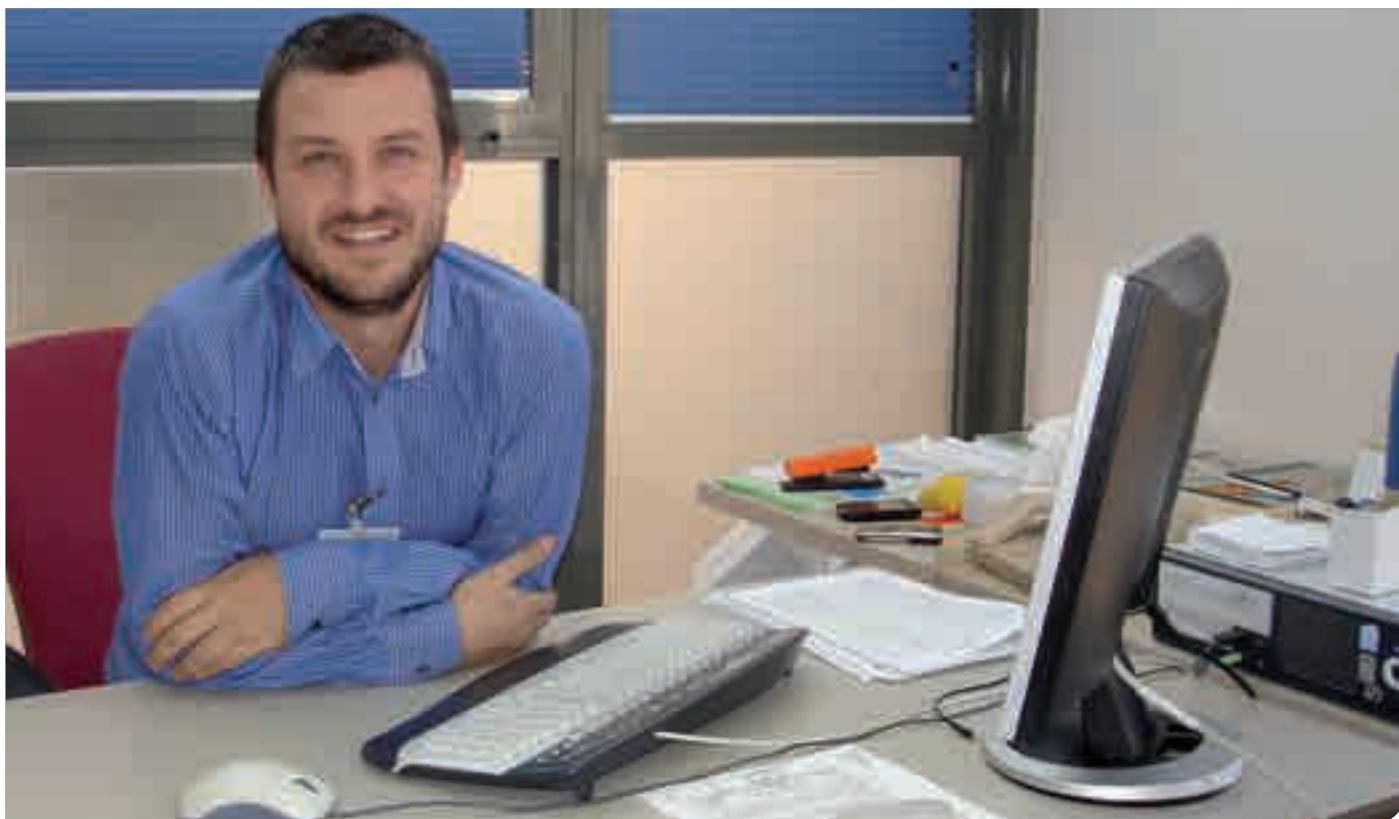
En cuanto a la implantación de nuevas tecnologías en los hospitales, ¿en ocasiones falta evidencia en la innovación? ¿Y evaluación posterior a su implantación?

Las nuevas tecnologías son una moda, y eso implica un alto riesgo. El primero, centrarnos en el descubrimiento del año y no desarrollar adecuadamente otras herramientas. Además, no existe una estrategia clara de desarrollo y difusión de innovaciones, por lo que muchos servicios de salud adoptan la figura del proyecto piloto, que se prueba en un centro concreto y posteriormente se olvida o no se generaliza. El otro gran riesgo de las modas es que no hay una evaluación adecuada de las nuevas tecnologías, por lo que muchas decisiones se toman atendiendo

a evaluaciones poco fiables o incluso en base a informes con un elevado sesgo.

Actualmente, en España, ¿hay un riesgo de quedarnos desfasados en cuanto a la introducción de innovación respecto a otros países europeos?

El ejemplo lo tenemos con la historia clínica electrónica: muchos años, una elevadísima inversión, y un resultado irregular. Si no hay una estrategia clara respecto de la incorporación de innovaciones y tecnologías a la realidad asistencial no avanzaremos mucho. Además, se produce un fenómeno muy curioso: hay muchas iniciativas que se han generalizado a partir de una puesta en marcha casi de forma individual, sin el apoyo de la organización. Esto demuestra que existe una falta de voluntad clara entre políticos y gestores (con honrosas excepciones,) en todo lo relacionado con la innovación, con los procesos de cambio y con la incorporación de las TIC a los servicios sanitarios. Pero centrándome en la pregunta, puede que sí que exista un desfase con respecto a otros países. No obstante, la realidad asistencial y organizativa en cada país es distinta y eso puede provocar ciertas diferencias.



El entorno formativo del farmacéutico



- Cursos de **formación acreditada** • Programa formativo **AULA SEFAC**
- **Suplementos** • **Noticias** • Titulares **semanales** • **Talleres prácticos**

tu aliado en todos tus proyectos

saned.
GRUPO

www.gruposaned.com



www.auladelafarmacia.org

Madrid

Capitán Haya, 60 1º. 28020
T +34 917 499 500 • F +34 917 499 501

Barcelona

Anton Fortuny, 14-16. 08950 Esplugues de Llobregat
T +34 933 209 330 • F +34 934 737 541

¿Tienen los médicos cierto miedo, o quizás reticencia, a adentrarse en las nuevas tecnologías?

Todo lo nuevo provoca inicialmente miedo, o incluso rechazo, eso es casi una ley universal. El día a día de muchos profesionales que utilizan nuevas herramientas asistenciales, la difusión de experiencias de éxito, y la mejora que se produce para el profesional y el paciente son elementos que están ayudando a luchar contra ese miedo o rechazo. Por otra parte, es fundamental que la organización sanitaria se centre en el aprendizaje de los profesionales, utilizando para ello todas las posibilidades formativas (desde el curso presencial clásico a las nuevas modalidades de *e-learning*, pasando por reuniones o talleres con otros profesionales). El miedo se puede reducir demostrando utilidad y sencillez, y para ello es necesario que exista una confianza entre el profesional y la organización. Un primer paso es escuchar al profesional, conocer sus miedos, sus expectativas y sus propuestas, y así conseguir elaborar un plan de trabajo que consiga reducir esa reticencia y mejorar el servicio sanitario y el propio desempeño del profesional.

De hecho usted es conocido por ser un experto en Twitter, ¿qué valor añadido tienen las redes sociales en la relación del médico con los pacientes?

El profesional sanitario debe utilizar las herramientas de comunicación que utilicen los pacientes. Nos hemos adaptado al teléfono, a la cartelería y los folletos, incluso hemos dado el salto a la web. Todo ello con los objetivos de mejorar la comunicación con el paciente, centrada en promoción de la salud, información fiable y resolución de dudas sencillas, en temas como medicamentos, síntomas, autocuidados, etc. Si el paciente em-

pieza a utilizar las redes sociales (ya son muchos millones de usuarios en España), es conveniente que el profesional las utilice. No obstante, no podemos obviar que muchos pacientes siguen sin tener acceso a redes sociales, o incluso a Internet, por su situa-

ción socioeconómica, y por ello, el profesional debe utilizar las redes sociales como una herramienta más, pero sin olvidar la atención sanitaria de siempre.

¿Y cómo pueden influir en la relación con el resto de *stakeholders* del sector sanitario?

La realidad es que el uso de redes sociales para el profesional sanitario es casi una necesidad hoy por hoy. Teniendo en cuenta que los sistemas de salud son organizaciones basadas en el conocimiento, las redes sociales permiten la difusión rápida y sencilla de información de interés para el profesional, desde novedades científicas hasta debates de interés sobre temas muy diversos. La potencia de las redes a la hora de establecer contactos y crear redes de conocimiento con otros profesionales y organizaciones con intereses similares a los nuestros permite tener múltiples fuentes y conseguir opiniones muy diversas, en ocasiones, alternativas a la opinión del *establishment*. El otro gran elemento de valor de las redes es el aprendizaje constante que implica el estar en contacto con otros profesionales. Además, las redes son un gran vehículo de participación y cooperación entre profesionales, con algunos ejemplos muy interesantes de iniciativas surgidas online, tales como “#nosinevidencia”, “Mírame Diferénciate” o “Mi Vida sin Ti”. Las redes han conseguido que el centro de la opinión se desplace ligeramente y no exista una opinión única. De hecho, existen muchos debates sobre temas actuales de política sanitaria que se mantienen en las redes, posibilitando que cualquiera pueda opinar, eliminando el

sesgo de la representatividad y de las voces únicas.

Hemos hablado de lo que pueden aportar las TIC en cuanto a la asistencia sanitaria, ¿pero cómo pueden repercutir en las innovaciones de la gestión sanitaria?

Como hemos comentado en alguna pregunta, la innovación requiere de difusión y de participación, y para ello las redes sociales y las TIC son imprescindibles. Webs de difusión de buenas prácticas (como “Salud Innova”), redes para intercambio de conocimiento (como “Ezagutza”) o redes informales en Twitter de profesionales interesados en la innovación son tres ejemplos muy sencillos de todo lo que se puede hacer. Las TIC permiten hacer muchas cosas, pero el otro elemento imprescindible es la voluntad del profesional y su actitud hacia estas herramientas. Sin la participación del mayor número de profesionales posible la potencia de las TIC es inútil.

¿Debe de estar hoy un gestor sanitario formado en todas estas nuevas tecnologías?

Por supuesto, un buen gestor debe manejarse bien en las nuevas tecnologías y las redes sociales. Es una forma de estar al día, de compartir conocimiento y además de escuchar a otros profesionales para lograr un aprendizaje continuo que pueda tener reflejo en el trabajo diario. Un kit sencillo para empezar podría ser Twitter y alguna herramienta para leer blogs y webs (como Feedly), para poder leer, compartir, comentar y, por supuesto, escuchar ■

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



A close-up photograph of a hand pointing at a laptop screen. The entire image is tinted with a deep blue color. The hand is in the foreground, with the index finger pointing towards the screen. The laptop screen is visible in the lower right, showing some indistinct shapes. The background is a blurred, light blue area.

El futuro de la



mHealth:

oportunidades de desarrollo para mantener prestaciones en épocas de crisis

Según un reciente estudio elaborado por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) e 'iDoctus', el 42 por ciento de los facultativos de Atención Primaria usa el ordenador, las tabletas y el móvil para acceder a información médica en nuestro país. Dentro de este grupo, la inmensa mayoría (un 90 por ciento) utiliza, al menos, dos de estos dispositivos en su práctica clínica diaria. Estos porcentajes no tienen nada que envidiar a los de Estados Unidos, país de referencia en el uso de este tipo de tecnologías. En el ámbito de las aplicaciones móviles de salud, el 75 por ciento de los encuestados asegura conocer las más relevantes para su especialidad, aunque un 93 por ciento preferiría disponer de una única herramienta que englobara toda esa información. El ahorro de tiempo y la mejora en la seguridad del diagnóstico y de la prescripción son los principales beneficios referidos por estos profesionales sanitarios.

Texto | Jorge Sánchez Franco/JGR



REPORTAJE

El futuro de la mHealth: oportunidades de desarrollo para mantener prestaciones en épocas de crisis

Se estima que el mercado de la mHealth, que es como se denomina al uso de los dispositivos móviles en la práctica clínica, va a crecer un 20 por ciento anual durante los próximos cinco años. Esto “puede desempeñar un papel claramente relevante en la mejora del proceso asistencial”, apunta Ángel Díaz Alegre, CEO de ‘iDoctus’, una aplicación móvil de ayuda clínica a la que ya se han adherido numerosas sociedades científicas españolas. “En diecisiete meses de andadura, más de 18.000 médicos se han adscrito a nuestra plataforma en España, y ahora nos encontramos en pleno proceso de expansión internacional”, afirma.

Ahorro medio estimado de 120 minutos a la semana por cada profesional

En el estudio de SEMG e ‘iDoctus’ “se demuestra claramente que la utilización de las aplicaciones móviles –de las que ya existen más de 14.000 en el ámbito de la salud– en la práctica clínica diaria supone un ahorro medio estimado de dos horas a la semana para cada profesional, lo que podría aprovecharse posteriormente para reducir costes innecesarios o invertir en formación continuada, por ejemplo”, señala el experto. “También hay claros beneficios para el médico en tanto en cuanto se contribuye a la reducción de posibles errores de prescripción, de dosificación y de interacción”, añade. En definitiva, con el uso de estas nuevas herramientas “se obtienen unos ahorros potenciales tan significativos como los procedentes de la puesta en marcha de otras iniciativas más controvertidas que se hayan podido planear”.

Con respecto a la disponibilidad de los dispositivos tecnológicos anteriormente referidos, el estudio evidencia una penetración cercana al 90 por ciento en el caso del denominado ‘smartphone’, de tal manera que prácticamente todos los médicos generales

tienen uno. En el caso de las tabletas, dicho porcentaje se sitúa en torno al 60 por ciento. A partir de aquí, “hay una labor pendiente de formación en el uso de este tipo de herramientas con el objetivo de que los profesionales incrementen la frecuencia de su uso”, explica el CEO de ‘iDoctus’. A día de hoy, “sólo un tercio de nuestros usuarios entra prácticamente a diario en nuestra aplicación”. Esta tarea educativa choca de frente con dos obstáculos que es importante superar: el conservadurismo de la profesión y la gran carga de trabajo de los facultativos.

Según este experto, otro aspecto que habría que potenciar es la evaluación de la calidad de las aplicaciones móviles que llegan al mercado. En este sentido, “es de destacar el “Distintivo AppSaludable” de la Junta de Andalucía, una iniciativa de certificación que contribuye a incrementar la fiabilidad de este tipo de herramientas”, comenta. ‘iDoctus’ “fue la primera ‘app’ que contó con este sello de garantía”. Lo que se pretende con este tipo de mecanismos “es separar el grano de la paja, de tal manera que se recomienden especialmente aquellas aplicaciones que cuentan con contenidos de calidad y el aval de sociedades científicas”. Esto no sólo representa “una gran oportunidad” para las empresas desarrolladoras, sino que también responde a una necesidad de profesionales sanitarios y pacientes.

El sector aboga por la autorregulación

Ángel Díaz Alegre ha expresado su temor ante una posible regulación del sector por

parte de la Administración. “Si esto no se hace adecuadamente, existe el riesgo de distorsionar e incluso ralentizar su ritmo de desarrollo, algo que finalmente podría matar la innovación”, afirma. Dos buenos ejemplos serían los casos de la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense y de la *Therapeutic Goods Administration* (TGA) australiana. “Sólo van a revisar las aplicaciones que puedan suponer un riesgo para la salud, como es el caso de las que funcionan como dispositivos médicos”. El experto también se ha mostrado preocupado ante la posibilidad de que cada autonomía quiera contar con su propio certificado de aplicaciones. “Si Andalucía ya lo ha hecho y funciona bien, lo ideal es que sea organismo certificador de referencia para el resto de comunidades”.

Aunque los primeros grandes avances en este campo se están produciendo en Estados Unidos y Australia, también en Europa existen iniciativas similares. Así, por ejemplo, la Dirección General de Redes de Comunicación, Contenido y Tecnología de la Comisión Europea (CE) publica un listado anual con las aplicaciones móviles de salud disponibles para pacientes y recaba información sobre sus características, autores y país de origen, así como la opinión que se

La utilización de las aplicaciones móviles, de las que ya existen más de 14.000 en el ámbito de la salud, en la práctica clínica diaria supone un ahorro medio estimado de dos horas a la semana para cada profesional

tiene de las mismas. Todos estos datos y comentarios están accesibles en la página web de *PatientView* (<http://www.patientview.com>), cuyo contenido es meramente explicativo e ilustrativo debido a que la CE todavía no ha entrado ni en la regulación ni en

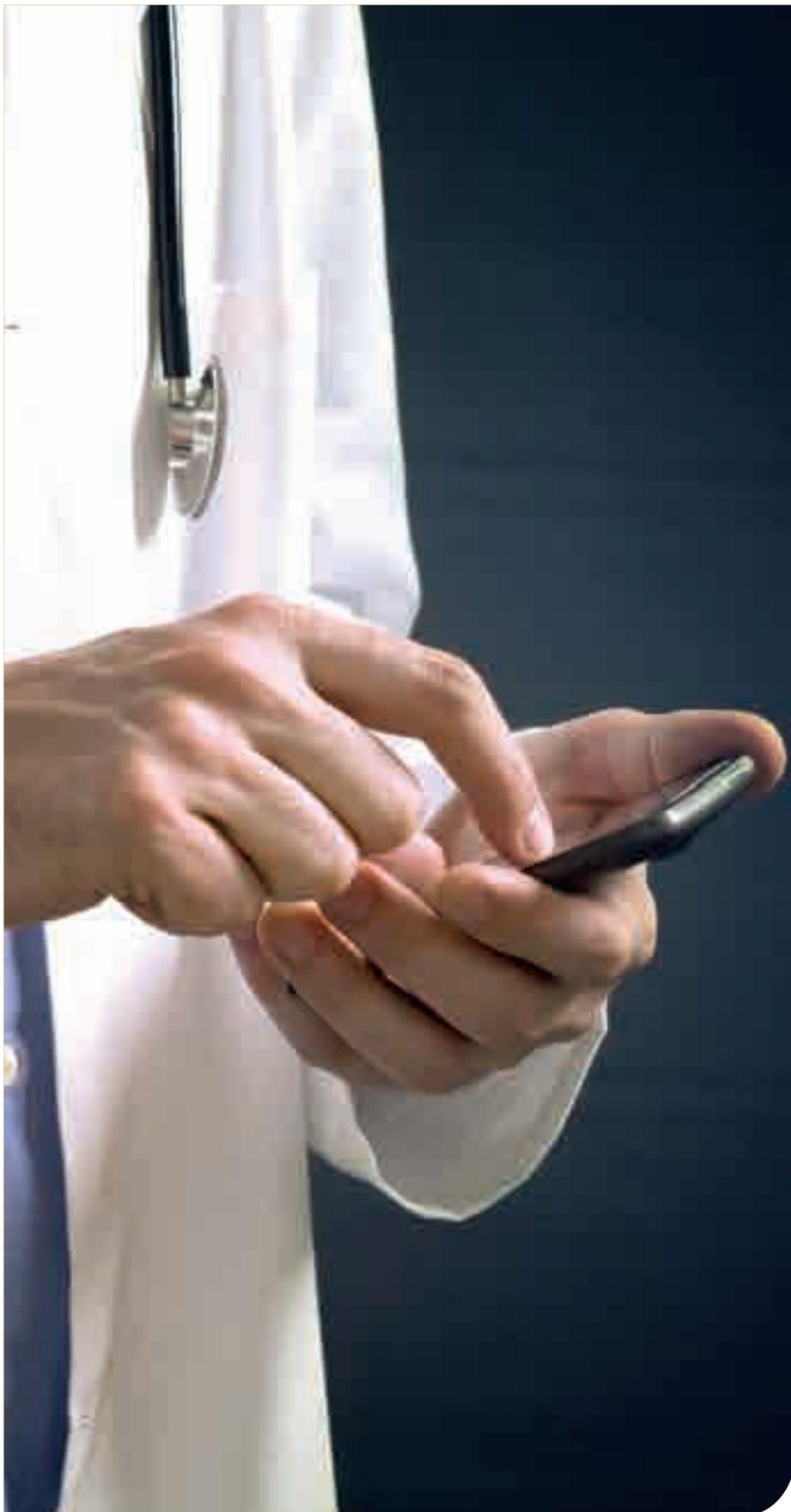
la validación de este tipo de ‘apps’ por el gran reto que supone.

Por último, el CEO de ‘iDoctus’ opina que la integración de las aplicaciones móviles en los sistemas sanitarios “no debe hacerse en base a largas pruebas piloto porque estas herramientas están en continua evolución y pueden quedarse obsoletas muy

rápidamente”. No ocurre lo mismo con la telemedicina, la otra gran vertiente de la mHealth, que “tiene un gran potencial” de cara al mantenimiento de prestaciones en un entorno de crisis como el actual. Hay numerosas experiencias en marcha que vienen respaldando su uso muy especialmente en el manejo de pacientes crónicos. “Se eliminan visitas innecesarias porque el médico puede tomar controles remotamente para hacer más eficiente y productivo el servicio”. La reducción de costes es por tanto considerable.

El doctor José Francisco Ávila de Tomás, coordinador del Grupo de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SOMAMFYC), considera también que todas las herramientas de la mHealth “pueden ayudar a mejorar la salud de las personas, siendo especialmente útiles en el caso de los pacientes crónicos”. Puesto que éstos acuden en gran medida al primer asistencial, “se están empezando a integrar las redes sociales y algunas aplicaciones móviles específicas en la práctica clínica diaria de los centros de salud con el único objetivo de potenciar la comunicación directa entre los médicos de Atención Primaria y sus pacientes más dependientes y vulnerables”, añade. La formación de ambas partes es un elemento clave dentro de este proceso.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) cuenta con un grupo de profesionales dedicados en exclusiva a la mHealth. Paralelamente, algunas de sus sociedades autonómicas han conformado sus propios equipos de nuevas tecnologías con el objetivo de potenciar el uso de todas aquellas que “pueden favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades por parte del paciente y, por lo tanto, la toma de decisiones sobre su propia salud o los eventos que vayan produciéndose en el curso de su enfermedad”, afirma el experto. En el caso concreto de SOMAMFYC, este equipo se viene centrando en el desarrollo de aplicaciones móviles específicas en diferentes ámbitos y en el uso de las redes sociales como nuevas herramientas de comunicación en la relación médico-paciente.





REPORTAJE

El futuro de la mHealth: oportunidades de desarrollo para mantener prestaciones en épocas de crisis

La mHealth ahorra tiempo y ayuda a la toma de decisiones clínicas

El doctor Ávila considera que hay una gran variabilidad en el uso que se está haciendo de la mHealth en Atención Primaria. “Mientras que unos profesionales pueden estar utilizando en torno a cinco o seis aplicaciones móviles al día, e incluso prescribiendo o recomendando alguna concreta a sus pacientes, otros apenas hacen uso de estas herramientas debido a su bajo nivel de conocimiento y manejo”, explica. No obstante, dentro del primer grupo hay unanimidad a la hora de destacar sus principales ventajas: “ahorran mucho tiempo y constituyen una ayuda muy válida en el proceso de toma de decisiones clínicas dentro de la consulta”. A pesar de ello, “en España todavía nos encontramos en una fase de desarrollo teórico y pilotaje”.

Con respecto al futuro, “es probable que la mHealth se convierta en una herramienta más de comunicación en el marco de la relación médico-paciente”, afirma el experto. “Aunque se han publicado algunos análisis donde se demuestra la utilidad de estas herramientas de cara a incrementar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en tiempos de crisis, todavía hacen falta muchos más estudios que valoren su eficiencia a nivel general y sectorial o por proyectos y patologías”, añade. “Bien es cierto que se están desarrollando numerosas aplicaciones móviles en nuestro país y que se pueden hacer cosas muy prácticas e interesantes desde el punto de vista técnico, pero quizás se están generando unas expectativas demasiado elevadas entre la población”.

Según el doctor Ávila, uno de los retos pendientes de la mHealth de cara a su futura integración en los sistemas sanitarios es la validación de la calidad de las aplicaciones móviles, ya que “cualquier persona con conocimientos informáticos básicos puede desarrollar una ‘app’ hoy en día”.

Uno de los retos pendientes de la mHealth de cara a su futura integración en los sistemas sanitarios es la validación de la calidad de las aplicaciones móviles

En Reino Unido, por ejemplo, “se hace una evaluación técnica y otra de los contenidos, para elaborar posteriormente un ‘ranking’ basado en un proceso de validación a cargo de los propios profesionales sanitarios”, señala. “En España, las administraciones públicas tendrían que establecer un marco de actuación en el que se valorarían todas las aplicaciones móviles de salud que vayan apareciendo en el mercado, tal y como se está haciendo desde la Junta de Andalucía”.

Andalucía, caso de estudio

Como ya se ha visto, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, dependiente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, ha sido pionera, a nivel nacional e internacional, en la implantación de una estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud en lengua española. La iniciativa comenzaba su andadura en septiembre de 2012, con la publicación de la primera guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de este tipo de ‘apps’. Este documento serviría de base para la posterior creación del primer sello de garantía que reconoce la fiabilidad (calidad, seguridad y confidencialidad) de dichas aplicaciones, en abril de 2013: el Distintivo AppSaludable. La mHealth necesita de estos instrumentos para generar confianza en los usuarios.

Uno de los siguientes pasos a dar por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía será la configuración de un programa de certificación de aplicaciones móviles de salud. Se trataría de ir más allá del Distintivo AppSaludable mediante el establecimiento de un proceso más formal y cuantitativo en cuyo

marco pudiera plantearse incluso la integración de determinadas ‘apps’ con sistemas de información clínica. De forma paralela, también se plantea la fundación de una biblioteca de aplicaciones móviles de salud y la creación de comunidades de práctica abiertas a los distintos colectivos vinculados con la mHealth. Con todo esto, se pretende dar respuesta a algunos de los importantes desafíos de la mHealth y sus tecnologías.

Según Javier Ferrero, director de Sistemas y Tecnologías de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, “la validación científica de las ‘apps’ y su prescripción por parte de los profesionales sanitarios son dos de los retos pendientes de la mHealth, junto con la competencia tecnológica del paciente y la aplicación institucional de los dispositivos”. En este contexto, “existen numerosos estudios que otorgan a la mHealth un papel relevante en la futura prestación de los servicios sanitarios”, añade el experto. Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de “una verdadera transformación en la atención sanitaria”, diversos informes dibujan un horizonte marcado por la implantación masiva de este tipo de tecnologías.

La crisis económica, una oportunidad para el desarrollo de la mHealth

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de “una verdadera transformación en la atención sanitaria”, diversos informes dibujan un horizonte marcado por la implantación masiva de este tipo de tecnologías

En general, las potencialidades de la mHealth pasan por “la personalización de los servicios sanitarios, el acercamiento de los pacientes a los profesionales de la salud y una mayor eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias”, apunta el experto.

“En un contexto de crisis económica como el actual es donde deben explorarse estas vías para que redunden en mejoras de servicios y optimización de costes”. Podemos encontrar algunos ejemplos en la gestión de citas en movilidad, que minimiza cancelaciones; la resolución de dudas, que

ayuda a disminuir el número de consultas presenciales; las comprobaciones prequirúrgicas, que evitan desprogramaciones; o los servicios de teleconsulta para pacientes crónicos, que mejoran la adherencia a los tratamientos.

Por tratarse de una iniciativa pionera a nivel nacional e internacional, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está recibiendo 'apps' procedentes de distintos puntos del Sistema Nacional de Salud e incluso de otros países de lengua española. En general, "hay nume-

rosas áreas de mejora en la gran mayoría de las aplicaciones evaluadas hasta el momento, sobre todo en lo relativo a diseño, autoría, fuentes de información, confidencialidad y seguridad", afirma Javier Ferrero. De forma paralela, "también se están desarrollando diversas 'apps' en el ámbito de la calidad y seguridad del paciente". Tal es el caso de "Pregunta por tu salud", para la gestión de preguntas y respuestas antes de acudir a consulta, o "RecuerdaMed", para la gestión de pacientes polimedicados.

En el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado recientemente en Valencia, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha presentado un catálogo de aplicaciones móviles de salud (<http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>) que muestra aquellas 'apps' que destacan por su calidad, seguridad y fiabilidad: aparecen las que tiene el Distintivo AppSaludable (<http://www.calidadappsalud.com/distintivo-appsaludable>) y las que están en proceso de evaluación o han solicitado este reconocimiento. La publicación de este catálogo pretende poner a disposición de los usuarios un recurso de consulta útil para avanzar en las garantías de uso de las aplicaciones móviles de salud, poniéndose de relieve sus aspectos destacables e identificándose posibles mejoras.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha sido pionera, a nivel nacional e internacional, en la implantación de una estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud en lengua española

Gracias a las nuevas aplicaciones móviles, la población general puede llevar un control estricto de sus enfermedades crónicas, como la diabetes o el asma, hacer un seguimiento de la salud de los más pequeños de la casa o medir su ritmo cardiaco, temperatura y presión sanguínea. Más amplio todavía es el campo de las 'apps' que ayudan a dejar de fumar, bajar peso y hacer ejercicio, las más populares por el momento. Con todo esto, no cabe duda de que la mHealth constituye una gran oportunidad para mejorar la calidad de vida de las

personas, y muy especialmente la de nuestros mayores. La adopción masiva de móviles por parte de personas de la tercera edad hace posible la práctica de la telemedicina siempre que los facultativos la consideren oportuna y suficiente.

Las nuevas oportunidades que ofrecen los teléfonos móviles como dispositivos que ayudan en el ámbito sanitario fueron debatidas también en una jornada organizada por Pharma Talents y PwC. Joan Guanyabens, director de IT Health de PwC y moderador del acto, recalcó que el teléfono móvil "está transformando nuestras vidas. Estamos obligados a preguntarnos cómo puede ayudarnos -bien como médico, como farmacéutico o como ciudadano- a transformar el sistema hacia la Medicina personalizada, predictiva, preventiva y participativa".

10.000 millones en 2017

Por su parte, Rana Mehta, líder global de mHealth de PwC, repasó los aspectos más destacados del informe de análisis para la Unión Europea "Impacto socioeconómico de la mHealth", publicado el pasado mes de junio. "Un modelo de prestación de servicios interconectados de salud puede llegar a disminuir los costes en un 50 por ciento", subrayó.

En el caso de España, su estimación es que la mHealth podría ahorrar al sistema más de 10.000 millones de euros en 2017. Los ámbitos más prometedores en los que los móviles podrían ser determinantes son los de bienestar, prevención, diagnóstico, monitorización, tratamiento y fortalecimiento de sistemas de salud.

"Estos servicios deben ser proporcionados por un ecosistema de grupos de interés, cada uno con sus propias motivaciones y retos. Este ecosistema podría aprovecharse de los datos, del análisis de la información y de la experiencia clínica para intervenir de forma proactiva con servicios personalizados. Y, en ese ámbito, los protocolos pueden ser muy útiles", añadió.

En su opinión, las barreras para limitar la adopción son numerosas: tanto desde el punto de vista regulatorio como económico, estructural o tecnológico, por lo que es precisa la armonización de marcos regulatorios, el impulso a los incentivos y la aparición de modelos de negocio claramente definidos. "La mHealth debe ser integrada, inteligente, orientada a resultados, socializada, interoperable y participativa", resumió Metha. ■

Documentación y fuentes

1. Estudio "Hábitos digitales del médico general y de familia español", de SEMG e 'iDoctus'.
2. Entrevista con Ángel Díaz Alegre, CEO de 'iDoctus'.
3. Entrevista con José Francisco Ávila de Tomás, coordinador del Grupo de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SO-MAMFYC).
4. Entrevista con Javier Ferrero, director de Sistemas y Tecnologías de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
5. Jornada sobre mHealth, organizada por Pharma Talents y PwC.
6. Europa Press.
7. EL MÉDICO.





No se puede llegar a la
excelencia
sin tener acceso a las más
relevantes fuentes de
**información
científica**

Virgili Páez Cervi

Responsable de la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud
de las Islas Baleares (Bibliosalut)

Texto y fotos | Marisa Martínez



ENTREVISTA

Virgili Páez Cervi

“No se puede llegar a la excelencia sin tener acceso a las más relevantes fuentes de información científica”

Virgili Páez Cervi es el documentalista responsable de Bibliosalut, la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud de las Islas Baleares, servicio que dirige desde su puesta en marcha en 2003. Es Licenciado en Documentación y Diplomado Universitario de Postgrado en Planificación y Gestión de Bibliotecas. Desde hace cinco años organiza los encuentros anuales de responsables de las bibliotecas virtuales autonómicas de Ciencias de la Salud, que se celebran en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca y, desde hace unas semanas coordina, junto con la directora de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la recién creada Red de Bibliotecas Virtuales de Salud (REBISALUD).

Se ha celebrado en la XXIV Escuela de Salud Pública de Menorca un nuevo encuentro del grupo de responsables de bibliotecas virtuales autonómicas de Ciencias de la Salud. ¿Podría hacernos un balance de esta reunión anual?

Se trata de la quinta edición de este encuentro que reúne a los responsables técnicos de las bibliotecas virtuales autonómicas de Ciencias de la Salud. Siempre hacemos una valoración positiva de estas jornadas, que se desarrollan en el marco físico incomparable de la isla del Lazareto de Mahón. Son sesiones de trabajo en las que nos retroalimentamos con las aportaciones de cada participante, intercambiamos ideas y vamos planteando distintas cuestiones de interés para todos nuestros proyectos bibliotecarios. El hecho de que en la organización de la Escuela participe la Consejería de Salud del Gobierno balear propició en su día que propusiéramos un encuentro

que, con el paso de los años, se ha ido consolidando como un punto de debate e intercambio de ideas de las bibliotecas virtuales de Ciencias de la Salud. Este año, han estado representadas siete bibliotecas virtuales españolas, lo que supone prácticamente la mitad de las mismas. Han asistido los responsables técnicos de las bibliotecas virtuales de Andalucía, Asturias, Canarias, Navarra, País Vasco, Valencia y Baleares y, entre todos, hemos tratado la situación actual de las bibliotecas participantes y hemos diseñado la estructuración y puesta en marcha de REBISALUD, la Red de Bibliotecas Virtuales de Ciencias de la

Salud, un proyecto que nos venimos planteando ya desde hace dos años y que ahora empieza a ser una realidad.

Nos puede explicar, en líneas generales, ¿qué propone esta red y cómo va a beneficiar a las bibliotecas virtuales participantes?

Los responsables de las bibliotecas virtuales autonómicas tenemos la oportunidad de encontrarnos anualmente en Menorca, siendo posible la coincidencia en algún otro tipo de evento; estamos también en contacto durante todo el año, a través de



un foro y de email, pero queremos que REBISALUD suponga un mayor grado de implicación en temas de colaboración interbibliotecaria. Hemos estructurado REBISALUD en una asamblea, integrada por los responsables de las bibliotecas virtuales de la red, que se reunirá anualmente coincidiendo con el encuentro de Menorca; unos grupos de trabajo, que pueden ser estables o *ad hoc*, para cuestiones puntuales; y por último, una coordinación, que inicialmente recae en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario de Andalucía y en la nuestra de las Islas Baleares. Pensamos que estrechar más nuestra colaboración nos permitirá avanzar y mejorar nuestros proyectos autonómicos, mediante una serie de acciones que iremos definiendo.

¿Qué funciones asume cada uno de los grupos de trabajo de REBISALUD?

De entrada hemos creado cuatro grupos de trabajo estables: calidad, servicio de obtención de documentos, compras consorciadas y web. El grupo de calidad será el encargado de proponer estándares e indicadores aceptables para los distintos servicios ofrecidos por las bibliotecas, de evaluar recursos de información científica, elaborar una propuesta de colección básica de revistas, etc. En definitiva, pautas comunes que puedan ayudar a gestionar las bibliotecas virtuales de salud incorporadas a esta red. Este grupo será coordinado por la Biblioteca de Ciencias de la Salud de Navarra. El grupo sobre el Servicio de Obtención de Documentos (SOD), cuya coordinación ha recaído en Asturias, que trabajará en la mejora de este básico e importante servicio bibliotecario, para lo cual contemplamos también juntar nuestros catálogos de revistas en uno colectivo de la red. La Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía se encargará de la coordinación de un tercer grupo de trabajo, el de compras consorciadas. Somos muy conscientes de que REBISALUD no tiene entidad jurídica, aunque creemos que ello no tiene por qué ser un obstáculo para trabajar en la negociación de mejores precios con los editores, agencias de suscripciones y agregadores de contenidos. Es simple economía de escala; si negociamos juntos podremos

conseguir precios más competitivos, que supongan un ahorro para nuestras instituciones públicas. Se trata, pues, de buscar vías para que disminuyan las facturas de las administraciones, sin que ello suponga la pérdida de recursos de calidad. Perseguimos, pues, la optimización de recursos y la eficiencia.

Por último, se ha creado también un grupo para coordinar la futura web de REBISALUD, que ha recaído en nosotros, en Bibliosalut. Salvando mucho las distancias, nos estamos reflejando un poco en el modelo de REBIUN, la Red de Bibliotecas Universitarias, y empezamos la actividad de REBISALUD siendo, como fueron también ellos en sus orígenes, informalmente formales.

¿De qué cifras hablamos?, ¿cuál es el gasto medio de una biblioteca virtual de salud?

Bueno, no sabría decirle cuál es el gasto medio, porque además habría que ponderarlo en función del número de población de cada comunidad autónoma, del número de profesionales sanitarios, etc. No puedo darle cifras de las bibliotecas virtuales de otras autonomías, pero sí las de la nuestra, que lógicamente son públicas, y ahora también accesibles desde nuestra web www.bibliosalut.com, dentro de un completo apartado de estadísticas que hemos abierto recientemente. En nuestro caso, la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud de las Islas Baleares, que depende de la Consejería de Salud y del Servicio de

Salud de las Islas Baleares (Ib-Salut), tuvo un gasto total en 2012 de unos 500.000 euros, bastante inferior al de 2008, que fue de 860.000. Como ve los presupuestos bajan muchísimo debido a la crisis económica, y nos toca seleccionar mucho más y mejor, intentando no perder calidad en la información científica que ponemos a disposición de nuestros usuarios. Por eso necesitamos acuerdos entre bibliotecas virtuales y que se realicen contrataciones conjuntas entre varias de ellas o a nivel nacional. Medidas que supongan contención presupuestaria.

Esto no deja de ser sólo parte del gasto, ya que habría que sumar el equipo humano, formado en nuestro caso por 5 documentalistas, una auxiliar de biblioteca a media jornada y una administrativa. No sé si responde esto un poco a su pregunta. Podría preguntarme ahora, ¿son las bibliotecas

virtuales caras? En ese caso yo le respondería que no, en absoluto. De entrada no nos gusta hablar de gasto, sino de inversión, ya que el buen funcionamiento de un servicio de información de este tipo supone una indudable inversión en la mejora de todo el sistema sanitario público. Pero además, si comparamos con el gasto que se estaba produciendo en las

bibliotecas hospitalarias con las revistas en papel que se suscribían, llegamos a la sorprendente conclusión de que hoy estaría costando bastante más ese modelo que el actual; y la verdad, no hay color entre un modelo y otro, tanto por el número de recursos disponibles como por su accesibili-

Los objetivos de REBISALUD pasan por mejorar el servicio en todas las comunidades autónomas mediante una serie de acciones comunes que supongan el acceso a más y mejores recursos

Buscamos vías para que disminuyan las facturas de las administraciones sin perder recursos de calidad. Con la crisis económica nos toca seleccionar mucho más y mejor, intentando no perder calidad en la información científica que ponemos a disposición de nuestros usuarios



ENTREVISTA

Virgili Páez Cervi

dad, que es de 24 horas al día, desde cualquier ordenador conectado a Internet. En un trabajo publicado en 2011 por la Biblioteca Virtual de Andalucía se estimaba que la creación de esa biblioteca ha supuesto más de un 25 por ciento de ahorro para las arcas públicas de esa comunidad autónoma, por lo que ya digo que no sería para nada correcto pensar que estos servicios bibliotecarios son más caros que los tradicionales.

Volviendo a REBISALUD, ¿supone esta red la culminación del proyecto de coordinación y cooperación interbibliotecaria que desde hace tiempo demandan los responsables autonómicos?, ¿quedan aún aspectos por mejorar?

No, no, en absoluto. REBISALUD lo que sí podrá ser es un elemento que facilite esa coordinación y cooperación interbibliotecaria, pudiendo convertirse además en un buen interlocutor en materia de gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud. Creemos que con nuestro *know-how* sobre la materia podemos ayudar a la elaboración y puesta en funcionamiento de proyectos bibliotecarios de carácter inter-autonómicos y nacionales. Mire, hubo un proyecto bastante serio, auspiciado por el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, realizado entre 2008 y 2009, en el que participaron todas las comunidades autónomas, a través de una comisión nacional, y en el que se estudió la viabilidad de la creación de la Biblioteca Virtual del Sistema Nacional Salud. Dicho proyecto fue coordinado por la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, participando en el comité técnico las de Aragón, Asturias e Islas Baleares. A partir de las experiencias autonómicas se intentaba determinar si sería viable este servicio a nivel nacional y cómo se podría desarrollar. Las primeras conclusiones se

presentaron en diciembre de 2009, pero a causa de la coyuntura económica, ese informe quedó paralizado y, si ha habido valoraciones, no las conocemos. La idea era llegar a disponer de unos recursos de información científica básicos para todos los profesionales del SNS, que fueran gestionados desde cada una de las bibliotecas virtuales autonómicas, facilitando y potenciando el desarrollo de dichas bibliotecas.

Era una forma más de contribuir a la cohesión y equidad del SNS. Pienso que es precisamente en momentos de crisis cuando más hay que poner en marcha este tipo de iniciativas, ya que pueden suponer un importante ahorro a nivel nacional. No obstante, aunque este proyecto esté parado, comprobamos que sí se están llevando a cabo acciones en la misma línea que proponíamos. Tenemos dos claros y plausibles ejemplos. Por una parte, el Instituto de Salud Carlos III, junto al MSSSI, está creando CNCS, un catálogo colectivo nacional de revistas científicas, un catálogo público, abierto y gratuito, tal como se concluía en el estudio de viabilidad mencionado. Por otra parte, el MSSSI ha contratado este verano *UpToDate*, para todos los profesionales del SNS, una herramienta de trabajo extraordinaria para los clínicos.

***UpToDate*, una herramienta de gran utilidad para todo el colectivo, y que además entiendo que no supone un gasto añadido a los proyectos autonómicos.**

Sí, sí, *UpToDate* es una guía práctica de referencia clínica, actualizada y basada en la evidencia científica muy valorada a nivel asistencial, que proporciona acceso sintetizado a información de 21 especialidades médicas con revisiones originales escritas por especialistas expertos. Esta contratación nacional es una acción extraordinaria llevada a cabo por el Ministerio, que sin duda repercutirá en esa cohesión y equidad del SNS de la que hablábamos, y a un precio muy inferior al que supondría la suma de cada uno de los contratos autonómicos. De hecho, a las bibliotecas virtuales que teníamos contratadas este producto nos libera parte del presupuesto, que podrá ser destinado a recuperar algunos de los recursos que hemos ido perdiendo con los recortes de los últimos años. Esta contratación supone, en definitiva, contribuir decididamente a democratizar el acceso a la información, llegando a todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud, estén dónde estén, en un hospital de referencia o en el consultorio médico de una aldea, y por tanto, facilita que el paciente tenga mejor asistencia, independientemente de dónde resida.

Mencionaba anteriormente el compromiso de REBISALUD de mejorar el Servicio de Obtención de Documentos (SOD), un servicio que facilita los documentos no accesibles electrónicamente a los usuarios.

El SOD es un servicio básico en toda unidad de documentación científica que, en general, funciona muy bien en las bibliotecas españolas

de Ciencias de la Salud. No se puede tener acceso a toda la información a nivel mundial, pero sí que es cierto que, en estos momentos, a nivel nacional se cubre un porcentaje muy elevado de lo que precisan nuestros usuarios. Pese a ese buen funcionamiento del SOD que subrayaba, pensamos que podemos seguir mejorando este servi-

La contratación por parte del MSSSI de la herramienta de consulta *UpToDate* supone democratizar el acceso a la información entre todos los profesionales del SNS, independientemente de dónde ejerzan su profesión

cio. Bibliosalut fue la primera biblioteca virtual autonómica que puso en funcionamiento un servicio de obtención de documentos totalmente digital, automatizado y centralizado en el año 2008, dando servicio a todos los profesionales del sistema sanitario público de las Islas Baleares. La verdad es que nuestros usuarios están entusiasmados con este servicio, que les permite conseguir los documentos no disponibles en nuestra biblioteca virtual. Colaboramos con más de 200 bibliotecas españolas y realizamos también peticiones de documentos a la *British Library* y a SUBITO (Alemania) en el caso de que los fondos no estén disponibles en España. Nuestro compromiso es servir los documentos en un máximo de 5 días y en 2013 los estamos sirviendo en una media de 1,7 días. Pero, ¿son éstos tiempos buenos de respuesta? Pues pensamos que sí, pero si trabajamos en equipo con otras bibliotecas virtuales seguro que podremos llegar a obtener

unos indicadores consensuados que nos ayuden a la mejora continua. También es necesario avanzar en acuerdos para la prestación del SOD que plasmen los compromisos interbibliotecarios.

Entiendo que el SOD está muy relacionado con los catálogos colectivos de revistas científicas, pero creo que en España no existe uno público, ¿no es así?

Sí, es cierto, para un buen funcionamiento del SOD es necesario trabajar con catálogos colectivos. Actualmente en España existen dos catálogos colectivos de carácter privado y reclamábamos la necesidad de contar con uno que fuera público, abierto y gratuito, capaz de ser integrado en los sistemas de gestión del SOD. Creemos que este servicio lo debe ofrecer y garantizar la propia Administración, no las empresas privadas, habida cuenta de que estamos hablando básicamente de fondos bibliográ-

ficos adquiridos o suscritos por instituciones públicas. Como he dicho antes el Instituto de Salud Carlos III está llevando a cabo la creación del Catálogo Nacional de Ciencias de la Salud (CNCS), que será mantenido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, noticia que recibimos en su día con gran satisfacción. En su definición, y en un principio, se pensaba que el mantenimiento de este catálogo fuera financiado en parte por las comunidades autónomas, pero finalmente, dada la complejidad del tema, va a ser mantenido por el MSSSI, cosa que consideramos más que acertada.

Seguramente Internet ha sido el mejor vehículo posible para facilitar el acceso a la información científica, acercándola de forma ágil a cualquier rincón del planeta. Nos encontramos ahora ante un nuevo reto, el que nos marcan las redes sociales, con una comunicación aún más





ENTREVISTA

Virgili Páez Cervi

inmediata ¿Cómo están afectado las redes sociales a la difusión de la información científica en una biblioteca virtual?

Si la difusión es importante en cualquier unidad de información, en el caso de una biblioteca virtual pasa a ser imprescindible contar con buenos y rápidos canales de comunicación con los usuarios. En este sentido, nos queda mucho camino por recorrer y mucho por mejorar. En Bibliosalut usamos las redes sociales desde 2012 y, aunque también te-

nemos otros tipos de alertas, es a través de estos canales que reforzamos nuestra imagen corporativa, que acercamos los servicios a los usuarios y se genera una retroalimentación entre ambas partes. Te pondré un ejemplo de cómo estamos utilizando las redes sociales en nuestra biblioteca virtual. Hemos creado el hashtag #PublicaSalutIB, para difundir la producción investigadora más reciente de los profesionales del sistema sanitario público de las Islas Baleares a través de Twitter. Es un servicio que nos está funcionando muy bien. También difundimos estos trabajos a través de otras redes sociales, como Facebook y Google Plus.

Volviendo al encuentro en Menorca. Allí se planteaba un repaso por el estado actual de las bibliotecas virtuales autonómicas. ¿Podría resumirnos las conclusiones a las que llegan en este sentido? ¿Cuál es el estado de salud de las distintas bibliotecas virtuales?

Bueno, es un tema un tanto dispar. Deberíamos empezar definiendo qué entendemos por una biblioteca virtual. Nosotros la definimos como bibliotecas que ofrecen un conjunto de servicios y recursos de información a través de Internet a una comunidad de usuarios. En algunas comunidades autónomas las bibliotecas virtuales están muy desarrolladas, en otras son casi pro-

yectos embrionarios... En este último encuentro, tras la exposición de la situación actual de los participantes, se volvió a poner de manifiesto que se siguen detectando diferencias significativas en cuestiones relacionadas con la organización, la dotación, el presupuesto, los recursos y servicios disponibles. Si bien a todos nos queda mucho por mejorar, las que pienso que podríamos destacar en estos momentos, por considerarlas más desarrolladas, y en algunos casos incluso punteras, son las de Andalucía, Castilla y León, Galicia, Navarra e

Islas Baleares. En cualquier caso, la cooperación interbibliotecaria nos permite aprender mucho, independientemente del grado de desarrollo de cada una de las bibliotecas virtuales, repercutiendo en nuestros proyectos autonómicos.

Y más detalladamente, ¿en qué punto se encuentra Bibliosalut en las Islas Baleares?

Bueno, vaya por delante que nosotros estamos muy contentos y orgullosos del trabajo realizado durante nuestros 10 años de existencia. Ha sido un trabajo muy intenso y muy gratificante por los resultados obtenidos. O sea, el balance es, en general, muy positivo. La crisis económica nos está afectando a todos, y ello repercute indiscutiblemente en nuestra dotación presupuestaria, pero hacemos todo lo posible para ofrecer los mejores servicios y recursos a nuestros usuarios. Actualmente contamos con unas 1.900 revistas electrónicas contratadas sin periodo de embargo (periodo que transcurre entre que un editor publica un número de una revista y su disponibilidad en la biblioteca virtual), de un total de más de 4.000. Damos acceso también a 37 bases de datos bibliográficas, así como a recursos orientados a la ayuda en el punto de atención para profesionales sanitarios. En

estos momentos, se está trabajando en aumentar la colección de libros electrónicos de obras de referencia, que a día de hoy está formada por 340 títulos. Desde el portal de Bibliosalut se facilitan también enlaces a diversos recursos de interés para los usuarios, como tesis doctorales, bases de datos sobre medicamentos y fármacos, estadísticas oficiales, gestores bibliográficos, traductores, diccionarios... Además, se incluye el catálogo colectivo de libros en formato papel de las bibliotecas de los centros que participan en Bibliosalut. Pero, al igual que cualquier biblioteca, no solo contamos con una colección organizada de documentos, también ofrecemos servicios a nuestros usuarios, como son el Servicio de Obtención de Documentos (SOD), el de formación o el servicio de atención al usuario.

Y para finalizar, hablemos de futuros proyectos, de necesidades y demandas...

Bueno, lo primero, y lo que evidentemente más nos preocupa a todos es la bajada de los presupuestos y, por ello, aplaudimos iniciativas como las que he subrayado antes del MSSSI y del ISCIII. Creemos que dado que prácticamente todas las bibliotecas virtuales autonómicas hemos perdido parte de nuestra colección sería muy oportuna la contratación a nivel nacional de una colección básica de recursos de información científica de calidad, que democratizara el acceso a la información entre los profesionales del SNS. Es evidente, y diría que incuestionable, que no se puede llegar a la excelencia sin tener acceso a las más relevantes fuentes de información científica, por lo que aplaudiremos cualquier medida que se tome en esta línea. También sería idóneo impulsar a nivel nacional la creación de los repositorios institucionales que marca la propia Ley de la Ciencia, que obliga a que lo que van publicando nuestros científicos sea accesible en abierto, en un máximo de doce meses después de la fecha oficial de la publicación. Por último considero necesario que se unifiquen las categorías profesionales de los documentalistas a nivel nacional, dadas las grandes diferencias que hay entre comunidades autónomas ■

El Médico

TERAPIA INHALADA E INHALADORES

Curso de formación online para Atención Primaria
<http://inhaladores.elmedicointeractivo.com>

**¡Regístrate
ya!
6,4 CRÉDITOS**



Actividad validada por:



ODONTOLOGIA





La
prevención
en
salud bucodental

es una de nuestras
asignaturas pendientes



Elena Villalta

Odontóloga de la Guardia Real

Texto y fotos | Ana Montero



PERFILES SANITARIOS

Elena Villalta

“La prevención en salud bucodental es una de nuestras asignaturas pendientes”

Hace 16 años que Elena Villalta encontró en el Ejército el espacio perfecto para aunar su pasión, el deporte, y su profesión, la Odontología. Así pues, desde que en 1996 ingresara en las Fuerzas Armadas, la Dra. Villalta ha estado cinco años destinada en el Cuartel General del Aire, posteriormente, en el Hospital Gómez Ulla y, por último, en la Guardia Real, donde lleva ejerciendo ocho años, y donde atiende a unas 1.600 personas, entre civiles y militares. Una etapa en la que, además, ha participado en misiones internacionales, una experiencia que ha calificado como muy positiva, tanto a nivel profesional como humano.

Usted es la responsable de la salud bucodental en el cuartel del Rey en El Pardo, ¿qué supone manejar la asistencia en un entorno de estas características?

Trabajar como odontólogo en un centro militar lo que supone, básicamente, es que hay que compaginar las funciones militares con las asistenciales. Mi actividad diaria se basa, fundamentalmente, en prestar servicio odontológico a todo el personal que está destinado en la Guardia Real, en el Cuarto Militar y en la Casa de Su Majestad el Rey, pero, además, esta asistencia odontológica debo compaginarla con actos militares como formaciones, juras de bandera, celebraciones de patrona, etc. Junto a esto, hay que destacar las misiones internacionales que, de vez en cuando, nos competen.

¿Existe algún tipo de protocolo especial en este ámbito?

El servicio que se ofrece es el similar al que se da en una clínica privada. Aquí se hace una primera recepción al paciente, tanto personal civil como militar que está en el cuartel, y, posteriormente, se le informa de los tratamientos que se pueden hacer y los que no, y, en caso, de poder hacerse, se organizan sus citas. El resto de los pacientes

que están fuera del cuartel piden cita por teléfono y aquí se les atiende.

¿En qué consiste exactamente su trabajo?

Un día cualquiera, lo primero que hago es formar a bandera con uniformidad militar, durante diez minutos, donde se informa de las actividades diarias con la orden del día, posteriormente, me cambio, me pongo mi uniforme de trabajo y empiezo la jornada, de 8 a 2 de la tarde. La primera media hora la suelo destinar a urgencias y el resto del día, trabajo con agenda. Suelo atender a una media de 8-12 pacientes al día y las citas se organizan en función del trabajo que haya que hacer a cada uno de ellos.

En el caso de que haya alguna urgencia fuera del horario laboral, como casi todos tienen un seguro médico privado, acudirían a las urgencias de su hospital de referencia. Por otra parte, también hay un tiempo destinado a hacer deporte, bien a primera hora o a última hora de la mañana, porque no hay que olvidar que somos militares y tenemos que mantener y cuidar la forma física y en la Guardia Real tenemos unas magníficas instalaciones deportivas.

¿Qué tipo de prestaciones odontológicas se ofrecen?

En general, las prestaciones odontológicas militares dependen fundamentalmente del destino. No es lo mismo estar en un cuartel del Ejército de Tierra de un pueblo pequeño de España, que tiene poco presupuesto y menos recursos, que estar en la Guardia Real, que es una unidad de élite, por el trabajo que hace y el servicio que da. Este gabinete fue de nueva creación, yo lo puse en marcha e intenté que en él se diera un servicio de Odontología general básica, pero de calidad. Aquí no se

hacen tratamientos muy específicos, como implantes, ortodoncia o endodoncia, a no ser que la lesión se produzca en acto de servicio, lo que se hace es la parte terapéutica, sobre todo, obturaciones, limpiezas, tratamientos periodontales, prótesis, cirugías menores, acciones de prevención y un poco de estética. Para ello he intentado desde el principio que hubiera materiales y equipamiento tecnológico de calidad.

Mi actividad diaria se basa, fundamentalmente, en prestar servicio odontológico a todo el personal que está destinado en la Guardia Real, en el Cuarto Militar y en la Casa de Su Majestad el Rey, unas 1.600 personas

Por lo que se refiere a la práctica asistencial, en total ¿a cuántas personas atiende? ¿Cuáles son sus perfiles exactamente?

Aproximadamente unas 1.600 personas pertenecientes a la Guardia Real, más el personal de la Casa

de Su Majestad el Rey y el Cuarto militar.

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

Una auxiliar, que es militar, concretamente cabo, que está conmigo desde hace ocho años; y un protésico, personal civil, perteneciente al Ministerio de Defensa, cuyo trabajo lo desarrolla en su laboratorio. En este sentido, por lo que se refiere a las prótesis, el paciente sólo paga el material que precisa, a precio de coste, porque aquí no hay beneficio.

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

El gabinete odontológico es básico, pero de calidad. Concretamente, un sillón, con todas las prestaciones; un aparato de radiología digital, de lo último que hay en el mercado; buen material fungible y de tratamiento. Bajo mi punto de vista, está suficientemente dotado.

¿Existe algún programa de prevención?



Al principio, intenté iniciar campañas de prevención pero es difícil porque una de las peculiaridades de los militares es que sus horarios son complicados, de hecho, la mayoría de las veces yo me adapto a sus necesidades y a su trabajo porque continuamente tienen maniobras, guardias, ensayos, actos, etc. En ocasiones doy citas que tienen que anular, en esto difiere, en parte, de la dinámica de una clínica privada. Lo que sí intento es “negociar” con ellos la higiene dental. Les hago ver que se trata de un servicio gratuito del que pueden disfrutar y, a cambio, les pido que sean disciplinados y se comprometan con su higiene bucodental y con sus revisiones que vamos pautando.

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿en qué medida están afectando los recortes a este tipo de asistencia? ¿El presupuesto con el que cuenta es suficiente?

Es evidente que Defensa ha reducido gastos y esto afecta a todas las instituciones milita-

res, y, por tanto, a la Guardia Real también. En el ámbito sanitario, más concretamente, en mi caso, aunque no hay tanto presupuesto como otros años, esto no me afecta para dejar de comprar los materiales que necesito. Considero que el presupuesto es suficiente.

¿Cómo y por qué decidió su incorporación como odontóloga en el Ejército?

Aunque hice la carrera de Odontología, mi vocación siempre ha sido el deporte y mi idea inicial era haber hecho INEF. Al final, por circunstancias personales, acabé la carrera de Odontología en Sevilla, pero mi intención no era, con 24 años, empezar a trabajar en una clínica privada. En este sentido, me informaron de la posibilidad de una salida profesional como era la de odontólogo militar y el hecho de que estuviera vinculada al deporte, que

fuera muy activa y la flexibilidad de los horarios, me hizo definirme por ella. Una vez acabada la carrera, me preparé la oposición y aprobé, y mi primer destino fue Madrid, y aquí me quedé hasta hoy. En 1996 ingresé en las Fuerzas Armadas, salí de teniente en

1997, he estado cinco años destinada en el Cuartel General del Aire, de ahí estuve un año y medio en el Hospital Gómez Ulla para posteriormente venir a la Guardia Real, donde llevo ocho años. Por

lo tanto, llevo en el Ejército 16 años.

Desde que ingresó en las Fuerzas Armadas, ¿en qué otros destinos ha ejercido?

Mi primera misión internacional fue en 2002, en Afganistán, durante dos meses y medio, en un pequeño hospital de campaña que desplegó España en apoyo a los america-

En general, las prestaciones odontológicas militares dependen fundamentalmente del destino



PERFILES SANITARIOS

Elena Villalta

nos. En este momento, yo estaba destinada en la Policlínica del Aire y como esa misión la realizó el Ejército del Aire yo iba con la dotación de médicos, concretamente, estuve en una base americana, en Bagram. En esta primera misión, los medios odontológicos fueron bastante escasos, porque fue todo muy precipitado y el gabinete se tuvo que montar rápido. En cualquier caso, tuvimos mucho trabajo, ya que además de asistir a los militares hicimos mucha ayuda humanitaria, atendimos a mucha población civil. La siguiente misión internacional fue en 2010, en la base de Herat, al oeste de Afganistán. Aquí está el hospital de campaña, Role 2, que tiene España, un centro muy completo con servicio de triaje, UVI, quirófano, laboratorio, farmacia y un gabinete odontológico muy bien equipado para hacer cualquier tipo de tratamiento y asistencia, incluso con ortopantomógrafo. De hecho el odontólogo en misiones es el especialista que más trabajo tiene a diario. Aunque al principio impone un poco de respeto irte a un país como Afganistán, la experien-

El intrusismo es una de las “plagas” de nuestra profesión desde hace mucho tiempo

cia fue muy positiva, tanto a nivel profesional como humano, y, además, considero un honor poder dar servicio a las tropas españolas y a la población civil allí desplegadas.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria? ¿Hay que realizar algún tipo de examen o prueba para poder trabajar en este entorno?

Para entrar hay que hacer una oposición que consiste en unos exámenes de conocimiento general odontológico, inglés, test psicotécnicos, pruebas médicas y unas pruebas físicas. En este sentido, el deporte está muy potenciado en la mayoría de las instituciones militares.

¿Qué papel ocupa el odontólogo en el escalafón militar? ¿Cuál es exactamente su rango? ¿Existe algún tipo de progresión en dicha jerarquía?

Yo aquí me rijo por mi condición de militar,

ahora mismo soy comandante, y, por ejemplo, mi sueldo va en función de mi graduación militar. Como odontóloga pertenezco al Cuerpo Militar de Sanidad, que, a su vez, se encuadra en una serie de grupos de especialidades que existen en el Ejército que se denominan Cuerpos Comunes de la Defensa. En este contexto, los Cuerpos Comunes de la Defensa son: el Cuerpo Militar de Sanidad, jurídicos, interventores y los músicos militares. Concretamente, en la Guardia Real hay un equipo de médicos y enfermeros, psicólogo, veterinarios y farmacéuticos que pertenecemos al Cuerpo Militar de Sanidad. Por lo que se refiere a la progresión, cuando salimos de la academia lo hacemos con la graduación de teniente, para posteriormente ascender a capitán, comandante, teniente coronel y coronel. Lo último sería general, todo va en función de un mínimo de años que hay que cumplir y unos méritos militares y académicos. Cada año nos evalúan y nos valoran con un informe personal, como una especie de carrera profesional, que va a determinar, en cierta medida, cuando te toca el ascenso.

¿Hay suficientes odontólogos en el Ejército?



to? ¿Hay una distribución homogénea en todo el Estado?

Yo creo que sí. Hace años la Sanidad militar se reestructuró completamente, de hecho, se cerraron muchos hospitales militares, y lo que se hizo fue potenciar los servicios de Odontología en las bases y cuarteles. Mientras que antes casi todo se centralizaba en los hospitales centrales, como el Gómez Ulla, Zaragoza, El Ferrol, ahora la asistencia odontológica se hace en los cuarteles, bases y cuarteles generales. Así pues, en todo el territorio nacional, cuando hay un cuartel grande o un centro importante, como puede ser una academia militar, dentro de la dotación suele haber un servicio de Odontología. Además, cada ejército, tanto el de Tierra, como el Aire, o la Armada, tienen un número de vacantes para odontólogos militares y ellos los distribuyen en función de sus necesidades. Por ejemplo, en Madrid, tienen servicio de Odontología la Brigada Paracaidista o la base aérea de Torrejón. También hay barcos en cuya dotación hay servicio de Odontología, antes en el Príncipe de Asturias, ahora en el nuevo portaaviones Juan Carlos I y algunas fragatas.

Cambiando de tema, desde el punto de vista de la profesión, ¿cuál es la situación actual de la Odontología en España? ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades?

Actualmente la Odontología está marcada por la plétora profesional. En este sentido, uno de los problemas es que cada vez hay más franquicias y aseguradoras, que lo que hacen es competir con los precios, lo que lleva a que grupos inversionistas piensen que con mano de obra cualificada y barata se consiga un nicho de mercado interesante. La publicidad agresiva que utilizan en muchos casos es engañosa ya que no se da una información estricta, se camufla muchas veces la realidad, se sobretira a los pacientes y esto repercute en la salud oral de la población general. En cuanto a fortalezas, hay que señalar que los estudios científicos han demostrado que la salud oral influye directamente en la salud general del paciente. Así pues, se sabe que hay una vinculación directa de la enfermedad periodontal con las enfermedades cardio-

vasculares, con la evolución de la diabetes, con los embarazos prematuros, etc. Además, otro de los puntos fuertes es la incorporación de las nuevas tecnologías a la Odontología y, en este sentido, cada vez hay más medios para dar una asistencia de mayor calidad. Por otro lado, el nivel de nuestros profesionales tiene el reconocimiento nacional e internacional y el prestigio de la Odontología en España está a la altura de los mejores países europeos.

Es una realidad entonces que sobran odontólogos en España, ¿cómo se puede controlar ese exceso?

Legalizar los *numerus clausus*, de verdad. En este sentido, el Colegio de Odontólogos de Madrid está trabajando firmemente para llegar a un acuerdo con las comunidades autónomas, el Ministerio de Educación y de Sanidad, con las facultades, etc.

Debido a la plétora profesional, ¿podríamos decir que se está produciendo una emigración de odontólogos españoles a otros países?

Evidentemente. Muchos de ellos se ven obligados a irse al extranjero, fundamentalmente, a Francia, Inglaterra y Holanda. Sin contar con el paro que hay en la profesión, que hace que muchos de ellos tengan que trabajar en puestos que nada tienen que ver con su profesión.

¿Puede afectar la crisis a la salud bucodental de los españoles?

Totalmente. Muchas comunidades autónomas tenían planes de salud oral que con la crisis han desaparecido. En esta misma línea, a nivel personal, el paciente, con la crisis, también ha cambiado su dieta, ahora son más cariogénicas o con más hidratos de carbono; además, tarda más en renovar su cepillo de dientes; acude menos al dentista a realizar sus revisiones; si tiene una caries, espera hasta el último momento para tratarse... Son detalles que repercuten en su salud bucodental. La prevención no cuesta tanto,

es mucho más coste-efectiva que la Medicina defensiva, pero es una de nuestras asignaturas pendientes. Esta prevención debería empezar desde el colegio, en edades tempranas, para conseguir resultados a largo plazo.

¿Es esta crisis un caldo de cultivo para el aumento del intrusismo profesional?

El intrusismo es una de las "plagas" de nuestra profesión desde hace mucho

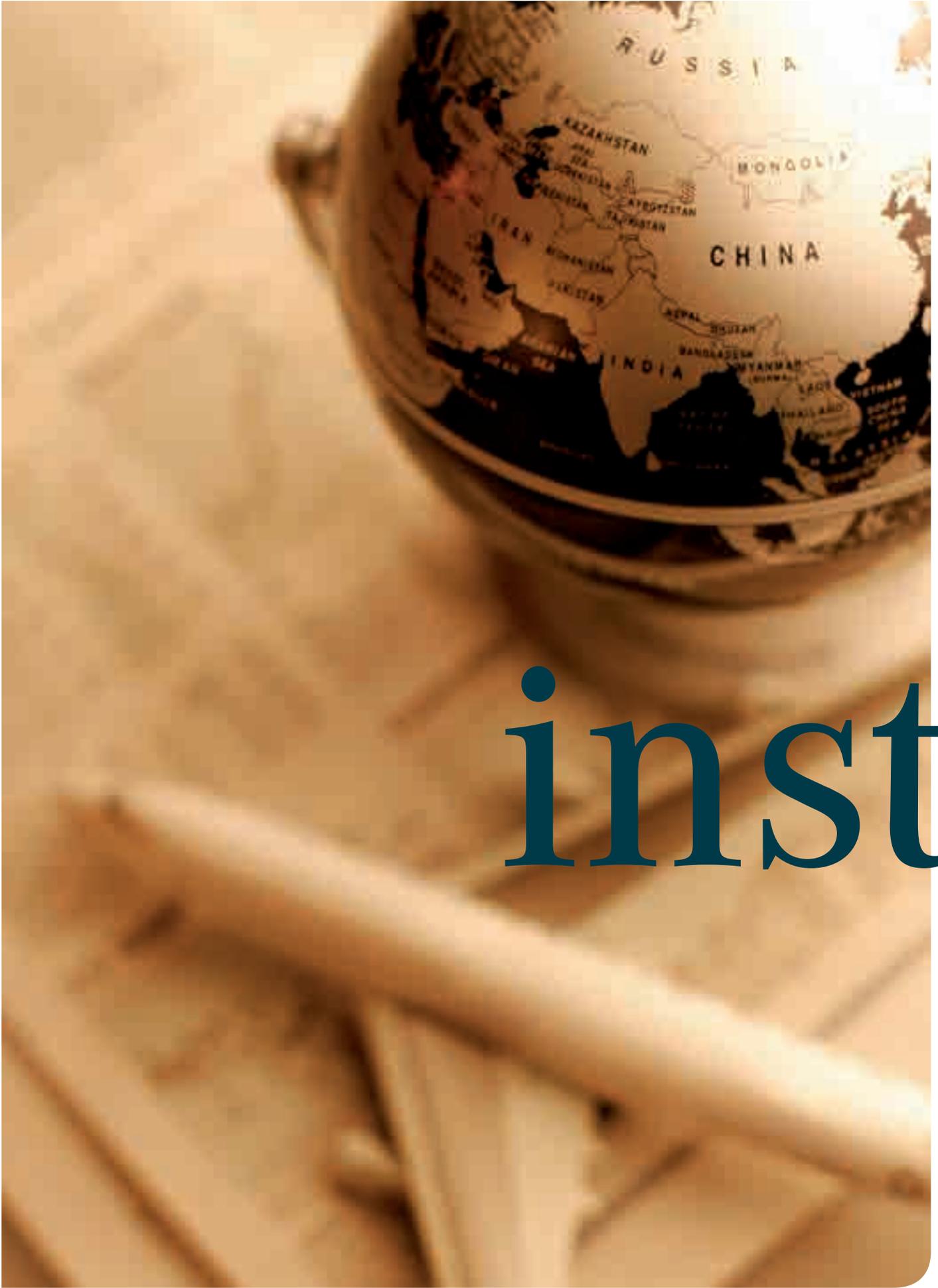
tiempo. Hay denuncias y casos actuales de protésicos que hacen intrusismo; de centros que hacen blanqueamientos, que no hay que olvidar que es un tratamiento oral que tiene sus riesgos; de ofertas que salen en Internet, etc. Todo esto debería regularse y, en caso de detectar irregularidades, éstas deberían penalizarse de forma real y contundente.

Respecto a las especialidades oficiales en Odontología, ¿su organización es una reivindicación de la profesión? ¿Cuándo cree que serán una realidad en España?

La articulación de las especialidades en Odontología es una reivindicación clásica e histórica. Nosotros querríamos que se hiciera pero es complicado porque depende de decisiones políticas, del Ministerio de Sanidad y el de Educación, del Consejo de Odontólogos, de las sociedades científicas, de las universidades... Todos queremos una salud oral universal pero, dada la situación actual de crisis y teniendo en cuenta que nuestro campo es muy costoso, es complicado.

En este sentido, si bien no nos encontramos en el mejor contexto económico para implantar un servicio de salud oral universal y público, ¿existen algunas medidas o esfuerzos que las Administraciones pudieran hacer para incorporar este tipo de prestaciones dentro del Sistema Nacional de Salud? ¿Podremos hablar algún día de la cobertura de la Odontología en el sistema público de salud?

Esperemos que sí, por el bien de la salud de los ciudadanos y por el bien de la profesión, pero es una tarea ardua ■



inst



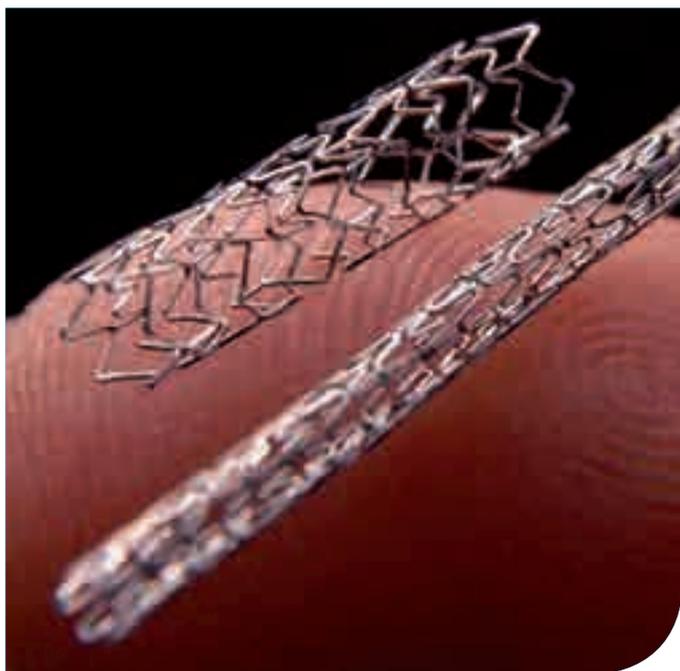
INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica

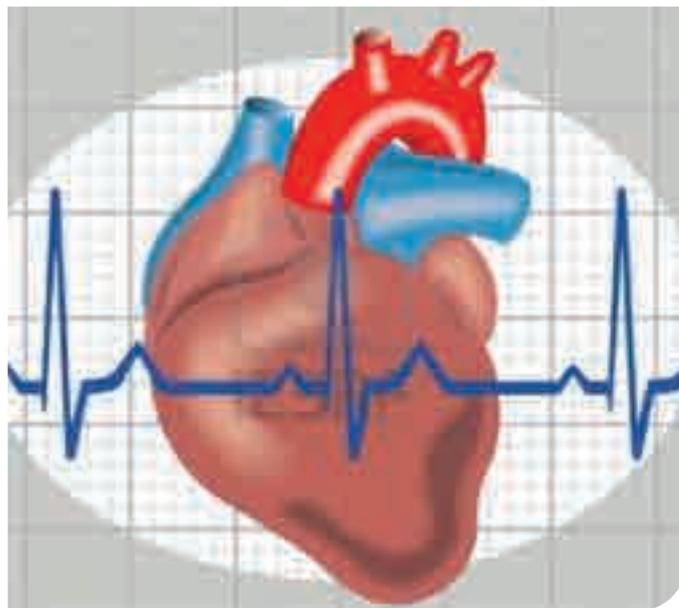


HM Hospitales prueba con éxito los 'stents' bioabsorbibles para la cardiopatía isquémica

Los 'stents' bioabsorbibles, disponibles en HM Hospitales e indicados para el tratamiento de la angina de pecho y del infarto de miocardio, han superado con éxito las pruebas que se han realizado con ellos en las primeras intervenciones de la implantación de esta tecnología en los pacientes seleccionados. Lo que consigue este tipo de 'stents' es restaurar el flujo sanguíneo al corazón de un modo parecido a un 'stent' metálico, con el avance y ventaja de que el bioabsorbible se disuelve



en el cuerpo y deja un vaso que puede recuperar el movimiento y un funcionamiento más natural al no tener que depender de uno permanente, informan desde HM Hospitales. De hecho, los 'stents' bioabsorbibles ahorran posibles futuros problemas en las personas por tener un cuerpo extraño, además de que el vaso sanguíneo intervenido puede recuperar su estado inicial, permitiendo al enfermo acortar la duración del tiempo en el que tiene que tomar la medicación pertinente. De este modo, HM Hospitales es uno de los pocos grupos hospitalarios en España que aplica esta tecnología. Los pacientes que han superado con éxito estas primeras pruebas han sido seleccionados en la Unidad de Hemodinámica del Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares (CIEC) del HM Universitario Montepíncipe. Los 'stents' bioabsorbibles se llevan comercializando desde hace poco tiempo en Europa y esto ha sido posible gracias a un programa de ensayos clínicos, el cual incluye cinco estudios en más de 20 países de todo el mundo ■

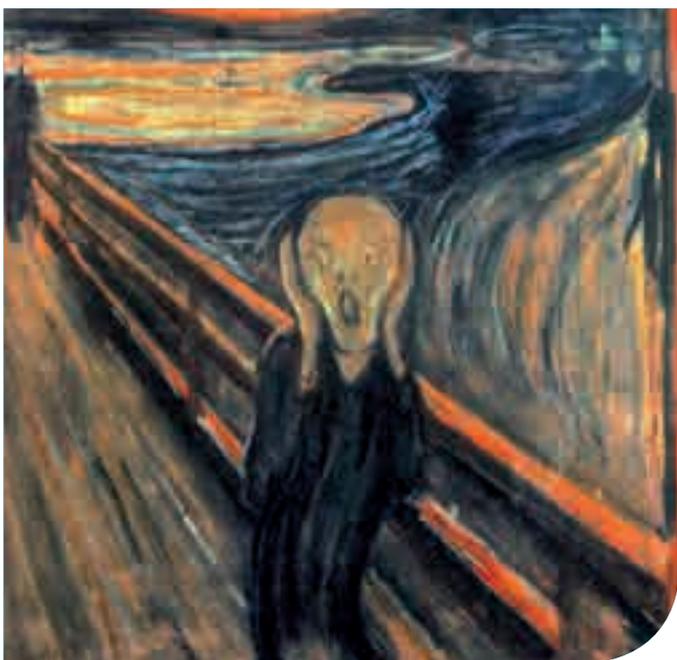


Médicos españoles resuelven una arritmia ventricular mediante un infarto controlado

Un equipo multidisciplinar del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, dirigido por el doctor Francisco Fernández-Avilés, ha logrado eliminar la arritmia ventricular de un paciente de 67 años gracias a la provocación de un infarto controlado, después de que se hubieran probado sin éxito todas las alternativas terapéuticas disponibles y se determinara el mal pronóstico hasta la realización de un trasplante cardiaco viable. El foco de la arritmia estaba localizado en el espesor de la pared y próximo a las coronarias, lo que impidió eliminarla mediante catéter intravascular y cirugía cardiaca abierta. Por ello, los especialistas decidieron taponar con alcohol la pequeña arteria que irrigaba el territorio donde estaba la arritmia, provocando así un pequeño infarto que permitió la curación. El trabajo ha sido destacado en la revista 'Circulation', y ha sido posible gracias a la utilización combinada de distintas y novedosas técnicas de imagen, como la coronariografía, la resonancia magnética y los sistemas de navegación electroanatómica, que permitieron localizar el origen de la arritmia. Por su complejidad, según los autores, se requirió el trabajo combinado de los servicios de Cardiología, Cirugía Cardiaca y Radiología del Hospital Gregorio Marañón con experiencia en el manejo de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante cardíaco, electrofisiólogos, hemodinamistas y cardiólogos especialistas en imagen cardiaca y resonancia magnética nuclear cardiaca. En el trabajo han participado también el doctor y primer autor del artículo científico, Felipe Atienza; el profesor de la Universidad Politécnica de Madrid, Ledesma-Carbayo; y el catedrático de Anatomía Humana de la Universidad de Badajoz, Sánchez-Quintana ■

El IFIMAV y la Universidad de Cantabria participan en un proyecto europeo para investigar la psicosis

El grupo de Investigación en Psiquiatría del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV) y de la Universidad de Cantabria (UC) liderará la participación española en el proyecto europeo PSYSCAN, cuyo objetivo es avanzar en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las psicosis a través del análisis de imágenes de resonancia magnética (RM). El proyecto del VII Programa Marco PSYSCAN,



que se iniciará en 2014, tendrá una duración de seis años y será financiado por la Comisión Europea con 6 millones de euros, aunque su coste se calcula en unos 8 millones, según ha informado el Gobierno de Cantabria. España estará representada en este proyecto a través del CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental), consorcio del Instituto de Salud Carlos III al que pertenece el Grupo de Investigación en Psiquiatría de IFIMAV/UC, que dirige Benedicto Crespo-Facorro, psiquiatra del Hospital Valdecilla y profesor titular de la Universidad de Cantabria. La misión del grupo cántabro consistirá en desarrollar nuevas herramientas de neuroimagen y verificar su utilidad en la clínica. El fin de este proyecto es establecer un método de análisis de las imágenes del sistema nervioso central obtenidas mediante resonancia magnética que permita clasificar a los pacientes con psicosis y así aplicar criterios de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico más específicos. El proyecto internacional PSYSCAN estará liderado por el King's College London-Institute of Psychiatry (Reino Unido) y en él van a participar 11 centros de investigación, las universidades de Cambridge, Utrecht, Edimburgo y Melbourne, entre otras, ade-

más de empresas privadas entre las que se encuentran Roche, Lilly y Philips ■

Cardiólogos de Castilla La Mancha han sido premiados por un trabajo sobre el Código Infarto

Cardiólogos de Castilla-La Mancha, junto a facultativos de la Gerencia de Urgencias y Emergencias han recibido el premio 'Stent for Life en España', por el trabajo sobre el Código Infarto de Castilla-La Mancha durante la última reunión de la Sociedad Española de Cardiología. El estudio, titulado 'Código infarto en Castilla-La Mancha. Análisis y control de calidad 2012', ha sido elaborado por los doctores José Moreu, del Complejo Hospitalario de Toledo, y Raúl Canabal, de la GUETS, con los datos de actividad de todas las unidades regionales involucradas. El Código de Reperusión Coronaria en Castilla-La Mancha (CORECAM) es un protocolo de coordinación entre el servicio de Emergencias y las unidades de Hemodinámica y cuidados intensivos coronarios de la región. El objetivo del CORECAM es la detección precoz del síndrome coronario agudo, la asistencia inmediata y el traslado ágil y seguro, esté donde esté el paciente, a un hospital donde se le pueda realizar un cateterismo de urgencia en un tiempo máximo de 90 minutos, desde que se realiza el diagnóstico de la situación a través del electrocardiograma. En Castilla-La Mancha, los hospitales de Albacete, Ciudad Real, Guadalajara y Toledo están capacitados para ello cubriendo suficientemente las demandas de toda la comunidad independientemente de las distancias a estos centros. El CORECAM incluye un sistema de control de calidad, que integra los distintos niveles asistenciales y que permite una visión de conjunto de todo el proceso asistencial, desde el domicilio del paciente hasta que recibe el alta hospitalaria ■





Los exfumadores reducen el riesgo cardiaco más rápido de lo que se había determinado

Algunos fumadores mayores de 65 años que abandonan el hábito tabáquico podrían reducir su riesgo de fallecer por problemas cardiacos hasta el mismo nivel de los que nunca han fumado en menor plazo de lo que se creía hasta ahora, según una nueva investigación presentada en la reunión científica de la *American Heart Association* celebrada en Dallas (Estados Unidos). "El nuevo hallazgo apunta a que si se fuma menos de 32 paquetes-año se puede llegar a estar como si

nunca hubiera fumado mucho antes de que hayan transcurrido 15 años", ha señalado el doctor Ali Ahmed.

Numerosos participantes en el estudio redujeron el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, o riesgo de fallecer a causa de infarto y accidentes cerebrovasculares al mismo nivel que los que nunca habían fumado en casi la mitad del tiempo que las investigaciones anteriores habían indicado. "La mitad de ellos a los ocho años

después de dejar de fumar", ha señalado Ahmed, profesor de la enfermedad cardiovascular de la Universidad de Alabama en Birmingham. Los investigadores recopilaron los datos mediante el análisis de 13 años de información médica desde el *Cardiovascular Health Study* iniciado en 1989 y patrocinado por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Sin embargo, los investigadores precisaron que los beneficios de mortalidad relacionados con el corazón, observados en el estudio, parecen claros, aunque el daño pulmonar no es tan fácilmente reversible. Aquellos que fumaban menos de 32 paquetes/año y habían dejado de fumar quince o más años antes todavía estaban en mayor riesgo de morir por cáncer de pulmón, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica ■



Cardiólogos americanos rebajan los criterios recomendados para el uso de estatinas

El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (AHA) han elaborado una nueva guía de valoración del riesgo cardiovascular que baja los criterios a partir de los cuales se recomienda el uso de estatinas para reducir el colesterol, lo que podría hacer que hasta el 30 por ciento



de la población americana tuviera que usar estos fármacos.

La decisión se ha presentado en el último congreso de la AHA celebrado recientemente en Dallas, Estados Unidos, que ha reunido a más de 18.000 especialistas de todo el mundo. La recomendación existente era la de prescribir estatinas para controlar el colesterol siempre que sus niveles fueran considerados elevados (colesterol LDL superior a 130 mg/dL en prevención primaria, a 100 mg/dL en pacientes de riesgo elevado, y 75mg/dL en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular). Ahora en cambio, estas guías no fijan un objetivo concreto en la reducción de estas cifras, sino que proponen que la prescripción de estatinas dependa del riesgo cardiovascular del paciente, calculado a partir de una nueva ecuación, del riesgo cardiovascular. En virtud de esta nueva ecuación un varón afroamericano de más de 65 años sin factores de riesgo debería tomar estatinas. En Europa están en vigor unas guías propias elaboradas por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) que ya están centradas en la reducción de los niveles de colesterol ■

Cronificar el mieloma, objetivo de los hematólogos

El mieloma, una enfermedad que cada vez se diagnostica en pacientes más jóvenes, ha sido uno de los temas en torno a los que ha girado el 55º Congreso Anual de la Sociedad Americana de Hematología que se celebraba en diciembre en Nueva Orleans.

Que existe un gran interés científico en torno al mieloma lo ponen de manifiesto los más de 800 abstract que se han presentado sobre ella. Mucha información distinta sobre nuevos medicamentos, combinaciones, formas de administración, de monitorización... y, sobre todo, sobre remisiones más largas y mejoras en la supervivencia.

Según se explicaba en un workshop para medios de comunicación de todo el mundo, en la última década se han presentado nuevas terapias que se están tolerando muy bien y con gran impacto en la respuesta, las remisiones y las tasas de supervivencia. Tal y como reconocía el Dr. Brian Durie, presidente y director médico de la Fundación Internacional del Mieloma, en los últimos diez años se ha doblado la supervivencia en estos pacientes.

En este sentido, el Dr. Joseph Mikhael, profesor de la Clínica Mayo, a la hora de hablar de los nuevos tratamientos y de sus nuevas formas de uso, se refirió a los anticuerpos monoclonales, los inhibidores KSP (Kinesin spindle proteine) o los medicamentos epigenéticos (inhibidores HDAC). Todos ellos "muy prometedores" solos o en combinación con otros fármacos. El profesor de la Clínica Mayo destacó, entre las terapias más recientemente aprobadas y que han sido estudiadas en ASH 2013, pomalidomida y carfilzomib. La primera ha demostrado su eficacia en pacientes recurrentes/refractarios; y la segunda, en combinación con lenalidomida y ciclofosamida, tanto en recaídas como en pacientes recién diagnosticados. Pero quizás lo más interesante, en su opinión, sea la combinación de pomalidomida y carfilzomib, cuya administración conjunta ha demostrado respuestas en las 2/3 partes de pacientes anteriormente tratados y con alto riesgo genético.

Otro estudio citado por Mikhael era una investigación de su propio centro, la Clínica Mayo, con ciclofosamida, bortezomib y dexametasona, que logró más de 5 años de supervivencia. En su opinión, lo importante es convertir la patología en una enfermedad crónica. "Hay que asegurarse de que la gente viva más tiempo y con mayor calidad de vida".

La contribución española en el workshop para periodistas vino de la mano de la Dra. María Victoria Mateos, del Hospital de Salamanca. La Dra. Mateos se refirió a una investigación centrada en el mieloma múltiple latente asintomático llevada a cabo por el grupo español. Se trata de una enfermedad heterogénea, con pacientes con riesgo bajo de progresar la enfermedad, con riesgo intermedio o con alto riesgo de progresión. Tal y como señalaba, para plantear el tratamiento se debería valorar la definición de mieloma latente, que se podría considerar como una patología diferente dentro de los pacientes con mieloma. "Pero lo más importante es que el riesgo más alto es una entidad diferente dentro del grupo".

El grupo de mieloma de España decidió hacer una prueba de control con los pacientes de mieloma latente asintomático, pero con alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos pacientes fueron tratados de manera temprana con lenalidomida y dexametasona. El primer hallazgo importante, según explicó la Dra. Mateos a la prensa internacional, fue que los dos medicamentos fueron muy efectivos, con tasas de respuesta del ocho por ciento y de ellos el 16 por ciento de remisión total. "El punto principal de esta prueba era demostrar la importancia del tratamiento temprano en los pacientes con mieloma latente de alto riesgo para demorar la progresión de la enfermedad".

Así, el beneficio para la tasa de respuesta y el tiempo de progresión de la enfermedad asintomática se tradujo en un beneficio importante en términos de supervivencia para los pacientes que recibieron tratamiento temprano. De hecho, en 5 años el 94 por



ciento de los pacientes que recibieron el tratamiento temprano seguían vivos. Por ello, la conclusión final, según la doctora española, es que para el tratamiento temprano en los pacientes con mieloma latente de alto riesgo hay que redefinir la definición; y, lo más importante, es que los enfermos de alto riesgo y ultraalto riesgo "pueden obtener un beneficio significativo con tratamiento temprano antes de que la enfermedad desarrolle alguna sintomatología". La idea es aplicar el mismo enfoque que los oncólogos llevan a cabo con otros tipos de cáncer. "No esperar a que la enfermedad se desarrolle en síntomas incontrolables".

Otro de los avances a los que se hizo referencia en el encuentro con los medios de comunicación internacionales fue la presentación en la sesión plenaria de un estudio que confirma la superioridad de lenalidomida en combinación con dexametasona en pacientes mayores no candidatos al trasplante autólogo de células madre de nuevo diagnóstico. Según destacaba la Dra. Mateos, "será un estándar de tratamiento para estos enfermos". El Dr. Brian Durie también destacó esta investigación, realizado en más de 1.600 enfermos.

Por otro lado, en el congreso se ha presentado el Black Swan Project, que pretende un enfoque global de colaboración para la búsqueda de una cura para el mieloma, utilizando nuevos medicamentos de forma novedosa, con la determinación de la combinación correcta para el paciente adecuado y en el momento adecuado; y la medición con las pruebas más sofisticadas para asegurar que se ha llegado a una cura.

La Dra. María Victoria Mateos destacaba que estamos en un momento de redefinición de la enfermedad "no sólo porque aparecen nuevos fármacos sino también porque aparecen nuevas herramientas para medir su eficacia. Por tanto, no podemos quedarnos con dar tratamientos cada vez más nuevos sino que hay que monitorizarlos de la mejor manera posible". En este sentido el Dr. Brian Durie presentaba el citado proyecto Black Swan en el que se trata de erradicar la enfermedad mínima residual cero, lo que implica el uso de nuevas tecnologías.

Al hilo de esto, en declaraciones a los medios de comunicación españoles presentes en el congreso, la Dra. Mateos destacaba que en España somos líderes absolutos en el diagnóstico. "De hecho -señalaba- el proyecto Black Swan emerge de la experiencia del grupo español. La implantación de la tecnología para detectar la enfermedad mínima residual cero ha sido desarrollada plenamente en España". A ese nivel estamos a una altura superior incluso a los Estados Unidos, según se concluyó. ■



SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Cardiología

Dislipemias: 100 preguntas más frecuentes

Coordinación: Teresa Mantilla y Jesús Millán.

La compañía biofarmacéutica AstraZeneca, con el aval científico de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) ha elaborado el libro "Dislipemias: 100 preguntas más frecuentes", con el objetivo de responder a las cuestiones con las que los profesionales sanitarios se encuentran en la práctica clínica diaria y, con ello, contribuir a mejorar el manejo de los pacientes que padecen esta dolencia.

En España la situación de los factores de riesgo es preocupante ya que un porcentaje considerable de los pacientes no tiene detectado el riesgo, y de aquellos que están diagnosticados, sólo un porcentaje limitado se encuentra tratado. Por lo que el grado de control del factor de riesgo es una cuestión que requiere una mejora importante.

La obra consta de 8 capítulos que recogen información epidemiológica, del manejo de la enfermedad y sus tratamientos, así como recomendaciones y consejos para el paciente. Entre los capítulos se tratan desde los Aspectos generales y epidemiológicos: donde se recoge una explicación detallada de la situación de enfermedades cardiovasculares en España. El Manejo diagnóstico para el tratamiento de la dislipemia en pacientes con o sin enfermedad cardiovascular previa: incluye los criterios de diagnóstico, los factores de riesgo que deben ser estudiados. Manejo de la dislipemia en situaciones especiales: responde a preguntas sobre el manejo de la dislipemia en pacientes menopáusicas, embarazadas, con insuficiencia renal crónica, entre otros. Objetivos para el tratamiento de las dislipemias: análisis de los elementos del perfil lipídico para fijar los objetivos de control terapéutico. Modificaciones sobre el estilo de vida para el control de la dislipemia. Fármacos hipolipemiantes: descripción de los principales mecanismos de acción de estos fármacos. Tratamientos combinados con fármacos hipolipemiantes; y finalmente Efectos adversos farmacológicos: información detallada de todos los efectos adversos que puedan generar los diferentes tipos de fármacos disponibles.

Debido a la gran aceptación que ha recibido el libro entre los profesionales médicos, los expertos ya se encuentran trabajando en una continuación de este manual que estará enfocado al "Tratamiento de las Dislipemias en situaciones especiales" ■

Enfermedades Infecciosas

La infección por VIH: 2013

Editor: Antonio Rivero.



Ya está disponible el eBook 'La infección por VIH: 2013', una publicación en formato electrónico con las novedades clínicas para profesionales que atienden a pacientes afectados por el virus del VIH. El objetivo de este manual, avalado por el Grupo Español de Estudio del SIDA (GESIDA) y en colaboración con la compañía biofarmacéutica AbbVie, es ser una herramienta de fácil lectura que contribuya a mejorar la asistencia

sanitaria.

Se trata de un trabajo recopilatorio con los 90 hitos más relevantes en el campo de la infección por VIH divididos en los nueve temas considerados de mayor relevancia: Epidemiología y prevención del VIH, Terapia antirretroviral de inicio, Nuevos fármacos antirretrovirales y nuevas estrategias de tratamiento de la infección VIH, Optimización del TAR: simplificación y rescate, Terapia antirretroviral en situaciones especiales, Efectos adversos del tratamiento antirretroviral, Infecciones oportunistas, comorbilidades y enfermedades asociadas a la infección VIH, Hepatitis C en coinfectados y Nuevos fármacos para el tratamiento del VHC.

Este manual a disposición de todos los profesionales que se dedican al cuidado de los pacientes infectados por VIH como pueden ser los médicos de Atención Primaria, de centros penitenciarios, especialistas de Enfermedades Infecciosas, de Medicina Interna, de Microbiología, epidemiólogos o farmacéuticos, entre otros, se pone en marcha debido a la continua evolución que existe en el conocimiento sobre la infección por el VIH, sus complicaciones y su tratamiento. De manera progresiva y constante se tiene información de resultados de nuevos estudios que incorporan novedades que inciden directa o indirectamente en el cuidado de los pacientes. Estas conclusiones se divulgan inicialmente en congresos y reuniones científicas de forma resumida, pero muchas veces sin la información necesaria para poder ser analizados pormenorizadamente.

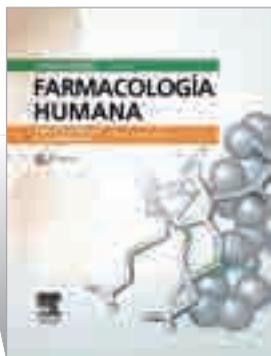
El eBook está disponible en el AppStore de forma gratuita ■

Farmacología

Farmacología humana

Autor: Jesús Flórez.

La Farmacología es uno de los ejes fundamentales de las Ciencias de la Salud, ya que la aportación que realiza la Farmacología es clave, al ofrecer una visión global sobre los principios, mecanismos biológicos, parámetros, leyes y normas que deben atribuirse a una sustancia para que sea considerada como fármaco, sea estudiada tanto en sí misma como en su interacción con el organismo, pueda ser utilizada responsablemente en la especie humana y sea aplicada de forma individualizada.

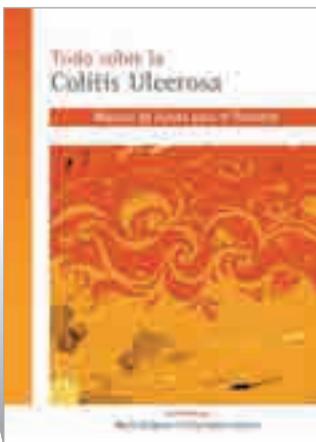


a cabo de forma acertada, fiable y segura en función de las necesidades de un paciente concreto ■

Gastroenterología y Aparato Digestivo

Todo sobre la Colitis Ulcerosa Manual de Ayuda para el Paciente

Coordinadoras: **María Chaparro y Silvia Gómez Senent.**



Cuando un paciente es diagnosticado de colitis ulcerosa surgen, por lo general, sentimientos de incertidumbre y miedo por el desconocimiento que existe sobre la enfermedad. Con el objetivo de ayudar a los pacientes a afrontar su enfermedad y resolver todas las dudas que puedan surgir tras el diagnóstico, varios gastroenterólogos, cirujanos y enfermeras de distintos hospitales, han elaborado este libro, con el apoyo del Grupo Espa-

ñol de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, (GETECCU) y la Confederación de Asociaciones de Crohn y colitis ulcerosa de España (ACCU España).

La obra, escrita por los mejores profesionales en enfermedad inflamatoria intestinal, transmite y “traduce” todas las peculiaridades de la colitis ulcerosa, al lenguaje que entendemos los pacientes. Éste debe conocer todo lo que concierne a su patología, en qué consiste su enfermedad, tiene que conocer las pruebas diagnósticas, los tratamientos que existen para la misma, las opciones quirúrgicas, etc., una infinidad de respuestas que este manual ofrece. Un paciente activo, formado e informado, tendrá mejor control de su enfermedad.

Es importante que el paciente conozca en profundidad su enfermedad para afrontarla, y superar así los sentimientos y las múltiples dudas que genera el diagnóstico de esta patología poco conocida ■

Oncología

Guía de referencia rápida sobre Cáncer Hereditario para Atención Primaria

Editores: **Ignacio Blanco, Ismael Ejarque, Miguel García-Ribes y Miguel Urioste.**



El Grupo de Trabajo semFYC sobre “Genética Clínica y Enfermedades Raras”, tras evaluar la importancia de los profesionales de Atención Primaria en el proceso de atención de los pacientes y familiares con sospecha de predisposición hereditaria al cáncer, se propuso redactar una guía clínica que permitiese a los profesionales sanitarios disponer de un marco referencial para la identificación y seguimiento clínico de los

principales síndromes de predisposición hereditaria al cáncer. La guía está desarrollada por profesionales de Atención Primaria y Comunitaria y revisada por especialistas en Genética Clínica.

Hasta ahora sólo ha habido un consenso en cáncer hereditario entre la SEOM y las principales sociedades científicas de Atención Primaria (semFYC, SEMERGEN y SEMG), pero no se habían abordado específicamente temas y aspectos formativos en este ámbito.

El déficit formativo es especialmente relevante ya que es el profesional de primaria con frecuencia la puerta de entrada al sistema de este tipo de pacientes y debería estar formado para conocer las bases moleculares de la predisposición hereditaria al cáncer, lo que permite asesorar de forma eficaz a los individuos sobre su riesgo de desarrollar cáncer e identificar a aquellos individuos o familias que requieran una atención especializada.

La “Guía de referencia rápida sobre Cáncer Hereditario para Atención Primaria” es un documento práctico y sencillo que incorpora guías sobre una decena de aspectos esenciales en el manejo del cáncer. Esta guía contribuye a mejorar el abordaje del problema y abre la puerta a nuevas sinergias y avances para la mejor atención de los pacientes con cáncer hereditario. Se han elaborado diez guías con información muy resumida y práctica sobre qué es el cáncer hereditario (bases genéticas), cómo se atiende (consejo genético) y cuál es y cómo mejorar la participación de algunos profesionales sanitarios (enfermeros y médicos de AP) en el proceso de atención de estos pacientes. El resto de las guías tiene un contenido eminentemente clínico, con recomendaciones y criterios para la identificación y selección de familias en los síndromes más comunes de predisposición al cáncer ■



EN PREVISIÓN

Citas de interés

Interés General

Congreso SAMEM 2014

Madrid. Fecha inicio: 19/02/2014. Fecha Fin: 21/02/2014. Secretaría Técnica: Centro Médico Instituto Palacios. Tel: 915 780 517.



Correo electrónico: samem@institutopalacios.com
Referencia web: <http://www.samem.es/>

Atención Primaria

XXI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia

Sevilla. Fecha inicio: 29/05/2014. Fecha Fin: 31/05/2014. Secretaría Técnica: MEGDEN, S.A. Paseo Imperial, 10-12 1ª planta. 28005 Madrid. Tel: 913 644 120. Fax: 913 644 121. Correo electrónico: congresos_semg@semg.es Referencia web:



<http://www.sevilla.semg.net/>

XXXIV Congreso de la semFYC

Gran Canaria. Fecha inicio: 12/06/2014. Fecha Fin: 14/06/2014. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi nº 11, 2ª Planta, Oficina 13. 08002 Barcelona. Tel: 933 177



129. Fax: 933 186 902. Correo electrónico: congresos@semfyc.es Referencia web: <http://www.semfyc2014.com>

36 Congreso Nacional SEMERGEN

Bilbao. Fecha inicio: 08/10/2014. Fecha Fin: 11/10/2014. Secretaría Técnica:



AP Congress. C/Narváz 15-1ª izq. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Fax: 902 430 959. Correo electrónico: info@fase20.com Referencia web: <http://congresonacional-semergen.com/>

Cardiología

23rd Biannual International Congress on Thrombosis



Valencia. Fecha inicio: 14/05/2014. Fecha Fin: 17/05/2014. Secretaría Técnica: Grupo Geyseco. C/ Universidad, 4. 46003 Valencia. Tel: 963 524 889. Fax: 963 942 558. Correo electrónico: mltd2014@geyseco.es Referencia web: <http://www.thrombosis2014.org/>

82 EAS Congress

Madrid. Fecha inicio: 31/05/2014. Fecha Fin: 03/06/2014.

Secretaría Técnica: Kenes International. 1-3 Rue de Chantepoulet, P.O. Box 1726 CH-1211, Geneva 1, Switzerland. Tel: +41 22 908 0488. Fax: +41 22 906 9140. Correo electrónico: eas@kenes.com Referencia web: <http://eas.kenes.com/>



Referencia web: <http://eas.kenes.com/>

Endocrinología

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes



Pamplona. Fecha inicio: 03/04/2014. Fecha Fin: 05/04/2014. GRUPO PACIFICO. Pº General Martínez Campos, 44 - 1º A-C. 28010 Madrid. Tel: 913 836 000. Fax: 913 023 926. Correo electrónico: info@sed-pamplona2014.com Referencia web: <http://sedpamplona2014.com/>

Oncología

XVI Simposio de Revisiones en Cáncer

Madrid. Fecha inicio: 12/02/2014. Fecha Fin:



14/02/2014. Secretaría Técnica: Grupo Aran. Castelló, 128. 28006 Madrid. Tel: 917 820 030. Fax: 915 615 787.

Referencia web: <http://www.revisionesen cancer.com>

Pediatría

VII Congreso Nacional SEHOP

Las Palmas de Gran Canaria. Fecha inicio: 22/05/2014. Fecha Fin: 24/05/2014. Secretaría Técnica: Geyseco. C/Universidad, 4, 4º 1º. 46003 Valencia. Tel: 902 369 497. Fax: 902 369 498. Correo electrónico: valencia@geyseco.es

Referencia web: www.geyseco.es



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 hiperamonemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. Lactancia: Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glucosuria, poliuria, polaquuria. **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 hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laire, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirrido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimórfica alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma 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 incluan 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 caracterizó 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, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, 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.

Imagen en contraportada

BAMA — GEVE

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

REPORTAJE

EN PORTADA



El nuevo programa de salud de la UE

El pasado 1 de enero comenzó su andadura el nuevo plan europeo de salud, que estará vigente hasta 2020. Será el tercer plan sanitario europeo (tras los desarrollados en los períodos 2003-2007 y 2008-2013, que expiró el pasado 31 de diciembre), si bien será el primero planificado, aprobado y que transcurrirá en años de crisis económica. De ahí su nombre oficial: el programa europeo Salud para el Crecimiento 2014-2020. Este plan europeo, no en vano, se incardina dentro de la estrategia de crecimiento para esta década que la Comisión Europea lanzó en 2010, el llamado plan Europa 2020, el cual no sólo fija como objetivo prioritario la promoción de la salud sino que este objetivo queda descrito explícitamente como herramienta para el crecimiento económico y la creación de empleo y de riqueza.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

José María Abellán

Profesor Titular de Universidad en la Universidad de Murcia. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales:
"Evaluación económica y eficiencia"

Joaquín Martínez Hernández

Director gerente de la Clínica La Luz:
"La gestión sanitaria privada: el reto de la eficiencia"

Candela Calle

Directora General del Instituto Catalán de Oncología:
"El Paciente proactivo"

Paloma Rosado

Colaboradora de ALAIA (Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo de Madrid):
"El duelo en el embarazo"

ENTREVISTAS

Pilar Román Sánchez



Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna

Jesús Gutiérrez Morlote



Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Ex director general del Insalud. Ex director general de RRHH del Ministerio de Sanidad y ex secretario general de Salud

Bernard Pécoul

Director ejecutivo de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas



OTROS TEMAS

REPORTAJE



Presupuestos sanitarios para 2014

RADIOGRAFÍA



Las UCI en España

Seguro de **Automóvil**



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



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

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

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

Así de fácil y así de claro.

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

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



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



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97