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

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1152. Marzo 2014

Entrevistas

César Hernández
Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Rubén Moreno
Portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados

Fernando Lamata
Asesor de la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea

Carlos Macaya
Presidente de FACME

El valor de la prevención

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: laurilsarcosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinilla 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 cochinilla 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

Más vale prevenir...

El valor de la promoción de la salud y de la prevención se halla en la idea de anticiparse a las enfermedades y evitar su aparición, aunque no siempre se consigue este objetivo. España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más altas del mundo pero, sin embargo, no nos encontramos a la cabeza en esperanza de vida con buena salud. Con el objetivo de conseguir ganar años de vida saludable y libre de discapacidad, se daba el visto bueno, a finales del pasado año, a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

Los años de vida en buena salud son un indicador ya habitual en las estrategias globales de crecimiento económico, como la Estrategia 2020 de la Unión Europea. Para avanzar en este objetivo, el documento aprobado propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a prevenir las enfermedades, lesiones y la discapacidad para los ciudadanos.

Sin embargo, y a pesar de que la eficacia de la promoción de la salud está demostrada en buena parte de los ámbitos de salud más relevantes en los países desarrollados, su evaluación sigue siendo necesaria; sobre todo en tiempos de ajustes económicos como los que vivimos. Por tanto, contar con una evaluación integrada dentro de la intervención preventiva es un elemento esencial y es algo importante que hay que tener en cuenta. Al tema de la prevención, a su valor, dedicamos la portada de este número.

Además, en la sección de entrevistas contamos con relevantes personalidades del mundo político-sanitario y profesional. Así, en esta edición han contestado a nuestras preguntas, entre otros, César Hernández, jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Rubén Moreno, portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados; Fernando Lamata, actualmente asesor de la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea; y Carlos Macaya, presidente de FACME.

En nuestro Foro de Expertos tenemos análisis sobre temas de actualidad de la mano de grandes expertos. El director general de Ordenación Profesional del Ministerio, Javier Castrodeza, aborda la gestión clínica y la troncalidad; Miguel Ángel Asenjo, ex director del Clinic de Barcelona y socio de honor de SEDISA, reflexiona sobre el mundo de la gestión y las cualidades de un buen gestor; y el experto Juan Simó hace una exposición futurista sobre la Atención Primaria cuando se cumplen 30 años de la reforma del primer nivel asistencial.

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

SUMARIO

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

El valor de la prevención
26

El valor de la promoción de la salud y de la prevención se halla en la idea de anticiparse a las enfermedades y evitar su aparición, aunque no siempre se consigue este objetivo. Es por ello que no se puede generalizar el dicho popular de que "más vale prevenir que curar".

ENTREVISTAS

César Hernández García
Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS
32

Rubén Moreno
Portavoz del Grupo Popular en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados
36

Fernando Lamata
Ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha y ex secretario general del Ministerio de Sanidad. Actual miembro del "Consejo de Sabios" para asesorar a la CE sobre Sanidad
44

Carlos Macaya
Presidente de FACME
52

FORO DE EXPERTOS

JAVIER CASTRODEZA
Director general de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
10

MIGUEL A. ASENJO.
Profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB). Asesor científico del IL3-UB. Socio de honor de SEDISA. Ex director del Hospital Clínic de Barcelona
12

JUAN SIMÓ
Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)
18

PALOMA ROSADO
Colaboradora de ALAIA (Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo de Madrid)
24

REPORTAJE

Plan de externalización de seis hospitales públicos madrileños, historia de una iniciativa fallida
68

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

La llave de la seguridad de su casa

Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- Manitas del Hogar
- Manitas Tecnológico
- Ayuda Personal en el Hogar
- Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática

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

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

www.amaseguros.com **902 30 30 10**

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de marzo de 2014. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial **A.M.A.**

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Un paso en firme hacia la profesionalización de los directivos de la salud
56

MEDICINA INDIVIDUALIZADA

10 años de Medicina Personalizada. 10 años del Instituto Roche
74

NOTA DE REDACCIÓN

En el número anterior, correspondiente al mes de febrero, se publicaba una entrevista a Jesús Gutiérrez Morlote, actual 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. En el texto el entrevistado comentaba: "Creo que el Ministerio de Sanidad nunca ha ejercido como debiera, con ningún ministro, ese papel de la alta inspección, que tiene asignado y que le autoriza a vigilar y garantizar la equidad de todos los españoles en el acceso a las prestaciones sanitarias. Esa función hay que ejercerla. Lo que pasa es que muchas veces jugamos al estado federal pero no nos comportamos como los estados federales". A la hora de extraer el titular se acortó la frase que quedaba de la siguiente manera: "Ningún ministro de Sanidad ha sabido ejercer el papel que le asigna la Constitución y que es el de inspeccionar y garantizar la equidad entre los españoles".
El texto final modificaba el sentido de la misma y alteraba la filosofía de lo que el Dr. Morlote quería transmitir.

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Manuel Medina
Coordinador del Sistema de Información de Atención Primaria del ICS
62

PERFILES SANITARIOS

María del Mar de Luna
Médico cirujano de la Plaza de Toros de La Malagueta (Málaga)
80

OTROS TEMAS

Presentación
3
Fue noticia
86
La instantánea médica
90
On-Line
96
Próximo número
98

El Médico

EDITA:
saned

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

Secretaria 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.
EmpresaPeriodística 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. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Programa Avanzado

Gestión Clínica

Farmacia

Comunicación

Médicos

Gestores

Web 2.0

Enfermería

Programa Superior

Alto rendimiento

EQUIPO

CONFLICTOS

Farmacoeconomía

Taller

Máster

Presencial

Online

Liderazgo

IMPRESO

Tiempo

saned GRUPO

ESIC BUSINESS& MARKETING SCHOOL

GRUPO SANED | Capitán Haya 60 / 28020 Madrid / Tel: 91 749 95 15
Anton Fortuny, 14-16 / 08950 Esplugues de Llobregat / Tel: 93 320 93 30 | formacion.sanedesic@gruposaned.com

La mirad

Javier
Castrodeza

a maestra de la actualidad

Miguel A. Asenjo

Juan Simó

Paloma Rosado

Gestión clínica y troncalidad, dos apuestas del SNS moderno

Autor | Javier Castrodeza. Director general de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Entre las apuestas del Ministerio de Sanidad para modernizar el Sistema Nacional de Salud destaca la gestión clínica y la troncalidad. Ambas tienen gran importancia en el ámbito profesional. La gestión clínica es y constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Por su parte, la troncalidad, al determinar competencias nucleares y comunes a diversas especialidades que comparten tramos comunes de formación, favorecerá la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad como un eje fundamental del sistema sanitario.

Javier Castrodeza

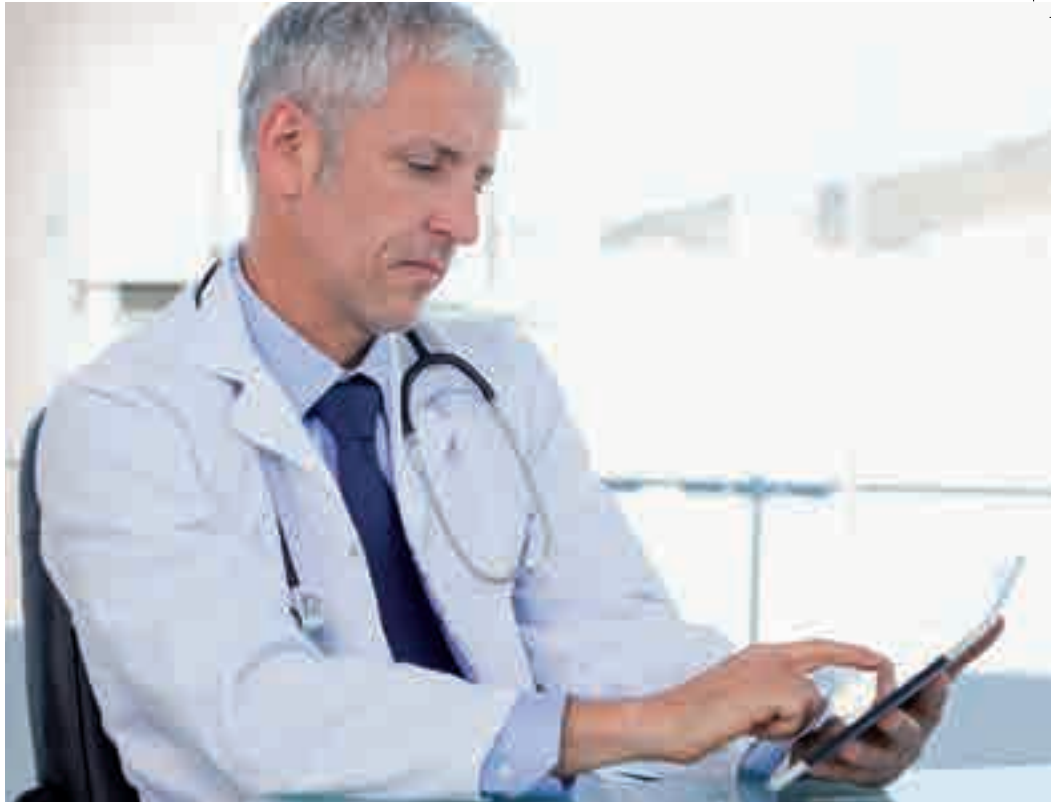
La gestión clínica es y constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

Conforme a la LOPS y el Estatuto Marco (tras la reforma que ha supuesto la modificación de ambas normas para incorporar la regulación básica de la gestión clínica, a través de la Ley 10/2013 de 24 de julio) podrán acceder a este modelo de gestión que se plasmará en nuevas Unidades de Gestión Clínica), los profesionales que prestan servicios o están en condiciones de prestarlo, en los centros e instituciones del Sistema Nacional de Salud, siempre con carácter voluntario. Las administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación, replanteamiento o revisión de cada unidad y de algunos profesionales en el desarrollo de las funciones de gestión clínica, teniendo también efectos en la evaluación del desarrollo profesional individual y continuo alcanzado por cada profesional.

La troncalidad favorecerá la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad como un eje fundamental de nuestro sistema sanitario

La reactivación de la gestión clínica se corresponde con el deseo profundo de los profesionales sanitarios de intervenir activamente en la organización de los servicios, la utilización de los recursos y la aplicación del conocimiento clínico y la satisfacción de las necesidades del paciente. Esta disciplina es entendida como una estrategia de mejora imprescindible dirigida a:

- conseguir resultados asistenciales óptimos, bajo criterios de eficiencia,
- proporcionar a los profesionales una formación de calidad para el correcto desarrollo de las unidades de gestión clínica,
- integrar la cultura clínica con la cultura de la gestión.



La gestión clínica ha surgido con fuerza como un concepto capaz de resolver, por su aplicación en la práctica clínica cotidiana, el problema de la dimensión social de la calidad, es decir, de la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas, para la consecución de resultados seguros, buenos y liberadores de recursos para su utilización en otras funciones de atención a los pacientes y sus problemas de salud. Se revela por tanto, como un factor de sostenibilidad adecuado del sistema que afianza los pilares que le inspiran, asigna de manera más eficiente los recursos, posibilita la corresponsabilidad del profesional que se convierte en protagonista del proceso de toma de decisiones, supone una herramienta para su mayor motivación e implica una asistencia al paciente con mayor integración, dónde el usuario es el eje del sistema sanitario y, esto es más evidente si cabe, en el abordaje de procesos crónicos que en el de agudos, ya que la gestión de casos es más viable, al integrarse mejor la interdisciplinariedad y la transversalidad en la gestión de casos en su abordaje y enfoque.

Troncalidad y ACEs

Otra importante apuesta del Ministerio de Sanidad es la troncalidad que, al determinar competencias nucleares y comunes a diversas especialidades que comparten tramos comunes de formación, favorecerá la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad como un eje fundamental de nuestro sistema sanitario. Implica una evolución del sistema formativo y una adaptación de las estructuras docentes a nuevos programas formativos y a los correspondientes requisitos de acreditación de centros y unidades docentes, en consonancia a los dos periodos, troncal y específico, que integrarán la formación completa de las especialidades en ciencias de la salud.

Con la troncalidad se pretende también, que los profesionales sanitarios, a través de las competencias adquiridas en el periodo de formación troncal aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral y a trabajar de la forma más adecuada para poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la eficaz resolución de los procesos de los pacientes, con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere.

Además se persigue, la flexibilización del catálogo de especialidades en ciencias de la salud, que en muchos casos se han configurado como compartimentos estancos aislados entre sí, derivando en un encasillamiento excesivo de los profesionales y en dificultades para el abordaje de los problemas de salud en equipos pluridisciplinares de especialistas.

La reactivación de la gestión clínica se corresponde con el deseo de los profesionales de intervenir activamente en la organización de los servicios, la utilización de los recursos y la aplicación del conocimiento clínico y la satisfacción de las necesidades del paciente

Por su parte, el proceso de creación de ACEs debe estar vinculado no solo a la aparición de nuevos procedimientos asistenciales y/o hallazgos científicos o en su caso incorporación de nuevas técnicas o procedimientos terapéuticos, algunos de los factores que intervienen tienen que ver con la existencia de una verdadera sobreespecialización de los profesionales demandada por los servicios de salud para satisfacer las necesidades asistenciales de la población dentro de la cartera de servicios del SNS.

Por tanto no se trata solo de satisfacer las necesidades detectadas y requeridas por los profesionales para su avance y desarrollo profesional, sino que estas han de vincularse con la viabilidad del sistema para formarles, hay que tener en cuenta que el PRD contempla la vía de formación vinculada al modelo de residencia, sino también a su aplicabilidad real en la atención a la población y sus posibilidad de implantación en las instituciones sanitarias.

Otras fórmulas que contempla la normativa como son los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada pueden dar respuesta a las necesidades de adquirir un nivel de experto en determinadas áreas como pueden ser la que nos ocupa máxime si en dicha actividad van a participar otros profesionales sanitarios que pueden beneficiarse de esta fórmula de certificación de su nivel competencial ■

El líder y gestor sanitario, solidario y solitario. Usar datos

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

Liderar es, en síntesis, conseguir que los demás hagan lo que tú quieres porque ellos quieren y ello no es fácil, requiere: 1º) información, consistente en conocer las cosas (cosa es, según la RAE, todo lo que tiene entidad, ya sea corporal o espiritual, natural o artificial, real o abstracta); 2º) conocimiento, que es relacionar las cosas y 3º) sabiduría, que es aplicar el conocimiento al asunto y momento adecuados. El líder y gestor sanitario ha de acostumbrase, además, a trabajar solitaria y solidariamente envuelto en dificultades legales, económicas, financieras y de muchos tipos. Ha de eliminar de su pensamiento y vocabulario echar la culpa de los fracasos y frustraciones personales a esas circunstancias.

Miguel A. Asenjo

Liderar es, en síntesis, conseguir que los demás hagan lo que tú quieres porque ellos quieren y ello no es fácil. Requiere: 1º) información, consistente en conocer las cosas (cosa es, según la RAE, todo lo que tiene entidad, ya sea corporal o espiritual, natural o artificial, real o abstracta); 2º) conocimiento, que es relacionar las cosas y 3º) sabiduría, que es aplicar el conocimiento al asunto y momento adecuados. La información se ha de basar en datos ya que se decide impulsado por las emociones, si bien ante un mismo hecho puede reaccionarse de distinta manera. Si, por ejemplo, el termómetro de la sala en la que se encuentran varios individuos marca 23º C, es posible que alguno de los presentes diga ¡qué calor! y otros, ¡qué frío!, que son opiniones basadas en sensaciones. Puede, incluso, que los primeros se desarropen y los otros se abrochen hasta el cuello; otros se sentirán a gusto y algunos no manifestarán su emoción, ni su sensación de calor o de frío, e incluso es posible que alguno suba o baje el termostato que regula la temperatura. Un mismo hecho y un mismo dato, 23º C, suscita en todos ellos una emoción incapaces de evitar, pero sí pueden modular sus consecuencias, que pueden ser la de manifestarla de inmediato, manifestarla en el momento adecuado, e incluso actuar, oportuna o inoportunamente. Si el termómetro marcase 40ºC y alguien se abrigase aún más, se le consideraría, como poco, raro y probablemente enfermo, y quien haga lo contrario con 12 º C recibe la misma consideración que el anterior. Es más, gracias a que existe termómetro, y permite disponer del dato, sería posible acordar la temperatura exacta en la que la mayoría se sentiría confortable. Gracias a él se puede saber cuándo un individuo tiene fiebre y la sensación desagradable, o sea el síntoma -subjetivo- se transforma en signo, por el dato 38ºC, -objetivo-.

En el hospital de nuestro entorno el 70 por ciento del gasto, el 90 por ciento de los problemas y el 100 por ciento de las soluciones se derivan del personal

Los radares que miden la velocidad de los vehículos permiten sancionar por exceso de velocidad y con ello disminuir, en España, a la mitad el número de muertos en carretera. La sanción por exceso de velocidad sería inaceptable si como motivo de ella se recibiera el argumento de que al agente de tráfico le pareció que iba muy deprisa -subjetivo- La fotografía que recoge la velocidad exacta a la que circulaba, acompañada de la matrícula del vehículo proporciona datos -objetivos- que aunque la hacen

igualmente desagradable a quien la recibe la hacen evidente.

En el caso de la salud, el gestor sanitario debe: 1º) proporcionar información objetiva aportando datos. 2º) relacionar los datos para adquirir conocimiento y 3º) actuar con sabiduría aplicando esos datos al asunto adecuado y en el momento oportuno. Con ello los ciudadanos, profesionales de la salud, los propios gestores y los políticos, en su caso accionistas, si se trata de servicios privados, pueden controlar sus emociones, participar en las decisiones y consensuar los acuerdos. Los dirigentes sanitarios han de ser profesionales excepcionales, con especializados conocimientos y total dedicación que son las dos características que definen a un profesional. Para que su tarea sea tan científica como es la del resto de profesionales sanitarios, compañeros suyos, ha de actuar conforme a las siguientes cuatro reglas: a) definir exactamente el asunto que se trate que debe ser entendido y aceptado por todos, b) disponer de un sistema de medida, c) tener una unidad de medida y d) marcar un estándar. En el caso concreto de la salud, la Organización Mundial de la Salud la define como el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad. Esa definición, que es la generalmente aceptada, significa que la salud como la belleza no tiene límite, y conlleva en sí misma la imposibilidad de su financiación pública total porque los recursos sí son limitados y no es lo mismo público que gratuito.

Dos premisas son necesarias para poder gestionar bien: un plan contable y la capacidad de mando, de tal manera que la autoridad dividida por la responsabilidad sea igual a la unidad

El sistema de medida de la salud de una población más comúnmente utilizado es la esperanza de vida. La unidad de medida de la esperanza de vida se expresa en años y finalmente sobre el estándar se considera que cuanto más mejor. El líder y gestor sanitario ha de acostumbrase, además, a trabajar solitaria y solidariamente envuelto en dificultades legales, económicas, financieras y de muchos tipos. Ha de eliminar de su pensamiento y vocabulario echar la culpa de los fracasos y frustraciones personales a esas circunstancias. Es un gran error no hacerlo así. La frase famosa de Kennedy apelando a que cada ciudadano norteamericano se preguntase qué puede hacer por su país y no qué puede hacer el país por él produce grandes y favorables resultados, incluso psicológicos. El líder debe recordar, y poner en práctica, que la palabra convence pero el ejemplo arrastra, que la credibilidad consiste en que la palabra y los hechos coincidan y su legitimidad de penderá de sus resultados.

Es más, es aconsejable que el dirigente sanitario, como líder solitario, trabaje por capricho pues como es sabido se puede trabajar como consecuencia de: a) una orden porque alguien te obliga ya seas tú mismo, que sería una orden interna o el jefe en cuyo caso sigue siendo una orden, si bien externa, pero es una orden, más orden si cabe; b) por costumbre, simplemente te has acostumbrado a trabajar y c) por capricho porque te agrada hacerlo y te encuentras bien haciéndolo, como a un niño le agrada dar patadas a un bote usado de coca-cola. Jugar al futbol exige esfuerzo, incluso sudor, cansancio y riesgos de recibir patadas y caídas pero para quien lo practica por diversión le resulta placentero. Los momentos buenos de la vida son para disfrutarlos y los malos para aprender de ellos. Aprender a no dejar de aprender es un buen lema y te mantiene despierto y joven. Le conviene recordar, además, que, en general, te contratan por tus conocimientos y te cesan por tu carácter y es que el sistema sanitario es el de mayor interacción social de todos y su valor máximo es la persona. Por eso ha de ser muy solidario, pues el resultado del sistema sanitario sobre la salud es el producto de multiplicar la capacidad de sus personas por la motivación de ellas; de tal manera que si uno de esos dos factores -capacidad o motivación- es igual a cero el resultado es cero, por cuanto que es un producto, y no una suma. Las personas necesitan, fundamentalmente solidaridad, que se concreta en dos cosas: sentirse útiles y que se les reconozca. En el hospital de nuestro entorno el 70 por ciento del gasto, el 90 por ciento de los problemas y el 100 por ciento de las soluciones se derivan del personal y mejora lo que se mide, evalúa y reconoce. Las personas actúan de acuerdo a como son evaluadas. Datos, evaluación, buen carácter, credibilidad, legitimidad, saber diferir el premio y aprender a trabajar bajo presión solitaria y solidariamente ganan el respeto y que los demás hagan lo que tú quieres porque ellos quieren.

Utilizar datos

El modelo sanitario está influido por dos factores fundamentales a) los determinantes de la salud y de la enfermedad, y b) los grupos sociales y sus intereses

a) Determinantes de la salud y de la enfermedad

El modelo sanitario de cada país, región o, incluso, pequeña comunidad, además de complejo, es muy variable y existe el ejemplo, próximo, de las Comunidades Autónomas de España que nada más tener oportunidad de diferenciarse, con las transferencias sanitarias, lo han hecho. Más allá de los clásicos modelos Bismark (1883), financiado por cuotas, o Beveridge (1946) que lo hace por impuestos, se han llegado a identificar en el mundo, según Economist, cincuenta y siete maneras distintas de organizar el modelo, sin que haya podido demostrarse cuál es su influencia cuantitativa en la salud colectiva de la población, pues se ha evidenciado que los países que más gastan en su sistema sanitario no son los que mejor salud colectiva proporcionan a sus ciudadanos y es que, desde las aportaciones de Dever, se acepta que el sistema sanitario que es uno de los cuatro determinantes de la salud consume, en los países económicamente desarrollados, el 90 por ciento de los recursos sanitarios y solo contribuye con el 11 por ciento al mantenimiento de la salud. El segundo determinante de la salud es el estilo de vida personal, que es el que más aporta con un 43 por ciento y solamente consume el 1,5 por ciento del presupuesto sanitario; el tercero es el entorno o medio ambiente que aporta un 19 por ciento y consume el 1,6 por ciento y finalmente el cuarto es la herencia biológica o genética que con la aportación del 27 por ciento restante, consume el 6,9 por ciento que falta para completar el presupuesto. Así pues la genética, el estilo de vida y el entorno contribuyen con el 89 por ciento a la salud colectiva y consumen sólo el 10 por ciento del gasto, mientras que el sistema sanitario aporta el 11 por ciento a la salud y consume el 90 por ciento. El modelo sanitario, en consecuencia, además de necesario, eficaz, efectivo eficiente, equitativo, de calidad y económicamente sostenible ha de ser socialmente aceptable, donde la ley regule sus características, marque las pautas de su funcionamiento, exija a sus servidores su estricto cumplimiento y sus resultados le confieran legitimidad.

Se han llegado a identificar en el mundo 57 maneras distintas de organizar el modelo, sin que haya podido demostrarse cuál es su influencia cuantitativa en la salud colectiva, pues se ha evidenciado que los países que más gastan en su sistema sanitario no son los que mejor salud colectiva proporcionan a sus ciudadanos

La enfermedad, condicionante también del modelo sanitario, es resultado de la acción entre la persona, el medio ambiente y el agente patógeno, así que es primordial actuar como se indica y en el orden que se expone: 1º) potenciar la salud del individuo a través de la promoción de la salud por medio de la educación sanitaria tanto en la escuela como en la familia; 2º) mejorar la relación entre el individuo y el medio ambiente por medio de la Medicina Preventiva, por medio de las vacunas y el diagnóstico precoz 3º) la del medio ambiente y agente patógeno por medio de la Medicina Laboral evitando la polución ambiental incluida la acústica y 4º) la del individuo con del agente patógeno a través de la Medicina asistencial. 5º) transmitir conocimientos por medio de la enseñanza y 6º) investigar para tener cada vez un sistema sanitario mejor. Tan importante es la investigación que una breve reflexión sobre ella nos señala que la organización sanitaria ha sido consecuencia de los avances sociales y científicos. En efecto, en tiempos remotos, la enfermedad se consideraba causada por el pecado y en consecuencia la terapéutica adecuada era la oración, y los enfermos acudían a los templos a rezar. Luego a los monasterios. Más tarde, con las peregrinaciones, aparecen grandes hospitales/monasterios: San Marcos en León y Reyes Católicos en Santiago, hoy excelentes paradores de turismo. Es decir, asistencia por caridad cristiana. La Revolución Francesa, de 1789, proclama como derecho la asistencia sanitaria y aparece la beneficencia, asistencia pública, que realiza su actividad en hospitales civiles que antes hacían aquellos monasterios. En 1883 Bismarck establece los seguros sociales, financiado con cuotas y se inician los hospitales del seguro. Revolución bolchevique de 1917 se nacionaliza todo su aparato sanitario.

Los dirigentes sanitarios han de ser profesionales excepcionales, con especializados conocimientos y total dedicación, que son las dos características que definen a un profesional

En 1945, Beveridge en Inglaterra propone y se acepta el Servicio Nacional de Salud y se financia con impuestos y en España en 1986 el ministro Ernest Lluch propone y se aprueba la Ley General de Sanidad que crea el Sistema Nacional de Salud también financiado con impuestos. Simultáneamente los descubrimientos sanitarios condicionan, incluso, el diseño hospitalario. Pasteur descubre los microbios como causantes de las infecciones y los hospitales se construyen en pabellones y así se aísla a los enfermos. Fleming descubre los antibióticos, gracias a trabajar en un sucio laboratorio, y se construyen en monobloque. Mejora el funcionamiento de los ascensores y a la vez sube el precio del suelo, se construyen en vertical. Se desarrolla la tecnología radiológica diagnóstica y terapéutica, así como el laboratorio, la cirugía, la asistencia urgente y se sitúan en edificios propios. Ahora la cronicidad y las TIC modificarán hasta el diseño. En cambio los sentimientos de amor, padecimiento, ayuda, tristeza, alegría, solidaridad, odio, rencor, soledad etc., siguen afectando al ser humano como siempre. De ahí su desconcierto, incertidumbre e insatisfacción

b) Grupos sociales y sus intereses condicionantes

El modelo sanitario, en todos los países democráticos del mundo, es el resultado de la conciliación de los intereses de los cuatro colectivos que le condicionan, tal como dicta el sentido común, más allá de disquisiciones teóricas. En primer lugar los ciudadanos, posibles enfermos, además, contribuyentes y votantes y que en el sistema público son los dueños y deciden, a través de sus representantes, qué normas y qué leyes les van a regular así como qué derechos y obligaciones van a contraer.

Le siguen, como grupo social condicionante del modelo sanitario, los suministradores de salud, principalmente los médicos que, además, lo condicionan totalmente. El modelo

sanitario no debe organizarse sólo para los médicos, pero es ilógico además de imposible hacerlo contra los médicos. Son, con los enfermos, los protagonistas del acto médico que es la razón de ser del modelo sanitario que se basa en la confianza y en la responsabilidad, entendida ésta como el hecho de asumir las consecuencias de las propias decisiones. Los enfermeros, las casas comerciales del sector, los laboratorios farmacéuticos y otros varios colectivos son y pertenecen también a este grupo de los suministradores de salud.

El tercer grupo es el de los equipos directivos, solitarios, necesariamente gestores, para lo que han de usar datos y convenientemente líderes y por ello obligatoriamente solidarios.

El cuarto grupo y no el menos importante, es el de los propietarios del sistema, ya sean políticos por ser servicios públicos veladores del cumplimiento de las normas o bien accionistas por ser privados que se rigen, como es obvio, por tal derecho.

Los intereses fundamentales de estos grupos que deben conciliarse son, para los ciudadanos enfermos los cuatro siguientes: recibir con confianza la asistencia a la que tienen derecho, no esperar para recibirla, ser informados del servicio que recibirán y no arruinarse al recibirlo. También desean, si es posible, poder elegir médico y, en su caso, hospital. Dicha elección aumenta a medida que el desarrollo económico y cultural es mayor y la disfrutan los que actúan como clientes, que son los privados y asegurados en mutuas privadas. No ocurre así con los llamados usuarios, con cobertura universal de carácter público que, en general, tienen derecho a usar pero no a elegir. Finalmente se consideran pacientes, a quienes afecta todo lo malo, aquellos que en el acto médico y en argot, se insinúa: túmbese, cállese, desnúdese, haga lo que le decimos y quizás le curaremos, y que afortunadamente cada vez son menos y en menos lugares. Era una asistencia paternalista que no es recomendable añorar y que algunos pretenden mantener. Para conocer si el cumplimiento de sus interese es correcto existen datos que deben darse a conocer.

La genética, el estilo de vida y el entorno contribuyen con el 89 por ciento a la salud colectiva y consumen sólo el 10 por ciento del gasto, mientras que el sistema sanitario aporta el 11 por ciento a la salud y consume el 90 por ciento

El interés fundamental del segundo grupo social, en el que se incluyen los médicos, es el reconocimiento social y económico. Son, y ellos lo saben, imprescindibles y conviene que el gestor no lo olvide en beneficio, no de ellos, sino de los enfermos. Ellos deben actuar como agente, es decir como persona de confianza tanto de los enfermos como del equipo directivo, estableciéndose un trípode de confianza o, a lo peor, de desconfianza entre el enfermo, el médico y el directivo. En el curioso mercado sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga. Aquí los datos son igualmente fundamentales porque aunque la ética es importante es una virtud que se ha demostrado insuficiente para la correcta gestión sanitaria.

El modelo sanitario no debe organizarse sólo para los médicos, pero es ilógico además de imposible hacerlo contra los médicos

El tercer grupo que es el de los equipos directivos se ocupan, fundamentalmente, de la eficiencia, es decir, intentan obtener el máximo rendimiento de los medios disponibles. Conseguir más con menos es la consigna actual. Desarrollan también, y además, una función de agencia, o sea, de confianza, entre los médicos y los propietarios. Aquí también los datos son igual, si no más, imprescindibles. Cuantificar los gastos fijos y los variables, el umbral de rentabilidad y el valor añadido es elemental, obligatorio y deben difundirse.

Los propietarios, finalmente, si son servicios públicos, son obviamente políticos y el gobierno busca la paz socio-laboral es decir, que no haya líos; cosa en la que está poco interesada la oposición. Si son accionistas, que es lo que ocurre en las instituciones privados, su deseo es el de obtener rendimiento a su inversión económica, o sea, ganar dinero. Tan imprescindible como en los anteriores grupos e incluso más es la necesidad de usar datos, especialmente económicos y darlo a conocer. Lógicamente la institución privada solamente puede gastar lo que ingresa mientras que pública, hasta hace poco tiempo, ingresaba lo que gastaba que es un sutil e importante matiz. Ahora que somos pobres tenemos que pensar.

Para establecer las normas del modelo sanitario, que se plasmarán en la Ley que recoja, como mínimo, los intereses expuestos y conciliados entre los miembros de los cuatro grupos citados, es necesario utilizar datos para planificar, basándose en ellos expresados en números, establecida la fecha y el responsable, para dar respuesta a las siguientes cinco preguntas: 1º. qué se necesita, 2º. con lo que se tiene qué se puede hacer, 3º. a qué precio, 4º. para quiénes y 5º. con qué nivel de calidad, que es tanto como calcular, respectivamente, la: necesidad, eficacia, eficiencia, equidad y calidad del modelo por medio de fórmulas y operaciones matemáticas sencillas, disponibles y conocidas. Hacerlo así es fundamental para poder convencer a los implicados con argumentos, es decir con datos, pues si sólo se aportan opiniones siempre triunfa la de aquellos que más daño pueden hacer al modelo, en caso de no satisfacerles. La manera racional de persuadir a cada grupo es expresar la propuesta con números. Así se evitan los prejuicios y se afinan las objeciones de conciencia. Es como lo hicimos en la exitosa Reforma del Clínic de 1972, origen de su actual prestigio asistencial, docente, investigador y tam-

bién gestor con la consiguiente eficiencia gracias a una importante, constante y prolongada oferta formativa en gestión sanitaria de sus médicos y enfermeros durante más de cuarenta años tanto en la licenciatura, ahora grado, como en el master y doctorado en el que he dirigido más de 20 tesis doctorales.

Calcular y exponer los números por medio de la planificación y conseguirlos, transformados en objetivos a través de la gestión, con una distribución justa de los recursos, es un deber ético de todo profesional o médico responsable, es decir, que asume las consecuencias de sus propias decisiones. La cómoda, demagógica e inviable postura de todo para el enfermo al precio que sea pagando otro, sin tener en cuenta las injustas consecuencias sociales que de la ineficiencia se derivan, es una flagrante discriminación social. Pretender, como se ha hecho en España, conectar todas las capitales de provincia por medio del tren de alta velocidad, dotarlas de aeropuerto, así como de universidad tiene como resultado que los trenes no tienen pasajeros, los aeropuertos están sin aviones, en las universidades faltan alumnos, y para la Sanidad no queda dinero. Un auténtico derroche. La austeridad ha llegado para quedarse. Incluso se ha escrito que ahora que volvemos a ser pobres tendremos que pensar. Abril Martorell, hace ya veinte años cuando trabajábamos en su famosa Comisión y Subcomisiones de Sanidad nos recordaba que a los 39 millones de habitantes de posibles consumidores de entonces había que enfrentar esos mismos 39 millones como contribuyentes. La Sanidad nunca es gratis. Alguien paga. En el curioso mercado sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga. En tales circunstancias sólo la conciencia del médico puede garantizar la equidad y con ello la justicia aplicando a la misma necesidad similar recurso.

Dos premisas son necesarias para poder gestionar bien: a) plan contable de tal manera que se conozca exactamente lo que se quiere conseguir y cuántos recursos se van a emplear. Todo ello expresado en cifras. No en deseos e intenciones y b) capacidad de mando de tal manera que la autoridad dividida por la responsabilidad sea igual a la unidad. La autoridad entendida como la capacidad de dar órdenes y ser obedecido está compuesta de la autoridad legal que confiere el que nombra y la reconocida que se gana el que la ejerce y que le confieren los colaboradores. La responsabilidad consiste en asumir las consecuencias de las decisiones. Cuando la autoridad es máxima y la responsabilidad nula surge un déspota que es un peligro y si la responsabilidad es total y la autoridad nula resulta un esclavo, y en estas condiciones si tiene fe puede rezar y si no confía en el horóscopo. Hay que dirigir por persuasión, como he pretendido exponer a lo largo de este artículo. Siempre serán necesarios el premio y la sanción

2024. Regreso al futuro de la Atención Primaria

Autor Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)

Sostiene César Molinas [¿Qué hacer con España?, Ed. Destino, 2013] que el futuro se construye tirando de la organización, no empujando: hay que tener una visión de futuro, poner los pies allí y estirar de la organización. Esto es precisamente lo que intenta hacer el autor de este artículo. Juan Simó se sitúa en 2024 e imagina los cambios que propone para la Atención Primaria española durante la próxima década. Los describe en un hipotético reportaje conmemorativo del 40 aniversario del inicio de la reforma de la Atención Primaria que se publicaría en 2024, pero que El Médico publica en 2014 coincidiendo con el 30 aniversario de la reforma de 1984.

Juan Simó

Madrid, 1 de febrero de 2024. Se cumplen ahora 40 años del inicio de la reforma de la Atención Primaria española. El decreto que iniciaba la reforma se publicaba tal día como hoy, 1 de febrero, pero de 1984. Pocos años antes, en 1978 se creaba la especialidad de Medicina de Familia. Muchos de los médicos de familia de aquellas primeras promociones de especialistas ya se han jubilado y otros están a punto de hacerlo. No obstante, han podido ser testigos de algunos cambios relevantes en la recta final de su vida laboral. Repasemos, pues, en este reportaje conmemorativo los principales cambios ocurridos en la Atención Primaria española durante estos últimos diez años

Unión profesional

Parece que de los rescoldos de las actuaciones reivindicativas y de carácter aglutinador promovidas por la Plataforma 10 Minutos durante la primera década de este siglo surgieron algunas iniciativas pocos años después. Desde la perspectiva profesional, la más relevante fue la integración de las tres sociedades de médicos de familia en una única asociación al final del verano de 2015, a partir del germinal Foro de Médicos de Atención Primaria que operaba desde 2009. Contribuyó a ello la constatación de que el Proyecto AP 21, "caducado" desde hacía tres años, se apolillaba en las polvorientas estanterías sanitarias del Ministerio y Consejerías sin causar la más mínima reactividad en los políticos responsables de su desarrollo. Pero el verdadero catalizador que aceleró dicha integración fue otro bien distinto. Muchos de los recién especializados médicos de familia, que prácticamente no tenían otra opción que emigrar de España al terminar su especialidad o recircular cambiando de especialidad dentro del sistema MIR, se asociaron creando un año antes la Asociación de Médicos de Familia Sin Futuro Profesional. Los jóvenes médicos de familia dejaron de apuntarse a cualquiera de las tres sociedades existentes para apuntarse de forma creciente a "la suya" y protagonizaron algunos hechos reseñables. A destacar, una numerosísima concentración delante del Ministerio en el otoño de 2014 con un encierro posterior en el Colegio de Médicos de Madrid al que, por cierto, se unieron otros médicos de familia no tan jóvenes que rememoraban viejos tiempos. Las tres sociedades científicas de médicos de Atención Primaria, durante muchos años intensamente ocupadas en cuestiones de formación profesional (cursos, congresos, jornadas, libros, guías, etc.) no procuraban con tanta perseverancia mejorar el empoderamiento profesional de los médicos de familia que ejercían en los centros de salud. Y así, en su empeño por incrementar su papel proveedor de forma-

ción continuada, contribuían a extender la idea de que el problema de la Atención Primaria y sus profesionales era un déficit de formación cuando el déficit era de empoderamiento. La nueva sociedad, que incorporó también a la recién creada por los jóvenes médicos de familia, se denominó Médicos de Familia de España (MediFamEs) (www.medifam.es). Pocos meses después, en la primavera de 2016 se celebraba en Madrid el I Congreso Nacional de la Atención Primaria de Salud Española auspiciado por esa nueva y potente sociedad. Su lema lo decía todo: "Médicos de familia: nuestra unión refuerza nuestra profesión". A partir de ese momento, muchas cosas empezaron a cambiar.

Una nueva carrera profesional

Casi en cadena fueron sucediéndose acontecimientos como la creación de la Agencia de Acreditación de la Formación, de la Competencia y Carrera Profesional en Atención Primaria, soportada a tercios por MediFamEs, la OMC y el Ministerio de Sanidad. La carrera profesional era, en verdad, engendrada y gobernada desde la profesión y no desde instancias ajenas. Un nuevo modelo de la misma se aprobó a finales de 2016 sustituyendo al modelo anterior que primaba básicamente la antigüedad. En el nuevo modelo se ascendía voluntariamente mediante recertificación de la competencia y ajustando por longitudinalidad y por la asunción efectiva de nuevas tareas, sobre todo, clínicas, pero también docentes y de investigación. El gen profesional de los médicos de familia españoles había empezado a des-reprimirse. Se promovió así el desarrollo de competencias, algunas prácticamente testimoniales hasta entonces entre los médicos de familia españoles.

Empleabilidad y desarrollo profesional: la paradoja

El estancamiento en la práctica clínica de los médicos de familia que ejercían en el centro de salud fue cada vez más acusado durante los tres primeros lustros de este siglo, con escasa incorporación generalizada de nuevas funciones o actividades, cuando no con pérdida de responsabilidad sobre distintos grupos o perfiles de pacientes por la proliferación de dispositivos dispensarizados de origen e implantación fundamentalmente hospitalarios como, por ejemplo, las unidades de insuficiencia cardiaca, cirugía menor, EPOC, diabetes, osteoporosis, demencias, tabaquismo, etc. que se sumaron a las que surgieron durante los tres últimos quinquenios del siglo pasado (planificación familiar, control del embarazo normal, hospitalización a domicilio, unidades de paliativos, etc.). En muchos de estos dispositivos se contrataba a especialistas en Medicina de Familia, lo que significaba que dichos profesionales en España, además de como médicos de familia con un cupo de pacientes asignado en un centro de salud, podían emplearse en muchos sitios. Se trataba, pues, de una especialidad médica con una considerable empleabilidad en la Sanidad pública que creció conforme aparecían y desarrollaban este tipo de dispositivos. De hecho, a diferencia de lo ocurrido con las primeras promociones de especialistas, en los últimos años sólo una minoría acababan trabajando en

un centro de salud al terminar la especialidad.

Sin embargo, las formas organizativas desintegradoras fragmentaban crecientemente la atención y, por mucho que significaran empleo para el especialista en medicina de familia, contribuían a aminorar el desarrollo profesional del médico de familia del centro de salud que progresivamente dejaba de hacerse cargo de determinados problemas y perfiles de pacientes de su cupo. Durante años, pues, se ha dado la paradoja de que a mayor empleabilidad del especialista en Medicina de Familia menor posibilidad de desarrollo profesional del médico de familia del centro de salud. Esta paradoja se intensificaba cuando, además de los dispositivos mencionados, se tenía en cuenta el gran número de especialistas en Medicina de Familia que ejercía en plazas de Pediatría en centros de salud, en servicios de urgencia ambulatoria u hospitalaria o en las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Déficit de profesionales pero con mayores competencias

El cambio del modelo de carrera profesional, desde uno que primaba básicamente la antigüedad hacia uno que sobre todo recompensa la asunción y desarrollo efectivo de competencias en la práctica real, promovió el desarrollo de competencias entre los médicos de familia de los centros de salud. También empujó en esa dirección la falta de profesionales agudizada por la gran crisis económica del año 2008. Esta falta ya se detectó durante la primera década de este siglo pero aumentó durante la segunda por la importante emigración de nuestros médicos y enfermeras a otros países durante la larga década de crisis. De la necesidad se hizo virtud y se desarrollaron progresivamente nuevas competencias entre casi la mitad de los médicos de familia (dos terceras partes de ellos situados en los más altos niveles de carrera).

Los profesionales de enfermería también desarrollaron mayores competencias, especialmente desde el desarrollo de la prescripción enfermera y la creación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria cuya primera, y escasa, promoción salió a la calle en mayo de 2013. Hoy ya tiene poco sentido la persistencia de dispositivos dispensarizados como los mencionados anteriormente y muchos han desaparecido. La mayor parte de estas competencias ya son asumidas prácticamente al completo por los propios médicos y enfermeras de familia en sus propias consultas para sus pacientes asignados. El déficit de profesionales se palió en parte con la incorporación progresiva al ámbito de las consultas de Atención Primaria de aquellos médicos especialistas en Medicina de Familia y enfermeras que en número no despreciable trabajaban en estos dispositivos de atención dispensarizada. También ayudó la incorporaron al ámbito de la Atención Primaria de muchos especialistas en Medicina de Familia que trabajaban en las mutuas de accidentes de trabajo, pues a partir de 2017 se integró en el Sistema Nacional de Salud la responsabilidad de la atención sanitaria al accidente laboral y a la enfermedad profesional. Esto permitió mejorar la eficiencia en la atención sanitaria de estas contingencias y una dedicación más intensa de estas mutuas a la prevención en un país con una de las tasas más elevadas de accidentes laborales de la Europa desarrollada. Así mismo, la edad pediátrica se redujo a los 12 años de edad en 2016 y a los 10 en 2018, lo que permitió la incorporación a las plazas de Medicina de Familia de muchos médicos de familia que ejercían en plazas de Pediatría. Esto inicialmente se vivió como una pérdida por parte de los padres que pronto comprendieron que lo "natural" era que el propio médico de familia que les atendía a ellos fuera el mismo que atendiera sus hijos a partir de dicha edad.

Diversidad y autonomía organizativa

Un amplio abanico de posibilidades de micro-organización se abrió paso a partir de 2016. Ese año, el Ministerio de Sanidad, mediante la Agencia de Evaluación de la Provisión y del Producto Sanitarios, establecía diversas formas organizativas que, además, se encargaba de acreditar y re-acreditar. Los médicos de familia podían ejercer por cuenta propia, de forma independiente y autogestionada en solitario, en pequeños grupos asociados o no a otros especialistas. También ejercían por cuenta ajena en los antiguos centros de salud con una autogestión creciente (la máxima que permitía la rigidez de formar parte de una plantilla más que de un equipo autoseleccionado). En cualquier caso, los médicos de familia tienen actualmente la sensación de pertenencia, más que a una organización, a una comunidad que propone a sus miembros una identidad, una tarea y bien comunes, unos valores y un sentido de la "excelencia" compartidos. Sin duda, la unión de las tres sociedades ha contribuido a ello.

La creación de esta Agencia también permitió algunos cambios relevantes largamente reclamados por los profesionales. La máxima desburocratización de la consulta fue forzada también por la inveterada situación de crisis económica. El modelo de receta (una prescripción=una receta=un envase), uno de los últimos reductos franquistas en Sanidad, se equiparó en 2017 al de los países europeos más desarrollados (receta multiprescripción), así como una racionalización "clínica" del modelo de IT. El software de historia clínica informatizada empezó a ser de libre elección por parte de los profesionales también a partir de 2017, lo que promovió la competencia entre los fabricantes por mejorar su calidad, ergonomía y adaptación a las expectativas clínicas de los profesionales, algo prácticamente imposible durante los largos años de monopolio autonómico.

El Ministerio creó un sistema de información sanitaria de ámbito nacional útil para la gestión, la investigación y también para la clínica. Se trataba de un Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria (CMBD-AP) de obligatorio cumplimiento por todos los proveedores de Atención Primaria (públicos, privados, bajo ejercicio individual o grupal) al que, con las identificaciones pertinentes, cualquier médico de familia podía acceder en línea desde su consulta. Los gestores se dieron cuenta de que la efectividad del sistema mejoraba si abandonaban toscos comportamientos de capataz y los sustituían por los de líder fa-

cilitador (en ello les iba el sueldo) pues la evaluación se basaba en una auténtica gestión clínica entendida como verdadero soporte de la sostenibilidad interna del sistema. De hecho, la diversidad microorganizativa, el auge de la gestión clínica y el desarrollo de diversos sistemas de información ha permitido en los últimos años, sin necesidad de "mercados" ni de "neoliberalismo", introducir cierta competencia por comparación y un complementario pago por resultados. Todo ello sobre una base de financiación capitativa según población asignada a los profesionales ajustada por riesgo, ejercieran éstos tanto en solitario como, mucho más frecuentemente, en grupo. En definitiva, el financiador y autoridad sanitaria decide el "qué", el "cuánto" y el "a quién", y los profesionales deciden el "cómo".

Por fin una gestión en base poblacional

Así mismo, los políticos comprendieron que lo suyo era el verdadero control de la calidad del producto y de las estructuras sanitarias públicas o privadas (en ello les iban los votos). Consecuencia de todo ello fue la promulgación en mayo de 2018 de la Ley de Reforma del Marco de Relación e Incentivo Sanitarios en Atención Primaria. Esta ley, considerada hoy en día como el punto de partida de la segunda reforma de la Atención Primaria española, entronizó el presupuesto capitativo en la gestión sanitaria integral de un área de salud y la capacidad de compra de servicios médicos especializados y socio-sanitarios por parte de los médicos de Atención Primaria para sus pacientes asignados.

El total del presupuesto destinado a un área sanitaria pasó a ser capitativo, independientemente del nivel en el que se produjera el gasto, ajustado por riesgo (factores perfectamente explicitados, básicamente el envejecimiento poblacional y la deprivación social, que lo corregían al alza). Esta nueva gestión sanitaria en base poblacional, la financiación capitativa y la capacidad de compra de servicios por parte de los médicos de familia contribuyeron al renacimiento de una nueva Atención Primaria cada vez más necesaria y decisiva para la sostenibilidad interna del SNS. Esto invirtió la tendencia de perdedora de la especialidad de Medicina de Familia para convertirla en una especialidad cada vez más reclamada en nuestros días en la elección de los MIR. La Ley de Reforma de 2018 forzó al mutualismo administrativo a elegir entre integrarse en el modelo general, o bien a incorporar en su esquema asistencial en el plazo de cinco años la figura del médico de familia con cupo de pacientes, agente de los mismos y primer contacto de estos con el sistema de forma longitudinal. Las tres mutualidades (Muface, Mugeju e Isfas) optaron por la segunda opción, lo que significó un incremento en la diversidad organizativa y una mayor oferta de empleo para los médicos de familia estimada en casi mil puestos de trabajo entre 2019 y 2023.

Cambios en la política sanitaria

Dos importantísimos cambios se produjeron en 2016. Por un lado, la definitiva universalización del SNS. El derecho a la asistencia sanitaria se desvinculó de la Seguridad Social y se procedió a la universalización de iure de la cobertura sanitaria pública con igual título de derecho para los españoles y residentes legales. Por otro, los políticos diseñaron un organismo regulatorio, ejecutivo e independiente: la Agencia para la Calidad, Equidad y Solvencia del SNS que sustituyó en modo muy mejorado al lánguido y prácticamente inoperante Consejo Interterritorial. El objetivo principal de esta nueva Agencia era el de garantizar la calidad, la equidad, la universalidad y la sostenibilidad interna del SNS, así como de definir una cartera amplia pero limitada de servicios gratuitos en el momento de su uso y los copagos que pudieran establecerse. Sus directrices eran de obligado cumplimiento para todos los agentes del sistema. Se detuvo así la politización de la gestión sanitaria que como una especialidad MIR más nacería en 2020. Lo que realmente cambió desde la vertiente de la macro-política sanitaria fue la visión que se tenía de la Atención Primaria. Los políticos dejaron de percibirla como "una parte del sistema" y comprendieron que la Atención Primaria ¡¡¡era el propio sistema!!!

Departamentos universitarios de Medicina de Familia

Han ocurrido cambios importantes en nuestro sistema sanitario que, más tarde que pronto, ha sabido reconocer la necesidad de contar con una Atención Primaria fuerte. Estos cambios, aunque de forma más lenta y trabajosa, tuvieron también su traducción en el ámbito universitario y en la formación especializada. Los frutos han sido más tardíos y desde el pasado año 2023 la Medicina de Familia es asignatura obligatoria y cuenta con departamentos financiados, profesores y catedráticos en todas las facultades de medicina. En la formación especializada, las competencias de la Medicina de Familia forman parte nuclear del tronco médico. Y en el periodo de troncalidad todas las especialidades de otros troncos tienen estancias formativas en las consultas de los médicos de familia. Los proyectos de investigación procedentes de Atención Primaria financiados por agencias nacionales y autonómicas se duplicaron durante el quinquenio 2018-2023, especialmente importante fue el incremento de los del tipo multicéntrico y los de colaboración internacional. El número de tesis de médicos de Atención Primaria se cuadriplicaron durante el mismo periodo de tiempo.

Cuarenta años de Medicina de Familia

Este año 2024 se cumplen 40 años del inicio de aquella primera reforma de la Atención Primaria española. Para cerrar este reportaje conmemorativo nada como las palabras textuales de uno de los médicos de familia, hoy ya jubilado, de aquella primera promoción de 1979-82: *"Han tenido que pasar muchas cosas y demasiados años para que se iniciara la segunda reforma del año 2018, pero el esfuerzo por consensuar los cambios ha merecido la pena. Y lo más importante: las primeras promociones de médicos de familia hemos podido ser testigos de todos estos cambios aunque haya sido durante los últimos años de nuestra vida laboral. Unos cambios que han ayudado a flexibilizar y consolidar una Atención Primaria que a día de hoy es de todos y para todos, apreciada por la población y de la que podemos sentirnos todos orgullosos."*

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

NOVARTIS

5 MÓDULOS

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

MÓDULO 5 EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

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

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:
http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1	Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial	4,8 CRÉDITOS
Módulo 2	Derechos en relación con estudio/diagnóstico	4,8 CRÉDITOS
Módulo 3	Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento	7.4 CRÉDITOS
Módulo 4	Derechos en relación con el alta y derivación	4,8 CRÉDITOS
Módulo 5	Derechos de los médicos en relación con las instituciones sanitarias	EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

1210019361

EXFORGE

EXFORGE HCT

El Médico Interactivo
LA SANIDAD DÍA A DÍA
www.elmedicointeractivo.com

La mirada maestra de la actualidad

El duelo en el embarazo

Autor Paloma Rosado. Colaboradora de ALAIA (Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo de Madrid)

La aceptación de la realidad de la pérdida como parte inherente de la vida es el sano final de cualquier proceso de duelo, sin embargo, en el caso de la mujer gestante, el tiempo y la repercusión de sus emociones adquieren tintes particulares.

Paloma Rosado

Foto: Carlota Lobo

Cada año, algunas mujeres sienten cómo se empaña la alegría de traer una nueva vida al mundo al tener que enfrentarse a un duelo al mismo tiempo. Aunque se trate de una situación minoritaria, la dureza innegable de los hechos y la inexistencia de atención específica para ellas nos llamó la atención en la asociación ALAIA (Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo de Madrid) hace casi un año, por lo que creamos un grupo terapéutico para mujeres embarazadas que habían perdido a sus parejas durante la gestación.

La aceptación de la realidad de la pérdida como parte inherente de la vida es el sano final de cualquier proceso de duelo, sin embargo, en el caso de la mujer gestante, el tiempo y la repercusión de sus emociones adquieren tintes particulares. Es apremiante acompañar el dolor de la mujer en clave terapéutica, considerando un posible eco de los hechos en la nueva vida. Y también hay que aceptar su propio ritmo sin perder de vista la realidad cercana del parto, lo que invita a trabajar de modo más intenso que en otros casos. Por eso, si la mujer está dispuesta, la terapeuta que la acompaña en ALAIA flexibiliza su disponibilidad -horaria y situacional- para incentivar la evolución personal de la afectada.

Una madre en duelo suele construir un mundo sensorial incoherente para el bebé, lo que se dejará sentir en la expresión de su humor preverbal

El duelo... duele

Pasar un duelo implica sentir dolor. Físicamente es posible que la mujer refiera insomnio, malestar, falta de apetito, cefalea, fatiga... y a nivel psíquico pueden aparecer falta de concentración, agotamiento, desmotivación, desinterés y otros estados emocionales negativos como tristeza, enfado, culpa... A lo largo de este año hemos podido comprobar que el método de acompañamiento de ALAIA resulta altamente eficaz pues, al compartir la propia experiencia con otras mujeres en idéntica situación se reduce la sensación de problema individual, se adquiere una liberadora normalización del suceso y se obtienen nuevas herramientas capacitantes.

En el duelo sano de la mujer embarazada ésta entra en contacto con sus emociones, las identifica, las expresa y, finalmente, las gestiona (autorizándolas o eliminándolas). En los encuentros de ALAIA se comparten inquietudes, temores y fantasías, aceptándose la expresión de cualquier pensamiento y sentimiento en un contexto de confianza y no-juicio, siendo la propia mujer la que va marcando sus propios límites en cada sesión: ella decide hasta dónde puede exponerse a su dolor, sin presiones. La experimentación de los propios sentimientos como válidos, aceptables y no desconcertantes para los oyentes tiene una relación directa con la solidez del proceso (a menudo en estas mujeres coexisten sentimientos altamente ambivalentes que pueden culpabilizarlas dada su vulnerabilidad). Por otro lado, aunque aún se requiere de más estudio, existen suficientes indicios para inferir que el estado emocional de una

mujer en duelo alcanza también al feto, y la alteración del clima intrauterino puede afectar a la pauta neurocomportamental del bebé.

El bebé de la mamá en duelo

Tras el nacimiento se hace necesario desdoblar el foco de atención. La madre debe continuar elaborando su dolor -expresándolo y compartiéndolo- para que pueda llegar un momento en el que sienta que lo ha traspasado, y, al mismo tiempo, debe aprender a descubrir y atender las necesidades de su hijo. Sin prisa... pero sin pausa. Por eso, aunque su autonomía se resiente tras el parto, es importante que consiga espacios para continuar elaborando su pérdida, de forma individual si es preciso.

Cuando el bebé llega a un hogar como el que nos ocupa, no existe el escenario emocional ideal que describen libros y películas. Según especialistas en psicología perinatal y postnatal, el pequeño capta la tristeza, angustia, ira o rechazo de su madre durante estos meses y ello puede reflejarse en sus hábitos alimenticios, de sueño o vínculo. La calidad del vínculo madre-bebé se manifiesta en el sostenimiento de la mirada, la sonrisa, la solicitud de atención, el interés por señalar con el dedo índice, la ausencia de movimientos 'autotranquilizadores'...

En la actualidad de nuestro país resulta necesario que los profesionales de la salud –especialmente de Atención Primaria- se sensibilicen con las particularidades de esta realidad y amplíen sus conocimientos sobre las "somatizaciones en niños de riesgo desde el vínculo" -como las define el psicólogo Pascual Palau-. Desde ahí podrían cuidar de su sana evolución a corto, medio y largo plazo y proponer primeros acercamientos al problema, como las recomendaciones elaboradas por el psicólogo danés Niels Peter Rygaard para bebés de este perfil:

- El pequeño necesita tener un horario regular de descanso, baño, paseo, sueño... Su madre o cuidador debe ofrecérselo.
- Hay que asegurarle una buena alimentación. Si el bebé no muestra interés o atención en el alimento, puede dar resultado estimularlo acariciándolo antes de la comida. Además es bueno darle un suave masaje sobre sus labios y alrededor de la boca para ayudarle a suscitar un reflejo de succión.
- Es necesario mantenerle en contacto con el seno materno o sobre el cuerpo de la madre buena parte del tiempo. Es recomendable masajearle la espalda-cuello dulcemente durante varios minutos, 2-3 veces al día, de arriba a abajo. El balanceo, junto con las caricias, es el otro elemento de contacto básico para generar un vínculo sano con el bebé. En la primera etapa el contacto ocular con el bebé es muy importante pero el contacto cutáneo y de acunamiento quizás sean más destacables.
- Hay que estimularlo exagerando el lenguaje corporal normal, en gestos y voz. Cuando se le muestre una expresión al bebé o cuando se le hable hay que darle tiempo para que devuelva su reacción (hasta 30 segundos) antes de estimularlo de nuevo.

Según investigaciones del famoso neuropsiquiatra francés Borys Cyrulnik, una madre en duelo suele construir un mundo sensorial incoherente para el bebé, lo que se dejará sentir en la expresión de su humor preverbal: punzantemente irritable, acusadamente pasivo o asustadizo... Si, como es de preveer, el vínculo de apego entre la madre y el bebé ha sido afectado, más o menos, a causa del estado emocional de la gestante, la construcción psíquica del niño, en su base de seguridad, se resentirá. En este caso, cualquier 'fisura' resultará más difícil de reparar. Pero no podemos ser ingenuos porque como el propio Cyrulnik señala sólo 33 por ciento del total de las embarazadas posee una psique completamente sana (sin trastornos emocionales notables, ni patologías asociadas)

Así, cuando una madre en duelo está haciendo un trabajo emocional progresivo y constructivo pueden surgirle nuevos interrogantes del tipo: "Y a partir de ahora ¿qué puedo hacer?" "¿Crecerá mi hijo de modo normal o estará marcado por esta experiencia?" Acogiendo la incertidumbre y aproximándonos desde la humildad, en ALAIA recordamos lo que ciertos autores afirman respecto el duelo infantil: a largo plazo, sus efectos están más condicionados con la situación tras la pérdida, que con la pérdida misma. Por eso, cuando la madre alcanza a traspasar su propio dolor, ampliando su grado de 'permeabilidad', es el momento de recrearse más con su hijo en las miradas dulces y acogedoras, las caricias abundantes, los besos aprobadores... porque éstos serán la mejor medicina para reconstruir la realidad y cimentar la experiencia de seguridad validante que el niño necesita para crecer sano y feliz

Para más información www.alaia-duelo.com

prev

EL valor de la ención

El valor de la promoción de la salud y de la prevención se halla en la idea de anticiparse a las enfermedades y evitar su aparición, aunque no siempre se consigue este objetivo. Es por ello que no se puede generalizar el dicho popular de que "más vale prevenir que curar".

Texto | Jorge Sánchez Franco

REPORTAJE DE PORTADA
El valor de la prevención

Toda intervención que persiga objetivos de salud o de calidad de vida tiene que evaluarse poniendo en una balanza su efectividad y el coste social que implica. Sólo así se acabarían los excesos que se cometen en nombre de la prevención, haciéndose más eficientes los sistemas sanitarios. Además, los expertos en Salud Pública abogan por la puesta en marcha de una estrategia global de prevención que vaya más allá de la política sanitaria.

El pasado mes de diciembre se aprobaba la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, que se ha enmarcado en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS

En este contexto, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobaba el pasado mes de diciembre la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención con el objetivo de ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad. El documento, que se ha enmarcado en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, prioriza en una primera fase las intervenciones dirigidas a los menores de 15 años y a los mayores de 50. Mediante esta acción, la población española se enfrenta al reto de incrementar su esperanza de vida con buena salud, actualmente en los 60,4 años (61,5 años para los hombres y 59,4 para las mujeres).

Condiciones de vida 'versus' estilos de vida

Según la profesora Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión y co-directora del Máster Interuniversitario en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de las universidades de Las Palmas y La Laguna, esta estrategia "es una iniciativa positiva, aunque corre el riesgo de 'medicalizar' la prevención, vinculándola casi en exclusiva a la red asistencial de Atención Primaria y relegando las actividades de promoción de la salud a la comunidad". Desde las perspectivas de Salud Pública y de Economía de la Salud, la prevención "se basa en cambiar las condiciones de vida más que los estilos de vida", explica. Así, por ejemplo, "en el caso concreto de un desempleado con bajos ingresos que habita en una infravivienda oscura de un barrio contaminado, lo más efectivo no es recomendarle hacer deporte y que coma sano, sino abordar el problema desde fuera de la sanidad mediante la puesta en marcha de políticas antipobreza, contra el desempleo y/o de vivienda".

Con respecto al sobrepeso y la obesidad, "la clase social y el nivel educativo son los mejores factores pronóstico, con lo que este problema no se va a resolver multiplicando los consejos en la consulta del médico de familia", señala la experta.

Por todo esto, la Asociación de Economía de la Salud propone las siguientes políticas fiscales y actuaciones en el ámbito de las guarderías y de la educación infantil, en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS o de manera complementaria: desarrollar y evaluar programas de suplemento nutricional en la escuela pública y una red de guarderías a bajo coste con una nutrición equilibrada, junto con una reducción de impuestos y subsidios para las familias con escasos recursos; implementar subvenciones y ayudas fiscales para el uso de guarderías en grupos desfavorecidos; subrayar como objetivo prioritario la calidad del sistema educativo, reducir las tasas de fracaso escolar y poner en marcha o reforzar estrategias concretas dirigidas a las actividades de refuerzo de niños y adolescentes en riesgo de fracaso escolar; potenciar políticas de salud en materia de actividad física, alimentación y educación vial en el ámbito educativo como parte fundamental del contenido curricular de la formación de este grupo de población; y acompañar cualquier reforma educativa de una evolución de su impacto que incluya dimensiones del bienestar, como oportunidades laborales o estado de salud, de la población afectada.

En una primera fase, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS prioriza a los niños menores de 15 años (y a sus madres) y a las personas mayores de 50, con cinco acciones a implementar en 2014: consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios en población infantil; consejo integral sobre estilos de vida durante el embarazo y lactancia; programa de parentalidad positiva, para promover el bienestar emocional en la población infantil; consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios en población mayor de 50 años; y cribado de fragilidad y atención multifactorial a las personas mayores.

La profesora González López-Valcárcel cree que esta estrategia ministerial "debería dar un mayor protagonismo a las organizaciones y actuaciones no sanitarias". Asimismo, los servicios de salud "deberían eliminar las actividades preventivas que se han demostrado inefectivas antes de añadirles nuevos cometidos a los centros de salud",

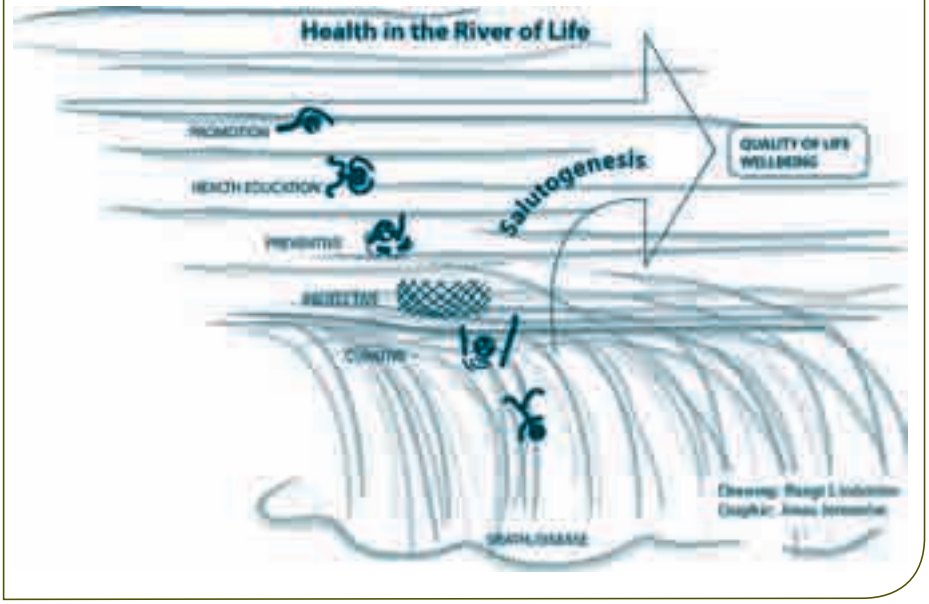
explica. “Acumular tareas en las agendas de estos profesionales no parece ni realista ni prometedor cuando están próximos al límite de su capacidad”.

La prevención, un valor social y un derecho humano

Por su parte, el doctor Francisco Camarelles, del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), dice de la prevención que “hay que enfocarla como un valor social y como un derecho humano”. Aunque debe incidirse especialmente en la prevención primaria, lo cierto es que los profesionales de Atención Primaria “nos dedicamos principalmente a la prevención secundaria”.

Sin embargo, este experto prefiere hablar de “salutogénesis” (que significa algo así como “génesis de la salud”) en vez de prevención (ver gráfico). Este término fue creado por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX.

Salutogénesis



Esta palabra compuesta un nuevo paradigma en lo que a la salud se refiere, y surge como contraposición a lo que la Medicina ha tenido como vector hegemónico durante los últimos siglos: la patogénesis (origen y desarrollo de las enfermedades). Mientras que la visión patogénica se pregunta por qué enfermamos, la “salutogénesis” se plantea cómo podemos mantenernos sanos. Para ello, se torna necesario comprender al ser

humano no sólo como un ser físico, sino también anímico y espiritual.

Sin duda alguna, el cambio de los estilos de vida "es lo que más podría contribuir a la reducción de la mortalidad", según el doctor Camarelles. Sin embargo, "es a lo que menos recursos se le dedica y lo más difícil de conseguir", añade. En este contexto, los profesionales sanitarios "debemos insistir en la corrección de conductas relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la alimentación no saludable y el estrés, los cinco factores de riesgo que mayor carga de enfermedad conllevan dentro de los sistemas sanitarios". Precisamente, la estrategia ministerial "gira en torno a estos aspectos básicos". Según datos de semFYC, sólo los consumos de tabaco y alcohol traen consigo 55.000 y 8.000 muertes evitables al año.

Mientras que la visión patogénica se pregunta por qué enfermamos, la "salutogénesis" se plantea cómo podemos mantenernos sanos

Para este experto sí que tiene sentido haber englobado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, ya que un 50 por ciento de las mujeres y un 37 por ciento de los hombres presentan, al menos, un proceso crónico en España. Además, estas enfermedades suponen el 86 por ciento de las muertes y el 77 por ciento de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por último, se estima que el 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria se dedican a la atención de procesos crónicos en nuestro país, y los más prevalentes suponen más de un 50 por ciento de las hospitalizaciones totales. Por tanto, la prevención terciaria –que busca ralentizar la progresión de las enfermedades y, con ello, la aparición de cronicidad y discapacidad- "es fundamental para ganar años de vida en buena salud".

El enfoque comunitario de la prevención

Como aspecto novedoso a destacar, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención "intenta maximizar lo que ya venimos haciendo los médicos de Atención Primaria desde nuestras consultas, dándole a la prevención un enfoque comunitario con la integración de recursos deportivos y educativos de ámbito local", afirma el doctor Camarelles. Para ello, se han empezado a identificar y analizar las mejores prácticas preventivas del territorio nacional en base a una metodología participativa que implica a sociedades científicas y a las propias autonomías. "Hay comunidades que están haciendo cosas muy buenas y sería importante que todo el mundo las conociera", apunta.

En base a esto, se han establecido las cinco intervenciones a universalizar en todo el sistema, donde destaca especialmente el consejo integral sobre estilos de vida. De hecho, la propia estrategia prevé "fomentar el aprendizaje y perfeccionamiento de esta práctica, que se está llevando a cabo en algunas comunidades autónomas con gran éxito", señala el experto. En el caso concreto del tabaco, por ejemplo, la evidencia científica dice que "deja de fumar hasta el 5 por ciento de los pacientes a los que se les realiza esta sencilla intervención, lo que podría ser determinante a nivel poblacional si todos los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería) la llevaran a cabo de manera sistemática. Además, el impacto en la salud sería mucho mayor si esto se ligara al ámbito comunitario".

Según el profesor Ildefonso Hernández, presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y representante de la sociedad científica en el grupo de trabajo que ha dado vida a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, "no tiene ningún sentido ubicarla en el contexto del abordaje a la cronicidad, tal y como se ha hecho". A este respecto, el artículo 44 de la Ley General de Salud Pública (LGSP) establece su promulgación en el marco de una estrategia nacional de Salud Pública. "De la otra forma se le quita relevancia a la prevención dentro de la agenda política", señala. Además, "la puesta en marcha de una verdadera política de Salud Pública podría ayudar a reducir el uso innecesario de los recursos sanitarios por parte de la población", entre otras cosas. Para ello, el Ministerio de Sanidad "debe tener capacidad de liderazgo y no dedicarse únicamente a la organización del SNS".

Con respecto al desarrollo de la atención

comunitaria por parte del primer nivel asistencial, el experto recuerda que "se trata de algo ya contemplado" en la Ley General de Sanidad de 1986. "Si finalmente se lleva a cabo dicha reorientación, se deberían revisar y eliminar determinadas prácticas preventivas innecesarias, como algunas pruebas de cribado (por ejemplo, la determinación del PSA), sustituyéndolas por intervenciones de salud comunitaria que, en muchos casos, consiguen efectos beneficiosos con mucha menor intensidad de actuación", señala.

Incumplimiento de la Ley General de Salud Pública

El profesor Hernández afirma con rotundidad que el Gobierno central "está incumpliendo la LGSP del primer al último artículo", y así se lo ha hecho saber por carta a la vicepresidenta y a la ministra de Sanidad. Así, por ejemplo, el mismo Real Decreto 16/2012 "conculca el principio de equidad establecido en la LGSP, según el cual cualquier intervención sanitaria debería contemplar objetivos explícitos de reducción de desigualdades en salud y la evaluación de los mismos". De la misma manera, "todas las políticas -no sólo las sanitarias- han de incluir objetivos de salud y la correspondiente medición de este impacto".

En la LGSP también se disponía que las administraciones tuvieran que exigir transparencia a los expertos y organizaciones científicas y profesionales que participen en el diseño y puesta en marcha de cualquier actuación de Salud Pública. "De momento, este conflicto de intereses sólo se está acreditando en los grupos de trabajo de las estrategias ministeriales", comenta el experto. "Pero sigue sin desarrollarse el reglamento al uso contemplado en la LGSP", añade

Documentación y fuentes

1. Entrevista con Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión y co-directora del Máster Interuniversitario en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de las universidades de Las Palmas y La Laguna.
2. Entrevista con Francisco Camarelles, del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc).
3. Entrevista con Ildefonso Hernández, presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
6. 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

saned GRUPO
Capitán Haya 60, 1ª planta
Tel: 91 749 95 03 • gruposaned@gruposaned.com

Es poco probable que la gran innovación se dé en un solo paso, por tanto, hay que permitir pequeños pasos aunque sean menos significativos

César Hernández García

Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Texto Ana Montero

Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA

César Hernández García

"Es poco probable que la gran innovación se dé en un solo paso, por tanto, hay que permitir pequeños pasos aunque sean menos significativos"

El presente y el futuro de los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) están despertando gran expectación en el sector farmacéutico. Con el objetivo de despejar dudas sobre su funcionamiento y procedimiento, César Hernández García, jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), se ha pronunciado al respecto, reconociendo que estos informes son una herramienta que puede ayudar a engarzar la visión reguladora con el uso de los medicamentos en la vida real, ofreciendo a la sociedad una visión realista de estos productos. Asimismo, a su juicio, los IPT, aunque tienen el valor de representar una opinión consensuada sobre el posicionamiento del medicamento frente a sus alternativas, no son más que una contribución y, en ningún caso, la única.

Una de las novedades en el sector son los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), ¿en qué momento se encuentran? ¿Cómo está resultando el procedimiento? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?

La idea motora de los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) es aprovechar, de la manera más eficiente posible, el trabajo que realiza la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en la evaluación de los medicamentos estableciendo sinergias con los profesionales de las comunidades autónomas que estaban haciendo también evaluación para ofrecer a la sociedad en su conjunto una idea del posicionamiento del producto en relación a sus alternativas que sea común, realista y no sesgada, que facilite un acceso más equitativo a los medicamentos en el conjunto del Estado. El próximo mes de junio se cumplirá un año desde que hemos empezado el trabajo en el Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico (GCPT) y creo que ese será el momento de ofrecer también un balance realista. Mientras tanto tengo que decir que estamos trabajando en un ambiente de colaboración extraordinario, venciendo las dificultades, que lógicamente nos vamos encontrando, y alcanzando los objetivos parciales que nos habíamos marcado. Obviamente vamos identificando áreas de mejora y tendremos un procedimiento público y transparente en el que estamos trabajando. Mientras tanto, la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia ya ha recibido los primeros IPT consensuados por todos antes de la decisión de precio y financiación.

¿La evaluación económica está presente en los IPT? ¿Va a haber alguna forma objetiva y transparente que determine una horquilla de precios en función de los resultados de los IPT?

La evaluación económica y los precios son competencia de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. El IPT no es más que una contribución, en ningún caso la única. En todo caso tiene el valor de representar una opinión consensuada sobre el posicionamiento del medicamento frente a sus alternativas.

¿Cuáles son las nuevas tendencias en la evaluación de la innovación y el valor del medicamento?

Este es un aspecto muy importante porque innovación es una de esas palabras "paraguas" debajo de la cual cabe todo. Desde el punto de vista de las agencias reguladoras, el juicio sobre el beneficio/riesgo debe contemplar un equilibrio entre lo que supone alentar el progreso y la innovación, por un lado, y poner en el mercado "más de lo mismo". Desgraciadamente, es poco probable que la "gran" innovación se dé en un solo paso. Por lo tanto hay que permitir que se vayan dando pequeños pasos adelante aunque éstos no sean tan significativos como nos gustaría. Y, sin embargo, también, vemos con cierta frecuencia como se pretende presentar uno de estos pequeños pasos como "gran" innovación. Sin pretender que los IPT sean la solución a este complejo problema, sí pueden ayudar a engarzar esta visión reguladora con el uso de los medicamentos en la vida real ofreciendo a la sociedad una visión realista de cada uno de estos productos.

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

Bueno, Europa, y yo diría que gran parte del mundo, ha armonizado mucho los criterios para la autorización de medicamentos. En este aspecto hay múltiples iniciativas en las que discutimos y acordamos los criterios que permiten la autorización de un medicamento. Desde el punto de vista de precio y reembolso, la situación es mucho más compleja y competencia de mis compañeros en la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia, que son los que se deben pronunciar en estos aspectos.

España tiene una posición privilegiada en la investigación clínica, lo que ha hecho que los ensayos clínicos con medicamentos hayan aumentado año a año

¿Cuál es el papel de la Farmacia hospitalaria en este proceso de evaluación de los medicamentos?

Nosotros contamos con todos los profesionales involucrados. Objetivamente, sin embargo, aquellas especialidades transversales como Farmacia Hospitalaria, Farmacia de Atención Primaria y Farmacología Clínica es más fácil que estén involucradas precisamente de esta manera transversal y, por tanto, participen en mayor medida. Pero, insisto, contamos con todos los profesionales porque necesitamos de su input y necesitamos después que participen activamente en todo este proceso de armonización.

¿Para cuándo la aprobación del futuro Real Decreto de Ensayos Clínicos? ¿Qué objetivos fundamentales persigue?

Pues esperamos que sea pronto, incluso en este primer semestre de 2014. Estamos terminando ahora la evaluación de las casi 500 páginas de alegaciones recibidas y esperamos tener un borrador para proseguir el trámite en uno o dos meses. Contrariamente a lo que puede parecer por el volumen de alegaciones, la acogida del proyecto ha sido muy positiva en todos los sectores, promotores, investigadores independientes, grupos cooperativos, pacientes, etcétera. España tiene una posición privilegiada en la investigación clínica. Ello ha hecho que mientras las cifras caían en el resto de Europa, los ensayos clínicos con medicamentos hayan aumentado año a año en nuestro país. La normativa persigue no perder esa posición de privilegio en beneficio de los pacientes, de los profesionales sanitarios y los ciudadanos en general, consolidando la confianza de la sociedad en la investigación, y así favorecer su progreso. No hay que olvidar que la investigación clínica no sólo genera conocimiento y hace avanzar la Medicina, sino que es una industria en sí misma.

¿Qué papel desempeñan los informes del Programa MADRE 4.0. de GENESIS? ¿Podrían ser un complemento a los IPT?

El lugar que ocupan los IPT no es exactamente el mismo que el de los informes del Grupo GENESIS y, por lo tanto, no creo que sean tanto una competencia si no complementarias. Como lo son también de los informes de posicionamiento que elaboran otras sociedades científicas u otros grupos colaborativos como el Comité Mixto. Los IPT sí tienen un aspecto diferencial que los hace diferentes con respecto a otros informes y es que pretenden existir –necesariamente- antes de la decisión de precio y financiación, aprovechando la evaluación y el conocimiento que se tiene del medicamento después de 270 días de trabajo con él. Y la apuesta es integrar paulatinamente cada vez más gente experta en estas fases iniciales para dotar de coherencia a todo el sistema. En definitiva, romper barreras y situar todo el conocimiento que se tiene del medicamento en torno a él. En este sentido, quiero agradecer y poner en valor el excelente trabajo conjunto realizado y la ilusión de los profesionales de la Agencia, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia y de las comunidades autónomas ■

Las grandes reformas en el sistema sanitario ya se han hecho

Rubén Moreno

Portavoz del Grupo Popular en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Luis Domingo

ENTREVISTA

Rubén Moreno

"Las grandes reformas en el sistema sanitario ya se han hecho"

Lleva seis meses en su puesto como portavoz de Sanidad en el Congreso, y son muchos a los retos a los que ya ha tenido que enfrentarse. Rubén Moreno explica detalladamente cuestiones, que han sido tan mediáticas, como el copago hospitalario, la reforma del aborto o qué pasa con los españoles que están fuera del país más de 90 días en cuestión de asistencia sanitaria. Pero también aborda otros temas, como la necesidad de sacar la Sanidad "del campo de batalla" político y de llegar, si no a un Pacto Sanitario, sí a un acuerdo de bases que permita mantener el sistema en las mismas condiciones que lo conocemos.

¿Cómo valora estos meses como portavoz de la Comisión de Sanidad en el Congreso?

Es un auténtico reto, que además yo ya sospechaba, porque vengo de otra portavocía europea con temas muy transversales, pero Sanidad es un área tan específica y tan importante para todos los ciudadanos que hace que el trabajo sea muy intenso, pero al mismo tiempo muy enriquecedor. Te permite hablar con todos los grupos de la oposición, intentar llegar a acuerdos entre nosotros, y todo ello dirigido lógicamente a intentar mejorar el sistema.

Precisamente hablando de estos acuerdos, uno de los grandes logros de esta comisión ha sido el informe de la Subcomisión para la Sostenibilidad. Tras un tiempo para la reflexión, ¿cuál es su opinión sobre el dictamen de la misma?

En el informe al final se han ido incorporado todas las aportaciones que han hecho todos los grupos parlamentarios, sobre el informe base inicial con todas las comparecencias de los expertos, para que hicieran el tipo de apunte que considerasen adecuado. Hay que tener en cuenta que algunos grupos no estuvieron en la Subcomisión y sin embargo también se incorporaron sus aportaciones. Decidimos darnos un tiempo más, precisamente porque había algunos puntos que merecía la pena discutir con todos los grupos, para tener una redacción que viniera a cumplir aquellas expectativas que ellos tienen sobre lo que es el SNS, y en ese proceso estamos. Este acuerdo no es un Pacto de Estado entre los grupos parlamentarios, aunque el Pacto es algo que se pide en el documento, pero de momento estamos en un acuerdo de bases comunes.

Ya que menciona el Pacto, ¿cree que este tipo de acuerdos suponen un avance en el diálogo entre los grupos parla-

mentarios, que nos hagan tener más esperanzas sobre ese ansiado Pacto por la Sanidad?

Lo que les he pedido a los otros grupos, básicamente, es que hay que tener presente que los gobiernos tienen un mandato, y que el Ejecutivo tiene que proponer medidas y tomar sus decisiones. Hay que tener en cuenta que el Legislativo tiene un mandato distinto, y no podemos confundir un estamento con otro, si condicionamos al Gobierno a que haga ciertas cosas, sería como convertirnos el Legislativo en Ejecutivo, y no hay que mezclarlos. Pero lo que sí que podemos hacer es intentar llegar a un acuerdo lo más amplio y mayoritario posible para establecer aquellas líneas que creemos que son importantes, para que bien este gobierno o los gobiernos que vengan lo tengan en cuenta para después hacer esa labor ejecutiva. No necesariamente es un Pacto, pero sí un acuerdo de bases.

Hay que aclarar que el SNS no era universal, y se ha hecho universal con este Gobierno, con el RDL 16/2012, donde se reconoce la asistencia a los parados de larga duración y a otros colectivos que no tenían derecho

Esta subcomisión ha contado con la participación de muchos expertos, y también con la de los profesionales, ¿ha marcado el comienzo de nuevos cauces de colaboración con los mismos?

La colaboración ha sido un ejemplo, y de hecho la colaboración con los profesionales es justo el paso que ha dado la ministra Ana Mato para llegar a un acuerdo con el Foro de la Profesión Médica y con otros profesionales sanitarios. Pero es el Ejecutivo el que tiene que llegar de verdad a este acuerdo.

¿Nos esperan nuevas reformas en materia de Sanidad?

Las grandes reformas en el sistema sanitario ya se han hecho. Cuando llegó este Gobierno se dio cuenta de que al sistema le faltaban recursos, debía mucho, y no era especialmente equitativo. Además había un problema de cohesión, y todos esos temas había que abordarlos, por lo que hubo que tomar medidas inmediatas. Pero estas se han tomado ya, por lo que no va a haber grandes cambios, sino que vamos a aprovechar el efecto de las que ya se han hecho.

Entre esas medidas ya tomadas, parece que el Ministerio ha decidido paralizar la aplicación de nuevos copagos debido a una mejora en la economía, ¿qué pasará sin embargo con los copagos ya implantados o en proceso de implantarse, como es el copago hospitalario?

El copago farmacéutico ya existía, lo que hemos hecho es hacerlo más equitativo. Por otro lado, se había barajado la idea de que determinadas prestaciones como ambulancias, productos ortoprotésicos y dietoterápicos pudieran tener algún tipo de aportación, pero la situación ha mejorado sensiblemente, no es idílica, pero ha mejorado, y por lo tanto era hora de que el ciudadano se aprovechase también de esas mejoras. Esa es la razón por la que los copagos en la cartera suplementaria no se van a llevar a cabo, más allá de lo que las Comunidades Autónomas hagan. Claro, uno puede pensar que si se ha paralizado este, se puede parar el hospitalario, pero la cuestión es que responden a criterios distintas. El hospitalario tiene una lógica muy simple. Afecta a 43 medicamentos en 150 variedades o especialidades distintas, muchas dedicadas a enfermedades graves, pero hay que recordar que 100 de ellas fueron aprobados por el anterior gobierno para dispensación en oficina comunitaria, por lo tanto no es una cosa nueva. Lo que ha hecho esta nueva regulación es garantizar que todos los ciudadanos españoles, con independencia de en qué comunidad vivan, paguen exactamente lo mismo. Es un tema de equidad, no es un tema de recaudación, por la cantidad que supone, ni es un tema de uso racional, ya que son medicaciones muy específicas. Es un tema de equidad entre las comunidades autónomas, para evitar que si en una comunidad se dispensa por oficina de farmacia se pague una cantidad diferente que en una comunidad donde se dispense en el hospital.

Creo que todos los consejeros se han dado cuenta de que hay que llegar a acuerdos, y el Consejo Interterritorial ha dejado de ser un campo de batalla para ser un órgano de colaboración y apoyo

Una de las últimas polémicas en materia de Sanidad ha sido la retirada de la tarjeta sanitaria a aquellos españoles que pasen más de 90 días en el extranjero, ¿cómo va a quedar regulada finalmente esta cuestión?

Está muy clara, la primera cuestión es que nadie pierde su tarjeta sanitaria en España, no es cierto que se retire. En segundo lugar, en cumplimiento de los reglamentos europeos, se establece que los ciudadanos europeos tengamos un tiempo cuando estamos dentro de Europa, pero fuera de nuestro país, para recibir asistencia sanitaria y que el país de origen se responsabilice de eso. Para entender esto, hay que aclarar que el Sistema Nacional de Salud no era universal, por mucho que se dijera, se ha hecho universal con este Gobierno, con el RDL 16/2012, donde se reconoce la asistencia a los parados de larga duración, y a otros colectivos que no tenían derecho. En el SNS hay dos grandes grupos, por un lado los vinculados a la Seguridad Social y por otro todos los demás. Los parados de larga duración se encontraban en el primer grupo, pero era los únicos a los que no se les exigía la residencia. En virtud de eso, el problema que surgía, cada vez mayor, es que cualquier europeo que hubiera trabajado en Es-

paña, aunque fueran quince días, podía exportar su derecho, y ahí viene el conflicto, en esa exportación. Así, después del boom de trabajo que tuvimos en España nos encontramos con que mucha gente que se quedó desempleada han vuelto a sus países, y por lo tanto, al haber trabajado aquí se reconocían como parados de larga duración, sin subsidio de desempleo, y tenían derecho a que se les pagase desde aquí la asistencia sanitaria en su país, sin límite y de por vida, él y sus beneficiarios. Eso es algo que necesariamente había que regular. Lo que pasa que dentro de este grupo también había españoles que se habían ido a buscar trabajo fuera, y lo que no pierden en ningún momento es el derecho a la asistencia sanitaria en España, después de 90 días lo que pierden en es el derecho a exportar esa asistencia. Cuando sí se pierde es cuando tú comunicas después de 90 días que ya eres residente en otro país, y por lo tanto ya tienes derecho a esa asistencia en ese otro país.

Los ahorros en medicamentos no deben ir sólo vía reducción de precios, sino que una condición básica debe de ser que lo que se financie desde el sistema sea no sólo útil, sino más útil que lo que tenemos

Otro tema de gran repercusión está siendo sin duda la reforma del aborto. Mariano Rajoy ha pedido informes a diversas organizaciones, también representantes de los profesionales sanitarios, respecto al controvertido anteproyecto, ¿cree que la opinión de los mismos influirá en que finalmente varíe el texto?

En general en todos los proyectos de ley se piden informes y en este pues más que en ninguno, como es obvio. Si esas aportaciones son razonables desde el punto de vista del Gobierno pues se incorporarán, si entran en colisión con la política que el Gobierno quiere plantear, pues lógicamente no. Pero lo que sí es una obligación es escucharles y tomar en consideración todo aquello que pueda enriquecer el texto. Cuando entre en el Congreso lo debatiremos y se intentará llegar al mayor acuerdo posible.

Una de las propuestas del PP en la Comisión de Sanidad ha sido la de regular la profesión ortoprotésica, ¿podría explicarlo?

Es una propuesta que se aprobó en el Consejo de Ministros, creo que en noviembre de 2013, que fue una propuesta del Ministerio de Educación que informa a Sanidad. Viene a actualizar, en realidad, cómo estaba ordenada la profesión ortoprotésica en cuanto a su formación, que no se actualizaba desde el año 1995. De esta manera lo que hace es ampliar y profundizar la formación que tiene este sector, para dotar de mayor seguridad y calidad la atención al paciente.

Hablando de otro de los objetivos clave del Ministerio, ¿en qué punto se encuentra la puesta en marcha de la HCD y la tarjeta sanitaria? ¿Es realmente posible compartir y normalizar la información entre los diferentes sistemas de las CCAA?

Podemos y debemos por muchas razones. Cuando se hicieron las tarjetas sanitarias, estando yo aún en la Comunidad Valenciana, ya veía la necesidad de hacerlo de una forma unificada, porque en realidad tenemos un solo sistema. Ahora se ha visto la necesidad de que sea interoperable, y de que el ciudadano pueda moverse dentro del territorio español con su tarjeta. Hay que entender que lo que las comunidades autónomas hacen, y no es poco, es gestionar el sistema, pero no son dueños del sistema, lo son los ciudadanos. De esta manera hay que entender que debería ser como el carné de identidad, que esa tarjeta sea válida en cualquier comunidad. En ese proceso estamos. Esto nos lleva a otro tipo de considerandos, y es que a partir de ahora, a través del Fondo de Garantía Asistencial, el paciente no solo puede ir a cualquier comunidad, sino que además ahora vamos a compensarnos entre comunidades.

¿Y en cuanto a la receta electrónica?

En cuanto a la receta electrónica forma parte de toda esa e-health que supone el poder salvar desplazamientos de la gente innecesarios a las consultas, pero también para evitar la colisión que puede darse entre medicamentos incompatibles entre sí, que son recetados por médicos distintos, y que es una fuente de conflicto importante todavía no bien valorada. Sobre la historia clínica digital, más de lo mismo. Hay que evitar situaciones como que estés en un hospital y te hagan unos análisis de sangre e ingreses en otro hospital poco después, y te los repitan porque no hay comunicación entre ellos. Compartir esta historia clínica no solamente es importante para salvar recursos en España, y para dar mayor calidad a la asistencia de los pacientes, sino que además forma parte de un proyecto europeo en el que España es líder.

En esta misma línea, ¿cree que gracias a las medidas del Ministerio hoy las CCAA se encuentran más cohesionadas en materia sanitaria?

Habrá que hacer un esfuerzo mayor en lo que es la aportación privada, incluso acuerdos con este sector privado, para mejorar el avance de la investigación en nuestro país

Estamos en ese camino, y debe ser un objetivo primordial por una cuestión muy básica. Si mantenemos el SNS con impuestos, y los impuestos son iguales para todos, vivas donde vivas, parece lógico que la prestación tenga que ser igual. Por eso el RDL 16/2012 ha venido a modificar muchas cosas, para bien. Ha hecho al sistema más equitativo, exige que haya una cartera básica de servicios, un calendario único de vacunación, etc., es decir, que lo esencial sea

para todos igual. Veo hoy un sistema mucho más sólido, en el que desde luego hay que seguir trabajando. En este sentido, y afortunadamente, creo que todos los consejeros se han dado cuenta de que hay que llegar a acuerdos, y el Consejo Interterritorial ha dejado de ser como en algún momento fue, un campo de batalla, para ser un órgano de colaboración y apoyo.

Ya que nombra a los consejeros, recientemente el consejero catalán, Boi Ruiz, declaraba que si bien se ha conseguido sostener el SNS ha sido gracias al esfuerzo de los profesionales con recortes salariales, y de los ciudadanos, que han visto como aumentaban las listas de espera. Ahora que parece que la situación está más controlada, ¿se piensa en cómo trabajar para mejorar estos dos problemas?

Boi Ruiz es una persona con muchísima experiencia y por tanto las manifestaciones que hace las hace desde el conocimiento. La realidad es que esto no es una cuestión sólo de ahora, sino que nuestro sistema sanitario dando las prestaciones tan importantes que da no es el más caro, y no lo es porque en gran medida está siendo sostenido por unos profesionales, que comparados con otros de otras partes del mundo no tienen el mismo nivel retributivo. A los ciudadanos, por otra parte, se les ha pedido un esfuerzo para hacer sostenible este sistema. Es preferible pagar algo más, por cierto, pagando más el que más tiene y el que no tiene que no pague nada, para que cuando venga un elemento catastrófico no suponga una ruina económica personal o familiar. Por eso, las medidas que se han tomado para alcanzar la sostenibilidad, lo que se está garantizando es que aunque entre todos hacemos esos esfuerzos, el sistema nos pueda dar las mismas respuestas y el nivel de garantía y de calidad en la asistencia que ha tenido hasta ahora y que hay que seguir manteniendo.

Otro de los agentes que ha contribuido a la sostenibilidad es la industria. En este sentido, más allá de la reducción de precios, el Ministerio está apostando por instaurar nuevas fórmulas para la introducción de fármacos innovadores, ¿veremos por fin en España un nuevo modelo de financiación de fármacos basado en el valor real que aporten los mismos?

Lo que no se va a hacer es introducir cantidades específicas para determinado tipo de fármacos. Es decir, el volumen total de recursos que reciben las CCAA está para ser gestionados por ellos, y ellos tienen que organizarlo bajo su criterio. Dicho esto, los ahorros no deben ir sólo vía reducción de precios, sino que una condición básica debe de ser que lo que se financie desde el sistema sea no sólo útil, sino más útil que lo que tenemos. Esa es la razón también por la que se introdujo el concepto de red de agencias de evaluación al estilo del NICE británico. Todo el reconocimiento de financiación por parte del sistema de nuevos medicamentos, innovadores o no, tiene que basarse en que aporten valor, porque si no haríamos un flaco favor el ciudadano en el uso de recursos.

Hablando de cuestiones más autonómi-

cas, ¿cómo valora la paralización del proceso de externalización de los hospitales de la Comunidad de Madrid?

El hecho de esta paralización para nada pone en entredicho la utilidad de las fórmulas de gestión que existen en las distintas comunidades, de hecho, en absolutamente todas las comunidades. Si el 66 por ciento de los hospitales españoles tiene fórmulas distintas a la del INSALUD, de gestión directa, es obvio que es porque las Comunidades han decidido hacer uso de la Ley 15/97, la cual se aprobó por mayoría, incluyendo no sólo al Partido Popular, sino también al PSOE, a CIU, al PNV, Coalición Canaria, etc., salvo Izquierda Unida. Ahí se incluyen todo tipo de fórmulas, fundaciones privadas, públicas, concesiones, empresas, empresas públicas y demás. Todas lo han hecho, incluyendo a Andalucía, donde el 45 por ciento de los hospitales tiene fórmulas distintas a la gestión directa. Si se tiene la función y la misión de gestionar, cada comunidad lo hace como creen que es mejor. No se debe demonizar la gestión por entidades mixtas o privadas, lo que hay que hacer es ver cómo se trata en las mismas al paciente. El paciente lo que quiere es que se le resuelva su problema bien, con garantías, y lo más rápido posible. De hecho, en los hospitales que están funcionando con estos modelos, entre ellos el de Alzira, el 90 por ciento de los ciudadanos están satisfechos. Lo que hay que observar es sí lo que se hace en el centro, sea de gestión pública o privada, porque la financiación y la asistencia siempre es pública, sea bueno. La clave es obtener unos buenos resultados en salud.

Cambiando de tercio. Tras su paso por Centro de Investigación Príncipe Felipe, ¿cómo ve actualmente la situación de la ciencia y de la investigación en España, tras los recortes? ¿Cómo influye esto en la Sanidad española?

El presupuesto de I+D+i ha ido bajando desde el año 2009, y es un tema complejo. En todo caso, habrá que hacer un esfuerzo mayor en lo que es la aportación privada, incluso acuerdos con el sector privado, para mejorar el avance de la investigación en nuestro país. Es muy importante también la financiación competitiva que se establezca a nivel de Unión Europea. Los recursos de la UE son ingentes, y tenemos gente muy preparada para intentar conseguir esos recursos. Somos buenos y tenemos que competir.

Por último, ¿cómo ve el futuro a corto y a largo plazo del SNS?

A corto plazo hay que pensar que llegamos en un momento muy complicado, de gran endeudamiento, sin entrar en distinguir entre comunidades, y con un sistema no demasiado equitativo, por lo tanto las medidas que se tomaron vinieron a trabajar en esos dos factores, al igual que otros temas como las tarjetas sanitarias europeas que se reconocían a todo el mundo. En general, ajustar el sistema, haciéndolo más justo y haciendo un mejor uso de los recursos públicos. Mirando más a largo, lamentablemente la Sanidad todavía está siendo utilizada como un elemento de batalla política. Entiendo que se puedan tener ideas distintas sobre qué gestionar, aunque eso corresponde al Gobierno, pero yo creo que no se es justo a veces en las críticas que se hacen. No sé si esto indica que finalmente no habrá Pacto, porque el Pacto hay que trabajarlo día a día, pero al final lo importante es que con Pacto o sin él, al menos estemos todos de acuerdo en unas bases comunes para trabajar, y que entre todos garanticemos que este sistema se va a preservar. Llevar el SNS a la batalla política lo único que puede hacer es ponerlo en peligro. Ha pasado con cuestiones que hemos hablado, como el tema de de los 90 días, el copago hospitalario y otros temas, pero yo confío que con el tiempo la gente se dé cuenta de que el paciente es tan importante, que merece la pena dejarlo a un lado, aunque obviamente la opinión y la crítica hay que hacerla para mejorarlo.

Lamentablemente la Sanidad todavía está siendo utilizada como un elemento de batalla política. Llevar el SNS a dicha batalla política lo único que puede hacer es ponerlo en peligro

El Médico

TERAPIA INHALADA E INHALADORES

Curso de formación online para Atención Primaria

http://inhaladores.elmedicointeractivo.com

Boehringer Ingelheim

Actividad validada por: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

CMV 27/2013

La crisis ha afectado de una manera negativa a la salud de la población europea

Fernando Lamata

Ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha y ex secretario general del Ministerio de Sanidad. Actual miembro del "Consejo de Sabios" para asesorar a la CE sobre Sanidad

Texto Silvia C. Carpallo Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA

Fernando Lamata

"La crisis ha afectado de una manera negativa a la salud de la población europea"

Tras ocupar diversos cargos de relevancia en la Sanidad española, Fernando Lamata asesora ahora a la Comisión Europa sobre cuáles deben ser las inversiones en Sanidad. Insiste en que en España, nuestro sistema sigue siendo eficiente y de calidad, pero que hay espacios de mejora, que sin embargo no pasan por implantar copagos o realizar concesiones, sino por un sistema de fiscalidad que recaude de todos, sobre todo de los que más tienen, para poder invertir más en materia sanitaria.

¿Ha afectado la crisis a la salud de la población europea?

Sí, y ha afectado de una manera negativa. En cuanto a Sanidad se puede medir en indicadores de satisfacción con la atención sanitaria, pero también en indicadores del estado de salud. Medido en términos de mortalidad tarda más tiempo en evaluarse, pero ya se ha visto una disminución de esperanza de vida en varios países como España, Bélgica, Austria, Holanda, Chipre, Portugal y Grecia, y aunque sea en muy poco, sí que supone romper esa tendencia de mejora que había en Europa. Otro indicador que también calcula la Unión Europea, que combina la mortalidad con la morbilidad, son los años de vida libre de enfermedad, que también han disminuido, de 62,7 años en 2010, a 61,9 en 2012. Es una disminución pequeña, pero significativa. Otro indicador sensible que también se ha comentado es la mortalidad por suicidio. Esto tiene que ver en parte con problemas de salud mental, pero no todos los suicidios tienen este componente. Si bien no ha habido un aumento significativo, sí se ha quebrado la tendencia, que venía disminuyendo desde el año 2000 hasta el año 2008. Si miramos los porcentajes pueden no parecer mucho, pero se traducirían en que ha habido una sobremortalidad por suicidio de más 2600 personas al año, respecto a lo esperable si hubiéramos seguido como íbamos, y eso son muchas vidas. Hay otro dato interesante que es el aumento de listas de espera. En un estudio que hace la UE para todos los países, lo define como necesidades médicas no tratadas, bien por coste, por distancia o por lista de espera. También aquí vemos que de un 3 por ciento de personas que decían que no podían acceder a un servicio sanitario en 2009, hemos pasado a un 3,4 por ciento en 2012.

Los retos del futuro para ser más eficientes pasan por invertir más en prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Y todo esto ¿cómo está repercutiendo en las formas de hacer?, ¿va a haber un antes y un después en materia de política sanitaria en la UE?

Sí, la Unión Europea ha respondido con distintas estrategias. Una estrategia de crecimiento, para que haya un crecimiento económico, pero que a su vez tenga un cuidado especial de las políticas sociales. En el ámbito de la Sanidad el documento más reciente es el llamado "Invertir en Salud", que recoge algunos conceptos básicos en este sentido. En primer lugar que la salud es un bien en sí mismo, pero que a su vez es también una buena inversión económica. Europa apuesta por una Sanidad eficiente, haciendo una inversión productiva.

Se puede gastar más, porque insisto en que la Sanidad es una buena inversión, pero la cuestión es que con el dinero que la sociedad asigne hay que gastar de la manera más eficiente, y siempre se puede hacer mejor

De hecho, una de las frases más escuchadas es esa de "no gastar más, sino hacerlo más eficientemente". ¿Cómo se traduce eso en la práctica?

Se puede gastar más, porque insisto en que la Sanidad es una buena inversión, pero la cuestión es que con el dinero que la sociedad asigne hay que gastar de la manera más eficiente, y siempre se puede hacer mejor. La apuesta pasa así, entre otros puntos, por la Atención Primaria, que en España ha sido una de las bases de nuestro sistema, pero también por una gestión integrada, donde haya una buena relación entre Atención Primaria y Especializada. Los compañeros de Primaria aquí dirán que es aún poca la inversión, pero comparada con otros países es importante. En Europa, el médico de Primaria es el que trabaja por su cuenta, en su casa, no hay ningún tipo de integración. Es decir, que aunque haya cosas aún por trabajar, estamos a años luz respecto a Europa. Los retos del futuro para ser más eficientes pasan igualmente por invertir más en prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Lo segundo es apostar porque el paciente sea más activo, es decir, un paciente que ante la cronicidad sepa gestionar su enfermedad; y contar con el profesional sanitario para gobernar el sistema, lo que se suele llamar gestión clínica. Es decir, más participación en la toma de decisiones, con buena formación y con un uso prudente de los recursos. Es muy importante hacer hincapié en esa indicación adecuada de los recursos, para que no exista un sobre uso. Tenemos también una importante apuesta por las TIC, y es que en España también estamos por delante respecto a Europa en lo que se refiere a historia clínica digital, receta electrónica, el acceso a todas las pruebas de imagen, etc. Estamos en el grupo de referencia en el uso de la informática sanitaria. Eso significa que tenemos la capacidad de explotar esas grandes bases de datos clínicas, para hacer evaluación de tratamientos y de procesos. Cuando esto

empiece a ser utilizado en todo su potencial dará una gran capacidad de mejora de la eficiencia. Por último queda instaurar las políticas europeas que ya hemos comentado.

Precisamente uno de los objetivos de la UE es invertir en la cobertura sanitaria para reducir desigualdades y luchar contra la exclusión social. ¿Cómo se conjuga esto con los copagos?

Es una contradicción y es desuniversalizar. La implantación de nuevos copagos en España, y otros países europeos, es un retroceso. La Sanidad universal se basa en que la pagamos entre todos, a través de impuestos, y de una forma progresiva, es decir, que paga más el que más tiene, y esto es lo que realmente está fallando. Los ricos no están pagando ni en España, ni en otras partes de Europa, lo que supone que hay una importante suma que no está entrando en la caja común. Ante el problema que esto ocasiona una de las medidas que se ha tomado es recortar financiación y que la sustituya el paciente, que es dar marcha atrás a lo que hemos ido consiguiendo los últimos años. Durante la crisis se ha creado un discurso que viene a decir que el paciente consume demasiado y abusa del sistema, y que tiene la culpa de la crisis. La culpa de la crisis la tienen los grandes patrimonios y las grandes fortunas que no están pagando los impuestos, y que han hecho un boquete en España de entre 50 y 100.000 millones de euros, según los inspectores fiscales.

Además de copagos, en busca de esa eficiencia y de menor gasto, algunos países de la Unión Europea apostaron por la privatización de sus centros. ¿Cuáles fueron los resultados? ¿Pueden servirnos de ejemplo en España estas experiencias?

En Europa hay más gestión privada tradicional, en España esa tradición venía estando sobre todo en la Farmacia, en los conciertos y en algún otro dispositivo, pero tenemos un gran componente de gestión pública que nos hace más eficientes. La novedad han sido las concesiones. La idea es que para poder invertir cuando no hay suficientes recursos en el presupuesto público, anticipamos la inversión por un privado y le hacemos una concesión a treinta años, por la que recupera la inversión. Esto se empezó a hacer también para autopistas y otro tipo de infraestructuras. Este modelo tiene el atractivo de que si hay un tope para el gasto público de ese año, se puede invertir, pero hay que pagarlo. El problema viene en que hay que pagarlo con intereses, porque la empresa privada pide crédito a un banco que se lo da a un tipo de interés más caro que si lo pidiera el Estado, pero además tiene que tener un beneficio industrial, por lo tanto a la larga

eso sale más caro. Siempre. Lo que hace falta por tanto es utilizarlo en una circunstancia excepcional, si es necesario para una finalidad concreta, pero no el sustituirlo como una norma de juego como pasó en Reino Unido, donde ya se ha visto que lo que ha pasado es que ha sido una inversión muy costosa, y muy ineficiente. Allí es donde hay más estudios y donde más se ha comprobado esa ineficiencia, pero en España ya hay algunos informes de los tribunales de cuentas de las CCAA o de la Comisión Nacional de la Competencia, que señalan algunos defectos en los modelos de contratación, y también en algunos resultados económicos. Ejemplo de ello es el informe del Tribunal de Cuentas de Valencia sobre las resonancias magnéticas, que demuestra que resulta más ineficiente comparándolo con la gestión directa pública.

Otra de las iniciativas de la UE es la creación de programas nacionales de promoción en salud. ¿Cuáles son los que incumben a España?

Como decíamos, una de las maneras inteligentes de invertir en salud es invertir en promoción de la salud y en prevención de la enfermedad. Están enfocados, por tanto, en los ámbitos donde hay problemas de salud prevalentes y podemos prevenirlos, y en ámbitos en los que la actividad de las personas puede mejorar, sobre todo la promoción de la actividad física. Todo esto además tiene un capítulo especial en lo que llamamos envejecimiento saludable, donde se trabaja además la prevención de la fragilidad. Pero también es importante el capítulo de la promoción de la salud mental, por ejemplo, consiguiendo que los ambientes laborales sean saludables, que favorezcan la cooperación, que no sean agresivos, que eviten las prácticas de bullyng, y posibles depresiones. Aparte de esa promoción física o psíquica está todo el tema de la nutrición, que tiene que ver también con la parte de consumo, e igualmente toda la parte de prevención de problemas medioambientales.

¿Se valora entonces en Europa la evaluación del impacto en salud en el conjunto de sus políticas?

En el tratado de funcionamiento de la Unión Europea se estipula que todas las políticas y todas las acciones tendrán que garantizar la salud de las personas, es decir, que cualquier decisión que se tome en los países miembros tiene que velar por la protección de la salud, sobre todo, por ejemplo, en políticas que tengan que ver con el ámbito del trabajo o de la fiscalidad. Podemos mejorar y ser más eficientes, pero si el presupuesto público se va reduciendo, por muy eficiente que se haga acaba por existir un deterioro. La UE trabaja mucho, por tanto, en los temas de fiscalidad, y hay un grupo de trabajo específico sobre este tema que tiene estimado que

hay un billón de euros de fraude fiscal en Europa, lo que es equivalente a todo el gasto sanitario público de Europa. Si pagaran los que tienen que pagar habría más dinero para invertir no sólo en Sanidad, sino también en Educación, en Medio Ambiente y otro tipo de políticas transversales.

Centrándonos ahora en su nueva situación, ¿cuál es su labor como parte de ese "consejo de sabios" que asesora a la Comisión Europa en materia de Sanidad?

Es una decisión que tomó la Comisión Europea para apoyar a los gobiernos en la búsqueda de maneras más eficientes de invertir en salud. Tiene que ver con lo que estamos hablando, con la situación de crisis y las dificultades que están afrontando muchos países. Se hizo un concurso en el que se seleccionaron doce expertos, y se constituyó el panel de expertos en julio del año pasado. Desde septiembre se mantiene habitualmente una reunión mensual, con videoconferencias a lo largo del mes. La Comisión encarga algún tema o pregunta opinión sobre alguna cuestión, el panel de expertos lo debate y finalmente emite una valoración. Hasta el momento se han encargado cinco asuntos, que aún están en estudio: Integración de sistemas sanitarios, evaluación de los sistemas sanitarios, formas de gestión privada, calidad y seguridad en la atención a los pacientes, y por último la competencia en la prestación de servicios sanitarios.

Igualmente, en la comisión que asesora el "Horizonte 2020", también se cuenta con la presencia de otro exconsejero de Sanidad español, como es Rafael Bengoa. ¿En qué aspectos resulta positiva la presencia de expertos españoles en estos organismos?

Es un buen síntoma que personas que hemos trabajado en el ámbito del SNS tengamos cosas que decir. En el caso de Rafael Bengoa es un excelente experto, y tiene una enorme experiencia también en colaboración internacional. Para mí desde luego es un privilegio, pienso que también para él lo es, y para España, lo que podamos aportar de ese aprendizaje y de esos procesos de colaboración, siempre será positivo.

La Sanidad española sigue siendo todavía muy buena, desde un punto de vista comparativo, seguimos teniendo una alta eficiencia con unos buenos resultados en salud

Leíamos hace poco en su blog que una de sus últimas preocupaciones era las amenazas transfronterizas contra la salud...

Recientemente se ha aprobado una decisión por la Unión Europea muy importante que trata este aspecto. En los últimos diez años ha habido varios episodios como la encefalopatía espongiforme bovina, algunas amenazas medioambientales como cenizas volcánicas, y más recientemente la gripe A. Especialmente en el último caso, pudimos ver cómo esos mecanismos de toma de decisión en la Unión Europea no estaban bien trabados. Los sistemas de información, los sistemas de decisión de la alerta, los sistemas de decisión de compra de vacunas, la dificultad de comprar actividades en algunos países de menor renta, la acumulación de ese producto por parte de algunos países, etc. Es decir, que hubo situaciones que eran manifiestamente mejorables en la gestión. Por eso esta decisión es tan importante, porque viene a dar respuesta a esta falta de coordinación. Se crea para ello un comité de seguridad de salud, el cual tendrá la capacidad de planificar las respuestas en situación de amenazas graves.

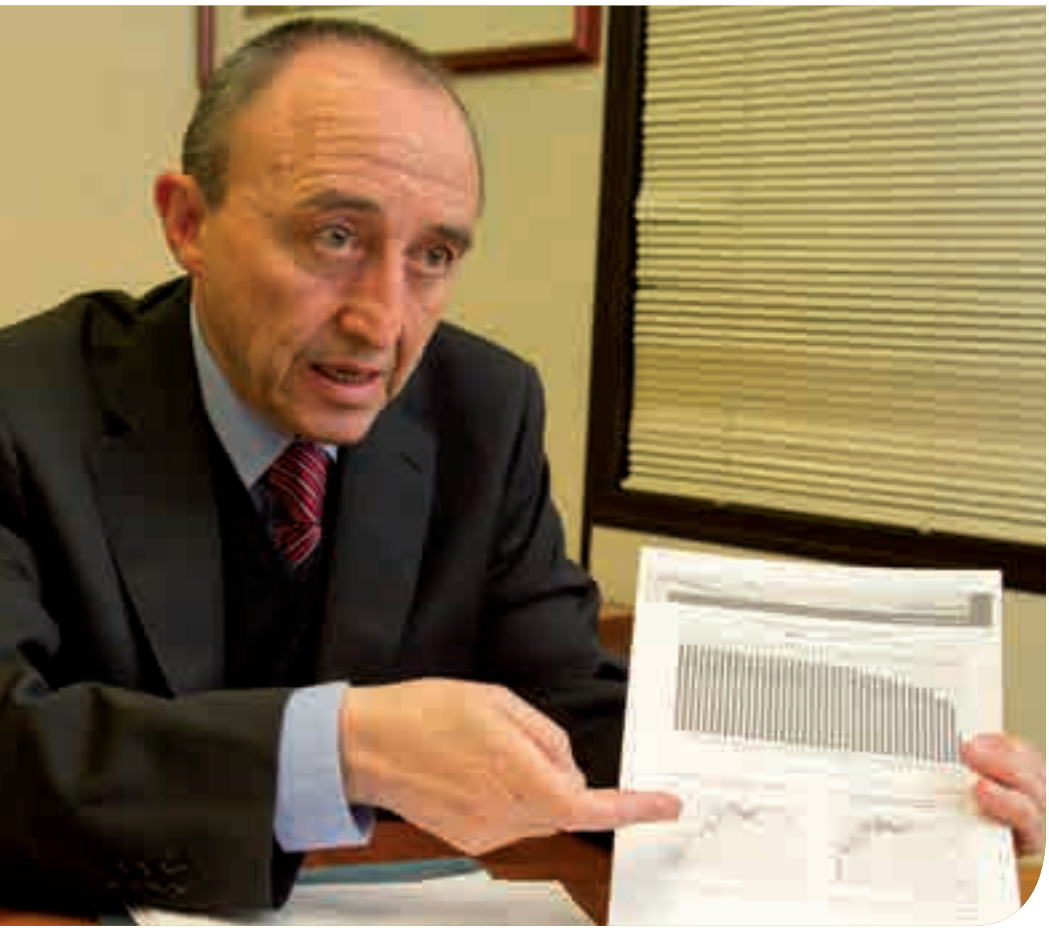
El objetivo del Gobierno debería ser evaluar la disminución de la cobertura y el copago, y según los resultados, revertirlos y recuperar esas prestaciones y el nivel de gasto que teníamos

Pasando a otro tema, que también tiene que ver con traspasar fronteras, el Consejo de Europa ha juzgado como ilegal el excluir a los sin papeles de la Sanidad, ¿cree que España rectificará o hará algo al respecto?

Desde mi perspectiva defiendo que debemos de volver a garantizar esa atención a todas las personas que vivan en España. Fue algo que conseguimos progresivamente a lo largo del s.XX y que se culminó con la última Ley de Salud Pública. Ya teníamos todo ese proceso cubierto, también para los inmigrantes que estuvieran sin permiso de trabajo. La retirada de esta cobertura con la finalidad de dar respuesta a la crisis económica es una decisión a mi manera de ver inadecuada, porque el supuesto ahorro de esta medida es muy pequeño, y mucho menor que el daño que se hace desde el punto de vista de la dignidad de las personas, que es lo que ha dicho ahora el Consejo de Europa en esta resolución, pero también desde el punto de vista de la eficiencia de los sistemas, porque generas, por ejemplo, más gasto en urgencias, y porque al final lo que haces es que generas más desigualdad, y la desigualdad general falta de cohesión, y ésta inestabilidad social, y por tanto nos viene mal a todos. Es importante insistir en ello para que se replantee esta decisión y se vuelva a recuperar la cobertura universal. Es un objetivo de justicia, pero además es un objetivo inteligente.

Otro tema de actualidad. ¿Cómo se ve la reforma de la ley del Aborto realizada por el ministro Gallardón en Europa?

En este caso no puedo hablar con perspectiva europea, porque no hemos abordado este tema, pero como ciudadano que lee prensa internacional y como profesional sanitario, he observado que diversos periódicos internacionales en sus editoriales han rechazado esta reforma. Desde el



punto de vista de los ciudadanos españoles es difícil entender una modificación en una ley que estaba funcionando, que no promueve el aborto, sino que lo despenaliza, sin hacer una agresión a las mujeres que no quieran abortar. Además, la ley aún en vigor, se basa en una forma de legislar que es común en Europa. Más o menos la mitad de los países europeos tenían esa ley de plazos, más los supuestos que ya existían anteriormente., y por lo tanto estábamos en la normalidad de la Unión Europea. Podemos hacer un debate ético, y desde tiempos inmemoriables existe un debate en torno al aborto desde el punto de vista filosófico, teológico o moral, pero hay que tener en cuenta que lo que hacen las leyes es ir armando, en cada momento y en cada sociedad, lo que son los criterios comunes. Y aquí lo que se pretende es dar respuesta a un problema, y es que las mujeres que decidían abortar iban a la cárcel, o lo hacían en condiciones de clandestinidad y se morían desangradas, es decir, que no se fomenta el aborto, la cuestión es que el aborto estaba. El problema se resolvió de una manera razonable, no se disparó el número de abortos, no se perjudicó al resto de la sociedad, y estaba relativamente asumido. Generar ahora esta modificación es crear un problema donde no lo había, y crear un perjuicio para muchas mujeres que acaben yendo de nuevo a la clandestinidad, etc. Incluso creo que no se está manteniendo un discurso coherente, si se dice que toda forma de interrupción de embarazo es un asesinato, lo es toda forma y no solamente en unos casos, porque se mantienen determinados supuestos. Por lo tanto hay una incoherencia entre el discurso oficial y lo que se está haciendo en la ley. Por todo ello, más allá de lo que diga Europa, lo importante es lo que diga la sociedad española, y sobre todo las mujeres que son las directamente afectadas.

Hay que abrir caminos hacia la colaboración con la industria porque hay una labor de mejora sin necesidad de retirar prestaciones

Para terminar, ¿cómo valora la situación actual de la Sanidad española y hacia dónde cree que vamos?

La Sanidad española sigue siendo todavía muy buena, donde los últimos resultados medidos de esperanza de vida, resultados en salud, de cargas de la enfermedad, de morbilidad evitable y otros indicadores, indicaban que seguíamos estando entre los cinco mejores países del mundo. Desde el punto de vista de los costes también estamos por debajo de la media de Europa, en relación con los países de nuestra renta, y muy por debajo de países como EE.UU. De manera que, desde un punto de vista comparativo, seguimos teniendo una alta eficiencia con unos buenos resultados en salud. En los últimos años se han tomado medidas que están atacando y deteriorando esta situación. Hablamos de los recortes en gasto sanitario público, que deben estar ya por encima de los 10.000 millones de euros respecto al año 2009, lo que se traduce en menos profesionales, entre 70 y 80.000 profesionales menos, y que a su vez significa menos tiempo de atención, más lista de espera, y peor calidad, porque se tiene menos tiempo por paciente. Desde el punto de vista de derechos ya hemos comentado dos cuestiones claves, la disminución de la cobertura y los copagos, que si bien no quitan la prestación, sí suponen una barrera de acceso a la misma. El objetivo del Gobierno debería ser evaluar estas medidas, y según los resultados, revertirlas y recuperar esas prestaciones, y recuperar el nivel de gasto sanitario que teníamos. Todo ello no quita para hacer todas las medidas que hemos ido citando para mejorar la eficiencia, que todo eso hay que hacerlo también. Igualmente hay que abrir caminos hacia la colaboración con la industria porque hay una labor de mejora también de los costes, sin necesidad de retirar prestaciones

XXI CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA

SEMG
Sociedad Española de Medicina General y de Familia

Sevilla

PALACIO DE CONGRESOS
29-31 MAYO 2014

Ciencia, arte y luz

www.sevilla.semg.net

congresos_semg@semg.es

Es el momento de dar pasos más decididos y sustanciales en el ámbito de la gestión clínica

Carlos Macaya

Presidente de FACME

Texto Jorge Sánchez

Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA

Carlos Macaya

"Es el momento de dar pasos más decididos y sustanciales en el ámbito de la gestión clínica"

¿Cuáles van a ser los próximos pasos a seguir dentro del Plan Estratégico de FACME?

Las actuaciones que va a desarrollar FACME son, en parte, una continuidad de la anterior junta directiva, que aprobó y suscribió el acuerdo marco firmado entre el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio de Sanidad el pasado verano. Sin duda alguna, la gestión clínica es el ámbito de actuación en el que FACME va a tener mayor protagonismo. Queremos consensuar los diferentes puntos de vista sobre su futuro desarrollo e implementación en las diferentes áreas asistenciales de nuestro sistema sanitario. Los profesionales sanitarios somos los mayores conocedores de este asunto, que debe hacerse de la manera más eficiente posible.

¿Cómo van estos trabajos?

Esperamos poder contar con una propuesta de mínimos consensuada por la profesión médica y la Administración sanitaria en un tiempo razonable. Su posterior implementación deberá hacerse a través de los servicios autonómicos de salud, adaptándose en cada caso a las peculiaridades de cada región. Se trata de hacer un traje a medida en el que todos nos sintamos confortables, redundando en el beneficio final del paciente.

¿Hay algún un modelo autonómico a seguir?

Bien es cierto que se han puesto en marcha algunas experiencias de gestión clínica a nivel autonómico en los últimos tiempos, pero es el momento de dar pasos más decididos y sustanciales en este terreno. Así, por ejemplo, habría que definir e implementar una serie de herramientas de desarrollo y de medición de la eficiencia que permitan monitorizar la actividad de las unidades de gestión clínica. También es vital la transparencia, de tal manera que toda esa información no se quede en los profesionales sanitarios y llegue inmediatamente a la Administración sanitaria a través de los gerentes de los hospitales y de los centros de salud. Este proceso puede desarrollarse perfectamente y no tiene que conllevar necesariamente cambios estructurales importantes.

¿Va a haber nuevas incorporaciones a FACME?

Vamos a hacer todo lo posible por incorporar a aquellas pocas sociedades científicas que todavía no están en FACME, como la Sociedad Española de Neurología o la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica.

¿Organizará FACME este año sus tradicionales jornadas?

Queremos organizarlas en torno a abril o mayo, y girarán en torno a la gestión clínica, como no podría ser de otra manera.

¿Qué otros temas son prioritarios para FACME?

Nos preocupa la recertificación de los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios, así como su desarrollo profesional continuo. Ambas tareas, que corresponden claramente a las sociedades científicas, se tendrán que llevar a cabo en algún momento. Quizás puedan tener carácter voluntario en un principio, pero la misma sociedad acabará demandando su obligatoriedad en el fu-

turo, a través del Ministerio de Sanidad, de los servicios de salud o de la Organización Médica Colegial (OMC).

¿Qué otros asuntos del panorama sanitario actual le preocupan especialmente?

Estoy realmente preocupado por la deriva del Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Sanidad debe ser realmente consecuente y aplicable, garantizando la universalidad, la equidad, la calidad y la cohesión de la asistencia sanitaria. No cabe duda de que los recortes están afectando a todos estos términos. También es cierto que el SNS puede salir lógicamente debilitado ante la actual situación de crisis económica si no desarrolla los cambios necesarios para adaptarse a este nuevo escenario. El modelo asistencial debe reorientarse para ser más eficiente y sostenible.

¿Qué opinión le merece el recién anulado proceso de externalización sanitaria de Madrid?

FACME ya se pronunció claramente en contra a finales de 2012. Hoy más que nunca, creemos que no es el camino a seguir para asegurar la asistencia sanitaria pública de los ciudadanos madrileños. No estamos diciendo que la prestación de servicios sanitarios a través de entidades privadas sea mala, sino que no se sabe con certeza si va a resultar coste-efectiva.

¿Cómo valora la trayectoria del Foro de la Profesión Médica?

Es un lugar de encuentro muy útil en el que no se defiende ningún corporativismo médico, sino que se discuten los diferentes problemas, debilidades, amenazas y oportunidades de la profesión médica en el momento actual. No sólo sirve para reflexionar y discutir sobre estos asuntos, sino también para elaborar propuestas en torno a ellos. Así, por ejemplo, muy recientemente se ha elaborado un posicionamiento en contra del excesivo número de estudiantes y facultades de Medicina que tiene España, por iniciativa de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina y del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. No podemos permitirnos el lujo de formar a médicos, con todo el coste que ello supone, para condenarlos después al paro u obligarles a emigrar al extranjero para poder ejercer su profesión.

¿Cuáles van a ser los próximos pasos a dar dentro del acuerdo marco?

Hay que darle contenido y desarrollarlo en sus tres grandes capítulos: pacto por la Sanidad y el SNS; desarrollo profesional y Recursos Humanos; y gestión clínica. Precisamente, hay una comisión de seguimiento que está supervisando el cumplimiento de los diferentes objetivos planteados en el acuerdo marco. Paralelamente, se tendrán que ir desarrollando las normativas necesarias para alcanzar dichos logros.

Hay que dar contenido y desarrollar el acuerdo marco en sus tres grandes capítulos: pacto por la Sanidad y el SNS; desarrollo profesional y recursos humanos; y gestión clínica

¿Le ve futuro a todo esto?

Quiero vérselo. Espero que no perdamos el tiempo, aunque soy consciente de que no es una tarea fácil porque intervienen muchos y diversos agentes, entre los que se encuentran tres ministerios: Sanidad, Economía y Hacienda.

¿Habría que implicar en el acuerdo a las autonomías?

Ya se presentó y aprobó este acuerdo en el Consejo Interterritorial del SNS, y entiendo que lo que se decrete a este respecto será de obligado cumplimiento en todas las comunidades autónomas. El Gobierno central, avalado por su mayoría absoluta en Congreso y Senado, no tiene excusa para no llevar a buen puerto las medidas que considera necesarias, y así lo hemos creído también desde el Foro de la Profesión Médica.

Nos preocupa la recertificación de los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios, así como su desarrollo profesional continuo

¿Qué opina del copago hospitalario y de la rebeldía de algunas comunidades autónomas?

Experiencias previas llevadas a cabo en otros países, como Alemania o Dinamarca, no han satisfecho ninguno de los objetivos con los que se suele implantar el copago, ya sea hospitalario o farmacéutico: ni se reduce la frecuentación ni se recauda una cantidad económica significativa. Si se quiere sensibilizar a la población del gasto sanitario, y más concretamente del hospitalario, soy partidario de medidas menos agresivas, como la factura sombra, que da a conocer al ciudadano la dimensión económica de la atención sanitaria que recibe.

¿Cuáles son las perspectivas de FACME con respecto a la troncalidad?

Desde un punto de vista conceptual, la troncalidad hará más sólida la formación de nuestros futuros médicos, permitiéndoles moverse transversalmente en diferentes especialidades. Esto es algo positivo siempre y cuando el aumento del periodo troncal no merme, al menos sustancialmente, la formación específica de cada especialidad. Intentar consensuar especialidades de tan diferente índole no es fácil. Lógicamente, ha habido especialidades que se han quedado fuera porque no tenía sentido su inclusión, pero la mayoría de ellas han entrado en el proceso. Estoy seguro de que nada de esto es irreversible y de que tanto el contenido de los programas formativos como la propia duración de la especialidad podrán modificarse posteriormente a propuesta de las comisiones nacionales de las especialidades si así lo ven necesario, ya que la medicina evoluciona continuamente ■

sedisa
sociedad
española de
directivos

Un paso en firme hacia la profesionalización de los directivos de la salud

El "Informe sobre la profesionalización de los Directivos de la Salud" no es nuevo, pero sigue estando de actualidad, sobre todo cuando expertos de todas las áreas claman por esa profesionalización que nunca acaba de llegar. Elaborado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud, este documento expone las grandes carencias formativas por parte de los gerentes, sobre todo en cuanto a liderazgo, y plantea la realidad que supone de la politización en la elección de cargos directivos.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo

Un paso en firme hacia la profesionalización de los directivos de la salud

La profesionalización de los directivos de la salud es uno de esos temas que cuando se habla de sostenibilidad o de mejorar el sistema siempre aparece. Sin embargo, pese a que parece que todo el mundo está de acuerdo en que hace falta dar ese paso, pocos son los que se atreven a ir más allá de las palabras.

Es por ello, que en un intento de conocer un poco más cómo es esa realidad y cuáles son los cambios que son necesarios para avanzar al respecto, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha vuelto a poner sobre la mesa su "Informe sobre la profesionalización de los Directivos de la Salud". Se trata de un documento, cuyo objetivo es analizar la situación desde la perspectiva de los propios gerentes, más de 800 socios, y desde un panel de expertos, a través de la realización de encuestas, y el posterior análisis de los resultados.

Si bien se elaboró el pasado año y ya fue trasladado en su momento a las autoridades sanitarias, en especial al director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Javier Castrodeza, y a las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, y se han expuesto algunas de sus propuestas dentro de la Subcomisión para la Sostenibilidad en el Congreso de los Diputados, pocos han sido desde entonces los avances al respecto.

Es por ello, que desde SEDISA se ha querido volver a poner de manifiesto las importantes conclusiones de dicho documento, que son especialmente el exceso de politización en la elección de los gerentes sanitarios y la falta de formación reglada y evaluada de los mismos, para volver a iniciar un debate, que será igualmente protagonista dentro del futuro 19 Congreso Nacional de Hospitales, el cual se celebrará en marzo de 2015, en la ciudad de Elche, Alicante, bajo el lema "Los servicios sanitarios y los ciudadanos".

Un estudio consensuado

Para conseguir el máximo consenso en este informe, se invitaron a participar en el mismo a la mayoría de las sociedades que agrupan a profesionales relacionados con el mundo de la gestión sanitaria, además de a universidades con programas docentes de gestión sanitaria, escuelas de negocios y de formación, expertos relevantes, responsables de RRHH de grandes empresas sanitarias, etc. Para poder abordar tal cantidad de datos, se contó con la colaboración de la empresa Tea Cegos.

En opinión de Mariano Guerrero, autor y coordinador del informe, y secretario de la junta directiva de SEDISA, "se trata de un informe largamente esperado, llevamos más de 20 años hablando del tema, pero este era el momento, y por ello el documento ha contado con una amplia participación y representación. Es un trabajo de mucho consenso en un área donde no suele haberlo".

Para poder representar tanto al sector público, como al privado, se realizó una conferencia de consenso para poder darle una mayor perspectiva a las conclusiones. En la misma participaron Eloy Jiménez Cantos (EVES. Valencia), Emilia Sánchez Chamorro (Hospital Sant Joan de Deu), Isabel Tovar García (Servicio Extremeño de Salud), Jesús Araújo Montahud (TEA CEGOS), José Antonio Moreno (GIHSA), Javier Guerra Aguirre (Hospital Clínico San Carlos Madrid), Juan Rodríguez (Fundación SEDISA), Julio Villalobos (UOC. Barcelona), Lourdes González (SEDISA), Cristina Granados (Hospital de Guadalajara), Manuel Peiro Posadas (ESADE), Antonio Burgueño (Salud Madrid), Raimon Belenes (Grupo CAPIO), Rut Roncal (TEA CEGOS), Carmen Montes Gil (TEA CEGOS), Roberto Ferrándiz (USP-QUIRON), Juan Pablo Martínez (Grupo CAPIO), Ignacio Martínez (Hospital de Torrejón. Madrid), y el coordinador de todo este proyecto, Mariano Guerrero Fernández (Grupo Ribera Salud y UCAM).

Precisamente, Guerrero explicaba en la presentación de esta informe a la prensa que la principal diferencia entre el entorno público y privado no son los gerentes, que son realmente los mismos, sino las herramientas con las que cuenta cada uno, ya que los del sector privado contaban con más flexibilidad en los recursos humanos o los contratos con proveedores.

En cuanto si al modelo concesional rompía la correa política del gerente, Mariano Guerrero respondía que no, puesto que "siguen siendo instituciones públicas, aunque es diferente la participación de la autoridad sanitaria, no está fuera de la misma".

Los resultados

Respecto a lo que opinan los más de 800 socios de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios, destacan algunos datos como que la mayoría de los mismos son perfiles de directivos maduros, puesto que el 68 por ciento de la muestra respondía tener más de 10 años de experiencia en la gestión sanitaria, mientras que sólo el 15 por ciento tenía entre 1 y 5 años de experiencia. En cuando al salario de los gestores, también se aprecian datos interesantes, como una gran implantación de un sistema de retribución variable, alrededor del 62 por ciento, ligada a la productividad y al nivel de desempeño de los profesionales. Pero sobre todo, llama la atención el hecho de que existe una alta variabilidad y dispersión de los niveles retributivos. En concreto, el 47 por ciento de los encuestados tienen un salario de entre 40.000 y 60.000 euros brutos anuales y el 21 por ciento sobrepasa los 80.000.

Uno de los datos más impactantes del estudio es que 7 de cada 10 gestores consideran que la selección del directivo depende en mayor medida de su afinidad política que de su experiencia en gestión clínica o asistencial

Otro dato en el que se observa bastante diversidad es el referente a los presupuestos dedicados a formación en habilidades, habiendo centros en los que se invierten hasta 150. 000 euros, y otros en los que ni siquiera aprovechan la subvención de la formación tripartita. Los mayores beneficiarios de la formación suelen ser los mandos intermedios del equipo directivo.

Una información especialmente relevante es conocer cuál es la formación actual de los gestores, puesto que precisamente ese es el punto en el que se quiere incidir en el debate. Si bien la mayoría cuenta con titulación académica superior, master y doctorado, y un amplio porcentaje afirma tener experiencia en investigación básica y clínica, las áreas de su especialización son diversas. Así, de forma desglosada, se aprecia que un 46 por ciento tiene formación económica, un 66 por ciento en habilidades interpersonales, un 80 por ciento en habilidades gerenciales, un 69 por ciento formación específica en gestión y sólo un 26 por ciento tiene algún tipo de formación asistencial.

En este sentido, Mariano Guerrero explica que "la gran mayoría de los gestores provienen del ámbito de la Medicina, alrededor del 70 por ciento, pero cada vez hay más profesionales de otras áreas, como Economía, Derecho o Ingenierías, y la diversidad enriquece", y por ello considera que la formación debe de adaptarse a esos diferentes perfiles.

Finalmente, llama la atención que durante el último año sólo el 53 por ciento de los directivos ha dedicado tiempo a la formación en habilidades, y más del 44 por ciento hace más de 5 años que no se ha formado en esta área.

Mejoras formativas

No menos importante era el hecho de analizar cuál era en realidad el tipo de formación que tenían estos gestores, o cuál era la que creían que debían tener, detectando así deficiencias y oportunidades. Sobre las mismas se consultó especialmente al grupo de expertos, formado por profesionales tanto de gobiernos autonómicos, universidades y escuelas de negocio, consultoras expertas del sector, institutos del sector, mutuas de salud, fundaciones de investigación, etc. Posteriormente sus conclusiones fueron debatidas y resumidas en una conferencia de consenso, llegando a diferentes conclusiones.

Llama la atención que durante el último año sólo el 53 por ciento de los directivos ha dedicado tiempo a la formación en habilidades, y más del 44 por ciento hace más de 5 años que no se ha formado en esta área

La primera y más importante es que no hay formación cualificada para directivos sanitarios en materia de habilidades, por lo que se plantea la necesidad de poner en marcha un plan de carrera profesional para directivos, bien por la vía curricular, o de la acreditación profesional.

Una de las insistencias a este respecto es el incluir un área de capacitación profesional en el nuevo RDL de troncalidad. Mariano Guerrero opinaba al respecto que si esta no se incluye en esta primera etapa, "sí que podría entrar en siguientes borradores, puesto que se prevé que este sea un decreto que vaya evolucionando y adaptándose". Ante la falta de respuesta por parte del Ministerio sobre este asunto y la incertidumbre al respecto, Guerrero responde que "hemos dado todos los argumentos, si este planteamiento no se ha tenido en consideración, no se puede decir que sea porque no hayamos trabajado en ello".

Otras de las cuestiones abordadas son los tres apartados básicos donde hay que incidir en la formación del gestor, siendo estas los conocimientos, las habilidades y las actitudes.

En cuanto a los conocimientos, se especifica que estos deben ser titulación universitaria y formación adicional acreditada en gestión empresarial, compensando en conocimientos a su titulación básica.

Sobre las habilidades se resumen en sociales y relacionales, la capacidad de diálogo, la escucha, la habilidad para negociar, la orientación a resultados y la actitud ejemplarizante.

Las actitudes básicas de cualquier directivo han de ser sin embargo la tolerancia, la flexibilidad, la ética y la entrega profesional. Las cualidades, claves, por otra parte, se resumen en liderazgo, resiliencia, integridad, ética, trabajo en equipo, comunicación, di-

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

El Médico Interactivo

LA SANIDAD DÍA A DÍA

rección y desarrollo de personas y orientación al cliente. Igualmente, se cree necesario establecer unos tramos de experiencia para asumir puestos de responsabilidad creciente, en razón a la dimensión y la complejidad de las organizaciones sanitarias.

Como resumen de todo esto, Mariano Guerrero explicaba que precisamente el liderazgo y el nivel de conocimiento son los dos factores que aún no se consideran suficientes en la formación de los gestores actuales. A este respecto insistía en que "las autoridades sanitarias, en especial el Ministerio, deben implicarse en la formación de los directivos" con una formación acreditada, avalada y evaluable, que además, debe pasar por esa área de capacitación específica. Por otra parte insiste en que exista un organismo externo que evalúe esta formación, al estilo ANECA.

La carga de la politización

Pero sin duda, una de las cifras más impactantes de este estudio es el hecho de 7 de cada 10 gestores consideran que la selección del directivo depende en mayor medida de su afinidad política que de su experiencia en gestión clínica o asistencial.

Guerrero insistía en destacar, ante estos datos tan apabullantes, que "para la elección de un cargo directivo es fundamental la confianza, pero hay que distinguir entre la confianza personal y la confianza profesional", y por ello desde SEDISA entienden que es necesario poder evaluar la trayectoria del profesional desde un punto objetivo.

En este sentido, Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, defiende que de los cuatro objetivos estratégicos de la sociedad, "el primero siempre ha sido la profesionalización de la gestión". De hecho, para hacer más claras las consecuencias de esta realidad, explica que "no ha habido ningún proyecto exitoso en este país en Sanidad, es decir, que haya mejorado la calidad del paciente, la productividad, o la gestión clínica, que haya sido desarrollado cuando el líder es un político paracaidista ajeno al sistema sanitario, los únicos proyectos exitosos han sido llevados a cabo cuando ha habido un líder sanitario". Para ejemplificar este hecho, resalta así grandes nombres como los de Xavier Trias en Cataluña o a Iñaki Azkuna en el País Vasco.

Insiste de esta manera en que "gente que está momentáneamente en el sistema sanitario, sus proyectos han quedado inconclusos, o han sido fallidos, y se han quedado en proyectos, no en realidades", y sin embargo, "los hospitales que han avanzado en gestión clínica, en la relación del personal y los gestores, o en la mejora de la asistencia, han sido hospitales con gerentes profesionales", citando ejemplos de dirección sanitaria como la de Mariano Guerrero o José Soto.

Mirando al futuro

Si bien éste es el recorrido que el "Informe SEDISA sobre la profesionalización de los Directivos de la Salud" ha tenido hasta ahora, no queda sino mirar hacia el futuro, y tener claro, como expone Joaquín Estévez que "esta va a seguir siendo nuestra lucha".

El presidente de SEDISA reconoce que "no hemos sabido convencer a muchos políticos sanitarios de que verdaderamente esto es importante, todos nos dicen que están de acuerdo y que el informe les ha gustado, pero como junta directiva asumo que no hemos sido capaces de crear algún tipo de acreditación de directivos, que haga que solamente accedan a determinados puestos de responsabilidad personas con un nivel de experiencia y de formación acreditado por un organismo externo".

En cuanto a cuál va a ser su estrategia a partir de ahora, Estévez señala que "solo tenemos la estrategia de intentar convencer a los diferentes partidos y gobiernos de que tenemos razón". Si bien asume que es muy difícil poner de acuerdo a las 17 comunidades autónomas, establece como necesario poner "una pica en Flandes", que permita avanzar a partir de ese punto. Así pone de ejemplo la experiencia con Castilla León, donde se firmó un acuerdo, que aún está por desarrollar.

Es por ello que "más allá de las buenas palabras", su objetivo es que "cada vocal autonómico nuestro lleve de una forma más activa el tema con cada consejería, para intentar llegar a algún acuerdo en alguna de las 17 comunidades" ■

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

Estamos especialmente orgullosos porque proporcionamos a los profesionales una herramienta que les ayuda a la gestión de su consulta

Manuel Medina

Coordinador del Sistema de Información de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud

Texto Javier Granda Revilla Fotos Jaume Cossials

Manuel Medina

"Estamos especialmente orgullosos porque proporcionamos a los profesionales una herramienta que les ayuda a la gestión de su consulta"

¿Cómo y por qué surge el modelo actual de información?

En realidad surge cuando los equipos Atención Primaria del ICS completan su informatización, con historia clínica en todas sus consultas, alrededor de 2005. La División de Atención Primaria que había entonces aquí, en este centro corporativo, pensó que sería bueno intentar ver si podíamos extraer información de la historia clínica. Surgió entonces cómo hacerlo y dársela a los profesionales, para que les fuera útil en su trabajo. Desde el principio se trabajaron las bases de datos que generan la historia clínica, de manera anónima, y se trató de generar información.

¿Qué información se escogió?

En un primer momento optamos por cosas que estaban haciendo otros. Por ejemplo, en Tarragona llevaban un tiempo extrayendo información de indicadores clínicos, que llamaban el Estándar de Calidad 17, porque constaba de 17 indicadores con los que siempre ha contado la Atención Primaria, como el control metabólico del paciente diabético, control de la tensión, etc. Posteriormente establecimos un proceso de participación, que es lo más importante, en el cual expertos profesionales asistenciales –que no trabajan aquí– sugirieron indicadores e información que era útil y que estaba basada en la evidencia para que hiciéramos indicadores sobre ello. Este proceso no fue muy largo, pero fue intenso. Y, en 2007, nos permitió tener disponible un conjunto de indicadores, que es lo que llamamos el Estándar de Calidad Asistencial.

¿En qué consiste este Estándar?

Estamos hablando de aproximadamente unos 60 indicadores para un equipo de Atención Primaria. Para un médico de familia o una enfermera consta de unos 22. Hacemos muchas cosas, pero estamos especialmente orgullosos porque proporcionamos a los profesionales una herramienta que les ayuda en la gestión de su consulta. Además de los números, que es lo de menos, lo importante es que desde el primer momento podían identificar a través de la historia clínica los pacientes en los que la actuación es mejorable.

¿Por ejemplo?

Un paciente que haya tenido un infarto y que, por lo que sea, nadie le ha puesto una antiagregación. Y esta herramienta ha permitido al profesional, durante estos ocho años, revisar al paciente y, si las condiciones lo requieren, poner un antiagregante o intentar mejorar el control de la glucemia. Nosotros somos sólo una piedrecita, la labor fundamental es de los profesionales. Lo que hemos intentado es darles una información que les ayude a mejorar su práctica. Y creemos que se ha producido en todos estos años.

¿Hasta qué punto es importante que el profesional asuma la herramienta como algo suyo y que se le escuche al desarrollarla?

Es muy importante. En el primer momento se hizo con esta participación que he explicado, pidiendo a los propios profesionales que fueran ellos los que propusieran

indicadores. Ahora estamos en una fase de remodelación de esta información, en la que han participado todavía más profesionales, proponiendo más indicadores y revisando más información. Intentamos, a través de correo electrónico, analizar sus propuestas. Además, hace relativamente poco nos reunimos con 60 profesionales, intentando validar los datos. Ellos aportaron además, de viva voz, todas las quejas, mejoras y sugerencias. Y nuestro trabajo consiste adaptarnos bien a ellas.

¿Por qué la herramienta se sigue actualizando?

Sigue evolucionando, aunque la evolución grande va a ser ahora, especialmente la parte concreta de información básica de gestión de los pacientes. Ahora, lo que los profesionales nos piden es que seamos más precisos a la hora de identificar los pacientes, excluyendo los diagnósticos. Y en esto estamos trabajando mucho, con herramientas que ayuden a que la información sea más manejable y estar más cerca de la historia clínica.

La confidencialidad de los pacientes es uno de los aspectos más relevantes en este campo, ¿cómo la garantizan?

Trabajamos con datos anónimos, no se pueden identificar a los pacientes. El profesional abre esas bases de datos y la propia historia clínica en el entorno seguro que tiene.

Usted ha ejercido como médico de Atención Primaria en el barrio de Llefiá, en Badalona. ¿Cómo ayuda esta experiencia a la hora de desarrollar estas herramientas?

Tengo una obsesión personal por esto. Cuando trabajaba en Llefiá como médico y de director de un equipo ya manejaba las bases de datos y veía su utilidad para los distintos profesionales. Por una parte para la gestión de sus pacientes, pero también es muy interesante para investigación; porque, asimismo, estamos desarrollando el uso de los datos anonimizados para fomentar la investigación en Atención Primaria. Supongo que es un caso similar al de la historia clínica electrónica, porque hoy en día un profesional difícilmente podría trabajar sin ella. Y habrá profesionales que lo vivirán muy bien, como una herramienta de ayuda, y otros que seguramente no; pero, en principio, nuestra intención básica es que hagan mejor su trabajo, si quieren utilizarla. Es una herramienta voluntaria que no 'invade' la historia clínica: tienes que ir a buscar la información.

¿Han valorado los resultados estos años?

Sí, por lo menos en estas situaciones de salud que se prolongan tantos años; y se producen mejorías muy importantes a nivel poblacional de, por ejemplo, el control de la hemoglobina glicosilada en diabetes, que ha aumentado un 15 por ciento respecto al inicio. O la antiagregación en postinfartados o cardiopatías isquémicas, que ha pasado de unos valores de inicio del 80 por ciento y ahora registramos que un 95 de los diagnósticos de este caso tienen una antiagregación. Y, seguramente, el cinco por ciento restante tiene alguna contraindicación. Realmente pensamos que gracias a los profesionales la ayuda parece ser útil.

Estoy convencido, y hay suficiente evidencia, de que las herramientas informáticas de ayuda a la toma de decisiones pueden tener un impacto al final sobre los resultados en salud

¿No hay cierto riesgo de cegarse con la tecnología y olvidarse del paciente?

Es una queja habitual de los profesionales del registro en la historia clínica, pero nosotros insistimos que no se registra para estos indicadores, intentamos que sea al revés: que de lo que se registra saquemos información. Al final, la historia clínica electrónica es muy diferente al papel y un profesional registra más en ella que lo que lo hacía en el formato de papel. Además, hay una sensación, para muchos profesionales, de que hay que registrar muchas cosas y de que la historia clínica puede ser una barrera. No se puede negar que hay profesionales que lo piensan pero, en global, la historia clínica electrónica es muy positiva, entre otros motivos por las ventajas que aporta: al final tenemos herramientas que pueden mejorar la salud. De hecho, hemos avanzado un poco. En un principio, el profesional tiene que ir a una aplicación web, entra en la historia y ve los resultados, va un listado para ir paciente por paciente. Hace poco más de un año incorporamos una novedad, que además evaluamos en forma de ensayo clínico, con recordatorios en la historia clínica.

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

¿En qué consiste?

Cuando el profesional entra en la historia, ve que al paciente le falta alguna de las diez intervenciones más importantes como el control de hemoglobina glicosilada, la antiagregación... en vez de ir al listado. Y pudiera ver estos recordatorios, pudiera quitarlos o no ver ninguna. Y lo evaluamos poniendo la herramienta durante cinco meses a la mitad de los profesionales del ICS y a la mitad no. Y los que dispusieron de ella mejoraron un 20 por ciento los resultados de todos estos indicadores. Personalmente estoy convencido, y hay suficiente evidencia, que las herramientas informáticas de ayuda a la toma de decisiones pueden tener un impacto al final sobre los resultados en salud.

¿Van a realizar algún de estudio económico para cuantificar el ahorro que se consigue?

No, nuestro trabajo es que los pacientes estén mejor controlados. No nos dedicamos a estudios de coste-eficiencia. Son herramientas fundamentalmente clínicas y nuestra labor es evaluar el posible impacto clínico medido en resultados intermedios, porque no sabemos si mueren menos o más los pacientes, ya que esto es complicado; pero sí vemos que hay estudios suficientes que muestran la utilidad de tratar la insuficiencia cardiaca con IECA porque disminuye la mortalidad y el porcentaje de nuestros pacientes con IECA ha subido bastante. Es decir, los resultados intermedios asociados a mejoras de morbilidad, según la bibliografía, mejoran. Sin embargo, es imposible medir el impacto que pueda tener en la mortalidad.

¿La tendencia tanto en otras comunidades autónomas como en Europa es utilizar estas herramientas?

Creo que sí, pero es posible que no estén en un nivel de desarrollo tan avanzado. Personalmente conozco experiencias en el País Vasco que son parecidas y seguramente hay más en otras regiones de España. En nuestra herramienta, cada mes el profesional actualiza sus datos y la información sobre sus pacientes, y un sistema tan global como éste no lo conozco, aunque eso no quiere decir que no lo haya.

¿Y en cuanto a Europa?

Los sistemas europeos tienen modelos de historia clínica bastante diferentes al nuestro, no sólo al de Cataluña sino en general al del resto de España. Son modelos más basados, por decirlo de alguna manera, en la escritura libre; y nosotros, nos hemos acostumbrado a modelos estandarizados, que son más útiles, por ejemplo, para este caso: el laboratorio está en un apartado, los diagnósticos se codifican... cualquier comunidad o sistema español podría hacer lo mismo, no hay ningún impedimento tecnológico para no hacerlo.

¿Existe mucha diferencia de uso entre el médico nativo digital y los más veteranos? ¿Hay resistencias?

No lo hemos estudiado, pero mi percepción es que se adaptan mejor los médicos más jóvenes, porque están más acostumbrados a la tecnología. Sin embargo debe recalcarse el esfuerzo que han hecho los veteranos para adaptarse: todo el mundo usa la historia clínica electrónica y es su única herramienta de trabajo. La utilizan y la utilizan bien, pero tiene más facilidad el que ha nacido en la era Internet. Además seguro que hay diferencias en la forma de utilizarla, es lógico.

Para acabar, quería hablar de Sedap como foro de intercambio de ideas. ¿Cómo ha enriquecido esta asociación el debate?

Nos ha servido para difundir esta experiencia y para compartirla con otros directivos y con representantes de otras comunidades autónomas. Es un buen foro para divulgar este tipo de experiencias y para que aprendamos unos de otros. Sí se echa en falta que, incluso nosotros trabajando en este sistema, no tenemos mucho contacto con otros sistemas iguales de otras comunidades autónomas, y quizá foros como Sedap podrían servir para realizar actividades específicas que nos pondrían en contacto y que posiblemente nos ayudarían a todos. Sería un buen foro a nivel federal y estatal, compartiendo experiencias. Es un tema de futuro, porque tenemos mucho que compartir, como gestión de los equipos ■

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

Plan de externa

lización de seis hospitales públicos madrileños, historia de una iniciativa fallida

El 27 de enero el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty, anunciaba que dimitía por "rectitud y responsabilidad". Esta dimisión ocurría pocas horas después de que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid hiciera pública su decisión de proseguir con la suspensión cautelar del proceso de externalización sanitaria, rechazando el recurso de reposición del proceso, solicitado por la propia Comunidad. Se cerraba así un ciclo marcado por una gran radicalización entre partidarios y contrarios a la externalización.

Texto | Carmen Villodres

REPORTAJE

Plan de externalización de seis hospitales públicos madrileños, historia de una iniciativa fallida

El lunes 27 de enero de 2014 el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty, anunciaba -en rueda de prensa convocada con carácter de urgencia-, que dimitía por "rectitud y responsabilidad". Esta dimisión ocurría pocas horas después de que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) hiciera pública su decisión de proseguir con la suspensión cautelar del proceso de externalización sanitaria, rechazando el recurso de reposición del proceso, solicitado por la propia Comunidad madrileña. Se cerraba así un ciclo que ha durado unos quince meses, marcados por una gran radicalización entre partidarios y contrarios a la externalización, desconocida hasta el momento en el ámbito sanitario. El presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, explicitó que había aceptado la dimisión de su consejero de Sanidad y que renunciaban a los planes consistentes en externalizar los seis hospitales madrileños (Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, del Henares, del Sureste y del Tajo) en pro de acabar con la "incertidumbre" que el proceso estaba causando; una incertidumbre que afectaba tanto a los profesionales sanitarios como a la ciudadanía.

Los comienzos

Para entender cómo se llega a esta situación hay que situarse en el 31 de octubre de 2012, cuando el presidente madrileño anuncia los planes de su ejecutivo, consistentes en la externalización de seis hospitales públicos; en cobrar un euro por receta, iniciativa que se llegó a implantar y luego fue suspendida por el Tribunal Constitucional; una rebaja en el presupuesto sanitario del 7 por ciento, y la gestión autónoma de 27 centros de salud mediante Entidades de Bases Asociativas, conocidas como EBAS, una forma de autogestión de la Atención Primaria, implantada en algunos centros de salud catalanes y que, según Javier Fernández-Lasquetty, había cosechado ahorros y eficiencia allí donde estaban funcionando.

Unas cuentas que no cuadran

Precisamente, el no haber podido demostrar con cifras claras qué modelo es más eficiente y menos costoso ha sido uno de los grandes avatares del conflicto. En el caso de las citadas EBAS, los contrarios a la externalización siempre dijeron que en los tiempos que corren el que los sanitarios se hicieran cargo de la gestión de un centro de salud era un gran riesgo, dada la situación de profunda crisis económica que padece nuestro país en estos momentos. Este grupo opositor, compuesto en su mayoría por directores de centros de salud, reclamaba una mayor autonomía de gestión de los centros pero dentro del sistema público. Pero donde se produjeron desavenencias contables más contundentes fue en la valoración de la gestión del Hospital Alzira (en realidad Hospital Universitario de la Ribera), llamado así por estar ubicado en esa localidad valenciana, que fue el primer hospital público español que pasó a ser gestionado por una empresa privada y cuyo modelo es el que se pretendía extender a Madrid.

Hay que tener en cuenta que ese modelo ya estaba implantado en Madrid en la Fundación Jiménez Díaz y en los hospitales Infanta Elena, en Valdemoro; el Rey Juan Carlos, en Móstoles; y el Hospital de Torrejón de Ardoz, circunstancia que les costó una imputación por cohecho y prevaricación a los ex consejeros de Sanidad -en las etapas que se produjeron estas primeras externalizaciones-, Manuel Lamela y Juan José Güemes, así como a otras nueve directivos de distintas empresas; precisamente al cierre de este número saltaba la noticia de que la Audiencia Provincial de Madrid ha respaldado la querella presentada por AFEM en mayo de 2013 y desestimado los recursos presentados por algunos de los querellados, por lo que hay bastante probabilidades de que tanto los dos ex consejeros como los altos cargos de la Consejería y de empresas relacionadas con la externalización tengan que comparecer finalmente ante los tribunales.

No haber podido demostrar con cifras claras qué modelo es más eficiente y menos costoso ha sido uno de los grandes avatares del conflicto

Pero volviendo al llamado modelo Alzira, fue enseguida demonizado por los contrarios a los planes de la Comunidad, que hablaron de mala gestión hasta el punto de llegar a denunciar que el privatizado hospital tuvo que ser "rescatado" con el dinero de los contribuyentes. A este hecho añadían y denunciaban que pese a esta circunstancia, inexplicablemente se renovó la contrata a los empresarios de Ribera Salud, la empresa concesionaria del mismo. La Consejería de Sanidad negó siempre este extremo. Tanto los unos como los otros presentaron números que no convencían a ninguno de los dos bandos. Hay que tener en cuenta que la cuestión económica era clave, ya que el presidente Ignacio González había sustentado la externalización en la necesidad de ahorro.

El inicio del conflicto

Tan solo unos días después del discurso en que González desvelaba sus planes de ahorro y sostenibilidad, los trabajadores del Hospital Universitario de la Princesa, enterados de las intenciones de las autoridades sanitarias de convertir su hospital en lo que llamaron "un gran geriátrico", convocan una asamblea que resulta ser multitudinaria. Ahí se empieza a hablar de "desmantelamiento del sistema público", así que deciden un encierro que va a estar acompañado por concentraciones ante el hospital y con simulaciones de entierro de la Sanidad pública. Colocaron en los escalones de la puerta principal del Hospital de la Princesa un gran féretro rodeado de cirios que paseaban varias veces al día, componiendo una efectiva procesión fúnebre que atrajo inmediatamente a vecinos y medios de comunicación. Así surge "La Princesa en lucha", lema de la página web, convertida en estandarte que anuncia cada uno de los encierros, concentraciones, manifestaciones y asambleas que se van a ir sucediendo. Una de las iniciativas con mayor peso es la consecución de 300.000 firmas en contra de los planes de reconversión del centro, que logran recoger en mesas situadas en el hall del propio

edificio. Esta acción se extendería a otros hospitales madrileños.

Más tarde, el referéndum es repetido por los activos colectivos antiexternalización que van a sembrar las calles de la Comunidad de mesas a las que se acercan más de un millón de ciudadanos, según los organizadores, a estampar su firma, mostrando su rechazo a la externalización de los hospitales y también la de los centros de salud. El consejero Lasquetty refuta los resultados argumentando la falta de fiabilidad de una consulta que se hace sin un mínimo de control y denuncia que esas cifras se habían obtenido "con mentiras y asustando a la gente".

La extensión del conflicto

La paralización de los planes del Hospital de la Princesa supone un acicate y traza un camino a seguir por las distintas asociaciones profesionales, sindicales y asociaciones de pacientes que, muy pronto y siguiendo el ejemplo, se van a movilizar contra la externalización de los seis nuevos hospitales madrileños y de los, en principio 27 centros de salud, reducidos con posterioridad a 4, y de los que desde hacía meses ni siquiera se hacía ya referencia. Comenzaba a fraguarse la tormenta perfecta que desataría la "Marea Blanca".

Las discrepancias se manifiestan hasta en el lenguaje empleado, ya que la Administración habla de "externalización", puesto que, explicaban con insistencia, la titularidad de los hospitales seguiría siendo pública aunque fueran gestionados por una empresa privada. En cambio, los opositores se refieren al proceso en todo momento como de "privatización", por lo que aunque con lenguajes diferentes, ambos bandos hablaban de un mismo proceso.

Las empresas concesionarias y las circunstancias

A comienzos del mes de julio de 2013, el ahora ex consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty, anuncia que el grupo puertorriqueño Hima San Pablo gestionaría el Infanta Sofía y el lote compuesto por el Infanta Cristina y el Hospital del Tajo, mientras Ribera Salud en una UTE (Unión Temporal de Empresas) haría lo propio con el Infanta Leonor y el Hospital del Sureste. Sanitas, por su parte, gestionaría el Hospital del Henares.

Eran las tres únicas empresas que se presentaron al concurso y cada una de ellas concurría al lote de hospitales que finalmente les fueron adjudicados; circunstancia que los opositores siempre consideraron "sospechosa", si bien hay que decir que los pasos cruciales en que se avanzaba en la externalización fueron realizados a puerta abierta con el objetivo de dar al proceso más transparencia, tal como apuntó Lasquetty en más de una ocasión.

La gestión sanitaria de los seis hospitales durante diez años se sacó a concurso por un importe de 4.680 millones de euros. Las adjudicaciones definitivas a las tres empresas ganadoras se firmaron los días 6, 9 y 19 de agosto de 2013, fechas contestadas por la oposición que apuntó a que este es un mes habitualmente inhábil para ese tipo de actividades.

Por esas fechas los recursos de organizaciones sanitarias y sindicatos ya estaban en los tribunales. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) había suspendido cautelarmente el proceso en julio tras una denuncia del PSOE y levantó la suspensión dos semanas después al considerar que el partido político no tenía legitimación para presentarlo por no ser "un afectado directo". No obstante, la denuncia presentada por AFEM sí que consigue en septiembre la suspensión cautelar nuevamente, al considerar el Tribunal que la asociación de médicos sí es parte interesada de la causa y se ve afectada por ella. La denuncia que justificó la petición de una suspensión cautelar se basaba en "la imposibilidad de revertir el cambio de modelo" .

En aquellos momentos el Gobierno regional aún no había firmado los contratos con las empresas adjudicatarias, circunstancia que definitivamente no se produjo, lo que al parecer evita que puedan exigir un 6 por ciento del precio total del contrato, si bien algunos expertos han vaticinado que las adjudicatarias sí que podrían reclamar los gastos en los que hayan incurrido al preparar el concurso público, así como a solicitar que la Administración les devuelva el importe de los avales que presentaron y de los gastos que les han ocasionado durante estos meses de paralización. Es uno de los coletazos que aún hoy quedan por aclarar.

Los errores del concurso

Pero el hecho objetivo es que las concesionarias aportaron como garantía casi 28 millones de euros y que, precisamente, esa cantidad se convierte en uno de los grandes motivos de desacuerdo, puesto que consideran que en realidad la cantidad debería haber sido prácticamente diez veces superior. Y esa fue precisamente una de las irre-

REPORTAJE

Plan de externalización de seis hospitales públicos madrileños, historia de una iniciativa fallida

gularidades que la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) -una de las organizaciones más beligerantes con los planes de la Comunidad madrileña-, denuncia al TSJM y que finalmente acaba con los intentos de externalización.

Hay que resaltar que la Comunidad de Madrid modifica las condiciones del concurso de licitación cuatro días antes de que se cerrara el plazo. Y lo hizo publicando en el Boletín Oficial, como "corrección de errores", un cambio sustancial en la garantía que deben aportar los adjudicatarios, que es del 5 por ciento del valor del contrato total. La inclusión de la palabra "anual" (en lugar de "total) en el texto de los pliegos de licitación, equivale a una reducción del 90 por ciento del aval, puesto que el contrato de concesión es por 10 años. Y es por ello que el TSJM considera que ese cambio "podría haber limitado el principio de libre concurrencia competitiva", extremo que el entonces consejero de Sanidad madrileño, Javier Fernández Lasquetty, negó en todo momento arguyendo que eso no era posible ya que no había más candidatos dispuesto a apostar por los hospitales.

Quién es quién en la antiexternalización

Más de un español quedaba fascinado al contemplar en los informativos nacionales cómo unos sanitarios con batas blancas daban unos pasos de baile perfectamente

CRONOLOGÍA

- 31 de octubre de 2012. Ignacio González presenta su primer presupuesto como presidente y anuncia el cobro de 1 euro por receta y la privatización de la gestión de seis hospitales públicos y 27 centros de salud.
- 18 de noviembre. Médicos, personal sanitario y pacientes toman las calles del centro de Madrid en la primera de las manifestaciones de la que más tarde se conocería como la "Marea Blanca".
- 30 de enero de 2013. El Tribunal Constitucional suspende de la aplicación del euro por receta a petición del Gobierno de la nación
- 3 de abril. La Comunidad inicia contactos con las empresas que puedan estar interesadas en gestionar los hospitales. Capio, Sanitas y Ribera Salud se interesan por la iniciativa .
- 18 de abril. La Comunidad anuncia los detalles del plan de privatizaciones.
- 13 de mayo. Diversos colectivos y asociaciones organizan una consulta popular sobre la privatización.
- 7 de junio. La Asociación de Facultativos y Médicos Especialistas (AFEM) recurre el pliego del concurso de la privatización hospitalaria. Le siguen otros recursos del PSOE, IU, UPyD, Equo, las asociaciones profesionales Amyts y Satse, CC OO, UGT, CSIT-UP, el Ayuntamiento de Parla y varios particulares iniciaron procedimientos judiciales o ante instancias como el Tribunal Constitucional, la Fiscalía General del Estado o la Comisión Nacional de la Competencia.
- 21 de junio. Un juzgado de Madrid admite la querella criminal contra los ex consejeros de Sanidad Manuel Lamela y Juan José Güemes, así como a sus colaboradores más directos. Se les acusa de cometer varios delitos durante las primeras privatizaciones, que se iniciaron en 2003.
- 4 de julio. La Comunidad adjudica los hospitales de Parla, Aranjuez y San Sebastián de los Reyes a la empresa puertorriqueña Hima San Pablo; Ribera Salud se hace con los de Arganda y Vallecas; Sanitas, se queda con la gestión del Hospital de Coslada.
- 10 de julio. El Tribunal Superior de Justicia paraliza cautelarmente y por primera vez la privatización a petición del Partido Socialista de Madrid (PSM). Los jueces reactivarían el proceso cuatro días más tarde, pero quedará suspendido de nuevo en septiembre, ante un escrito presentado por AFEM.
- 19 de julio. El consejero de Sanidad, Fernández-Lasquetty asegura que la privatización se completará "en los plazos previstos" a pesar de los recursos judiciales.
- 16 de octubre. El presidente de la sala de lo Contencioso Administrativo del TSJM, Gerardo Martínez Tristán, interviene y eleva al pleno de la sala de lo Contencioso Administrativo, que él mismo preside, la discusión de todos los recursos contra la externalización, tal y como pedía la Comunidad de Madrid. El PSM le recusa alegando que es el marido de una consejera del Gobierno de Castilla La Mancha.
- 26 de noviembre. Martínez Tristán deja el TSJM y pasa a ser vocal de la Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) a propuesta del Partido Popular. Tomás Gómez, secretario general del PSM, abandona su escaño como senador por Madrid al día siguiente debido al apoyo prestado por la dirección de su partido al nombramiento de Martínez Tristán.
- 9 de enero de 2014. La Sala de lo Contencioso Administrativo del TJSM decide devolver los recursos a sus secciones de origen, la Tercera y la Octava.
- 27 de enero. La Sección Tercera decide mantener la suspensión cautelar del proceso de externalización hasta que investigue todos los extremos con el argumento de que los profesionales de los hospitales podrían sufrir "perjuicios irreparables" en caso de seguir adelante. El fallo se hace público a las 14.00 horas. A las pocas horas el presidente Ignacio González convoca una rueda de prensa en la que anuncia que deja "sin efecto" todo el proceso de externalización y que acepta la dimisión de Javier Fernández-Lasquetty.

conjuntados a las puertas de un hospital. Así que llegado el momento las manifestaciones son convocadas por la llamada Mesa en Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (MEDSAP), una macro-organización que abarca a más de 40 organizaciones que van desde sindicatos del ramo a la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública; al movimiento asambleario Patusalud; a "Salvemos a la Princesa"; al Movimiento 15M y a diversas asociaciones vecinales y ayuntamientos, entre otros.

Una vez aceptada la dimisión de Fernández-Lasquetty, el presidente madrileño anuncia que deja sin efecto la externalización

Los intentos de negociación y la decisión de ir a la huelga

AFEM, la Plataforma de Jefes de Servicio de los hospitales madrileños y una representación de los directores de centros de salud se habían unido hacía algún tiempo para lanzar un órdago público a Lasquetty, pidiéndole ser recibidos. El consejero recoge el guante y se reúne con ellos pero el intento no llega a cuajar, en palabra de algunos de los miembros de las organizaciones, debido a que el consejero pretende imponer sus planes en lugar de someter el plan a negociación.

El Colegio de Médicos de Madrid se convierte en el escenario de la primera asamblea que decide que los hospitales públicos madrileños van a la huelga general. Es el pistoletazo de salida que va dar lugar a muchas otras asambleas, más huelgas, concentraciones, concursos de fotografías con el conflicto en su punto de mira, y a la "Marea Blanca", que cada tercer domingo de mes recorre el centro de Madrid.

La contienda judicial

Pero el conflicto se mantiene también en otros terrenos, como se apuntaba al comienzo: el judicial; tanto es así que ante diversos juzgados madrileños se llegan a juntar hasta 14 recursos en contra de la externalización, en una clara ofensiva judicial que tiene como objetivo urgente entorpecerla. Para ello, los equipos jurídicos de algunos sindicatos actúan en muchas ocasiones coordinadamente a fin de que sean diversos tribunales los que se tengan que pronunciar en resoluciones no siempre coincidentes, como ocurrió de hecho. Es también AFEM la que lidera esta vertiente jurídica.

Tomás Gómez, el líder de los socialistas madrileños, acompañado por otros 50 senadores, también interpone recurso de inconstitucionalidad contra la externalización. El líder de los socialistas madrileños juega un papel determinante en el desenlace de esta historia de judialización de la Sanidad. Gómez recusa al presidente de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJM, Gerardo Martínez Tristán. El motivo, que el magistrado había decidido agrupar en la Sala que presidía todos los recursos relativos a la externalización. La recusación la basa en que el magistrado carece de la imparcialidad necesaria para juzgar el proceso puesto que está casado con una consejera de Castilla-La Mancha, del PP. Dicha recusación es rechazada por los jueces del TSJM por entender que el recurso del socialista madrileño está basado en "un recelo sustentado en presunciones y cábalas" y que por tanto, no puede ser suficiente para "destruir la presunción de inocencia que asiste al magistrado".

Poco tiempo después Gerardo Martínez Tristán es promovido por el PP como vocal de la Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial con los votos del Partido Popular y del PSOE; decisión que provoca que Tomás Gómez presente su dimisión como senador para demostrar su desacuerdo con su propio partido.

El desenlace

Estamos ya en enero de 2014. El Pleno de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) ha decidido por mayoría devolver los recursos presentados contra la privatización de hospitales, ideada por Javier Fernández-Lasquetty, a las secciones de origen.

La decisión supone un nuevo varapalo para el consejero de Sanidad, ya que el proceso vuelve al punto de partida y la externalización seguirá paralizada al menos un año según las cábalas de la oposición, lo que supone que con toda probabilidad los planes gubernamentales no se van a llevar a cabo, al menos en esta legislatura.

Tanto el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, como el consejero de Sanidad, Fernández-Lasquetty, piden que se agilice el proceso; deseo que es respondido el día 27 de este mismo mes de enero por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que acuerda mantener la suspensión del proceso y no tener en cuenta el recurso de reposición presentado por el Gobierno regional. Horas después, Ignacio González admite la dimisión presentada por el consejero de Sanidad quien asegura que deja el cargo "por rectitud y responsabilidad". El presidente madrileño también anuncia que deja sin efecto la externalización para evitar la "incertidumbre" que se está viviendo. También anuncia que el nuevo consejero de Sanidad será Javier Rodríguez Rodríguez, portavoz de Sanidad del PP en la Asamblea de Madrid, hombre de abultado currículum. Se trata de un perfil distinto al de anterior consejero puesto que se trata de un médico-político. En su toma de posesión prometió mantener el sistema público sanitario, y se comprometió a tratar de recomponer las "maltrechas" relaciones entre los profesionales sanitarios y la Consejería de la que acababa de tomar posesión

Documentación y fuentes

1. Entrevistas con Pedro González, presidente de AFEM; Jesús Frías, portavoz de la Plataforma de Jefes de Servicio de los hospitales; y Paulino Cubero, portavoz de los centros de salud.
2. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.
3. Pliegos de licitación de la externalización.
4. Documentación de la sala del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM).

InstitutoRoche
Aniversario

10 años de Medicina Personalizada. 10 años del Instituto Roche

"La posibilidad de ofrecer diagnósticos y tratamientos personalizados ha dejado de ser un sueño". Así lo señala Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche, que lo ha dirigido desde su origen en junio de 2004. En sus diez años de existencia se ha erigido en un referente nacional e internacional en la divulgación social y la formación profesional en este ámbito. Una década después del descubrimiento del Genoma Humano, "la promesa de aproximarnos al tratamiento para cada paciente según sus rasgos genéticos, con el fármaco adecuado y a la dosis precisa para obtener la máxima eficiencia terapéutica con el mínimo riesgo y coste es ya una realidad". Para Jaime del Barrio "el futuro ya es hoy, y no ha hecho más que empezar". Poniendo los ojos en el año 2020, el futuro es estimulante, porque algunas iniciativas internacionales en marcha como el "Proyecto 1.000 Genomas", el "Cáncer Genoma Atlas" o el "ICGC", entre otros, harán que el caudal de datos aportados a nuestra historia clínica personal permitan un diagnóstico y tratamiento completamente individualizados, con fármacos *ad hoc* en dosis específicas conseguidos gracias a la nueva farmacogenómica. Pero también, como subraya Del Barrio, se han superado obstáculos sobrevenidos, como la crisis económica.

Texto Nekane Lauzirika Fotos Instituto Roche

10 años de Medicina Personalizada. 10 años del Instituto Roche

Algunos vieron en el descubrimiento del genoma humano, en 2003, un punto final... cuando en realidad fue la rampa de despegue hacia el futuro de la genómica en general y de la Medicina individualizada en particular. "Efectivamente fue un final en lo que se refiere al conocimiento de las enfermedades como se conocían hasta ese momento, sin renunciar a los avances conseguidos en la segunda mitad del siglo anterior; pero sobre todo el inicio de una nueva era. ¿Revolución? ¿Evolución? no importa tanto el término como el concepto, porque desde entonces asistimos a una nueva época en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y aún mayor en el conocimiento de la predisposición a padecerlas", explica Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche, que lo ha dirigido desde sus inicios hace ahora diez años.

Si los responsables sanitarios siguen teniendo una visión cortoplacista, tardaremos más tiempo, perderemos el tren de la investigación y el desarrollo, pero sobre todo el de la innovación y lo que es más importante les estaremos negando a médicos y pacientes alternativas terapéuticas

Bien es verdad que gracias a las nuevas tecnologías, cuanto más sabemos del genoma de los individuos y de las enfermedades, más interrogantes se abren; pero podemos simultáneamente seguir investigando y aplicando a la práctica clínica los avances más significativos en la lucha contra las enfermedades.

Porque hasta 2003 la ingeniería genética, el PCR, los transgénicos, la genómica en general, se aplicaba en seres vivos... en otros seres vivos... pero a partir de este año y cada vez más se puede aplicar en nosotros. Esto para la farmacopea, para la predicción, prevención, diagnosis y tratamiento de la salud y la Medicina en general "ha significado ya un cambio absoluto en la I+D biomédica; nuestro esfuerzo inicial se centra en la búsqueda de una diana terapéutica y una vez identificada ésta, desarrollar un test diagnóstico y un nuevo medicamento, mucho más eficaz, más seguro y con menor toxicidad", añade del Barrio, alma mater del Instituto Roche.

Cambio trascendental

En su opinión también está significando un cambio trascendental en la información, en la gestión y en el abordaje integral de las enfermedades, ya no sólo se está consiguiendo un diagnóstico más certero y un tratamiento más seguro y eficaz, sino que se puede predecir y prevenir la aparición de enfermedades, en algunos casos evitando y en otros disminuyendo los pródromos de las mismas. "Y no podemos olvidar el papel participativo que cada vez más tienen los pacientes y sus familias, informados y corresponsables de cuanto les atañe", recalca.

Ante los avances inusitados en genética y su aplicación genómica, considera que ya hemos pasado el umbral de la puerta de la Medicina personalizada y va más allá al señalar que "estamos metidos de lleno en ella: cambio de modelo de I+D, de diagnóstico, de tratamiento individualizado,... otra cosa es que esté de manera generalizada en nuestros sistemas sanitarios, algo para lo que nos hemos fijado el horizonte 2020".

Para Jaime del Barrio solo es cuestión de tiempo, de poco tiempo, pues su evolución e implantación es imparable, es lo que toca en este momento; y la actual situación económica, lejos de ser una barrera se erigirá como una oportunidad, cuando una vez obtenida la validez clínica, se evidencie su coste-eficacia. En este sentido ya hay ejemplos de ello, como el uso de los CGH-arrays y los SNP-arrays en el diagnóstico prenatal y el retraso mental o el de varios biomarcadores ligados a un nuevo fármaco. Su mejor relación coste-eficiencia los hace triunfar en el mundo de la salud.

La Medicina personalizada ya no es un desiderátum

La Medicina individualizada, personalizada, ya no es un desiderátum en investigación, ni en experimentación controlada, pero ¿estamos cerca de que sea también una realidad en el tratamiento clínico y más allá en el conjunto del sistema sanitario?, pregunto al director general del Instituto Roche, la primera fundación de la empresa Roche a nivel mundial y pionera en la promoción y difusión de la Medicina Personalizada. "En algunos casos ya es una realidad, sobretodo en el campo de la Oncología, en el que ya es habitual la búsqueda de un biomarcador específico frente a un tipo concreto de cáncer, para en base a la respuesta obtenida proponer un tratamiento personalizado, evitando tratamientos y pruebas innecesarios. A la Oncología le están siguiendo otros grupos de enfermedades: Virología, Inmunología, Reumatología, Sistema Nervioso Central,..., con ese denominador común: biomarcador+molécula, y muchos de ellos ya se encuentran en las fases avanzadas de sus correspondientes ensayos clínicos", explica detalladamente.

En relación al momento en que se encuentra la clasificación de los grupos poblacionales según el tipo de DNA y sobre cuándo será posible que esta clasificación genética se refleje en un análisis personal como ahora se hace con su grupo sanguíneo o nivel de hematocrito, del Barrio se muestra optimista. "La información que se está obteniendo lo es dentro de consorcios internacionales, en los que España está de pleno derecho. Todavía es pronto para extraer grandes conclusiones, pero la obtenida permite ser optimistas en cuanto a su aportación para clasificar mejor las enfermedades y acotar la búsqueda de dianas terapéuticas", reconoce.

La potencia tecnológica

Y es que la potencia tecnológica se ha des-

arrollado hasta cotas impensables no hace mucho tiempo, lo que hace que sea accesible en cualquier sistema investigador y asistencial de nuestro entorno. La parte del genoma personal que sea de utilidad clínica pasará en breve a formar parte de nuestra historia clínica electrónica como una prueba complementaria más, con una característica interesante, como es que gran parte de la misma permanece inalterada en el tiempo, durante toda la vida, por lo tanto económicamente justificada. "Otra cuestión, no menor, es ¿quién interpreta estos resultados?, nada diferente a cualquier otra prueba complementaria, pero para las otras los médicos hemos sido formados y para estas, por novedosas, todavía no", subraya.

Del Barrio es consciente de que el avance en farmacopea personalizada es significativo para dar el salto a la clínica. De hecho, tal y como apunta, las compañías farmacéuticas más innovadoras ya hace años han cambiado toda su I+D en este sentido; el gran reto es si la Administración sanitaria está preparada, primero para evaluar esta innovación terapéutica y en segundo lugar si los sistemas sanitarios como el nuestro, una vez aprobados los nuevos medicamentos, los financiarán. Si se hacen bien los números contribuirá a la sostenibilidad del SNS, pero si se ven con una visión cortoplacista, como hasta ahora ha sido habitual, habrá dificultades para que los pacientes accedan a los mejores tratamientos.

Los mundos de Huxley y Gattaca están más cerca de nuestra realidad de lo que nos pudiera parecer

Entre las ventajas más significativas de la aplicación de la Medicina personalizada destaca la obtención de diagnósticos más certeros y tratamientos personalizados más eficaces y seguros, con disminución significativa de efectos secundarios. Sin olvidar la posibilidad de tratar a cada paciente con lo que mejor le vaya para su proceso, lejos de lo ocurrido hasta ahora, que ha sido tratar a todos los que padecen la misma entidad nosológica con el mismo tratamiento independientemente del sustrato genético personal y del perfil molecular de la enfermedad. "Y desde el punto de vista de la prevención, se puede minimizar la sintomatología e incluso evitar la aparición de una enfermedad, hasta ahora a veces con alta morbi-mortalidad", recalca

Todo este cambio de paradigma en la Medicina conlleva un cambio profundo del sistema sanitario actual. En este sentido, el director general del Instituto Roche considera que todavía no estamos preparados del todo, "pero mientras navegamos en la incertidumbre del «lo hacemos o no», la investigación avanza inexorablemente y los médicos y

pacientes que tienen acceso a este información reclaman esta posibilidad. La información llega en un mundo global desde cualquier sitio y a través de cualquier soporte, incluidas las redes sociales", reconoce.

Secuenciación masiva de poblaciones

Y lo comenta porque hay países, en los que al más alto nivel, desde una visión estratégica de largo alcance, se ha apostado por la secuenciación masiva de una población extensa, como fuente de conocimiento y de riqueza, "lamentablemente no somos uno de ellos" muestra su total desacuerdo. "Nuestros investigadores, clínicos, pacientes,... están en ello, pero no está dentro de las prioridades de la agenda de nuestras autoridades sanitarias, y me temo, que una vez más, veremos pasar por delante de nosotros un tren en el que podíamos estar, por experiencia y conocimiento previo, en la locomotora, pero en el que no participamos por falta de esa visión estratégica de algunos dirigentes", apunta Del Barrio, para quien la crisis económica actual tendría que ser una oportunidad bien aprovechada para realizar cambios estructurales en el sistema investigador, docente y asistencial, que nos permitiese por una vez liderar un cambio profundo y contribuir decisivamente a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La crisis económica actual tendría que ser una oportunidad bien aprovechada para realizar cambios estructurales en el sistema investigador, docente y asistencial, que nos permitiese por una vez liderar un cambio profundo y por otro contribuir decisivamente a la sostenibilidad del SNS

Desde el Instituto Roche, que en sus diez años de existencia se ha erigido en un referente nacional e internacional tanto en la divulgación social como en la formación profesional en este ámbito, aseguran, con conocimiento de causa, que la Medicina individualizada será más barata para el sistema y con menos efectos secundarios. "En la propia esencia de la Medicina Personalizada está el conseguir medicamentos más eficaces, más seguros y con menos efectos secundarios y los primeros casos que ya están a disposición de médicos y paciente así lo confirman", recalca del Barrio. "También podemos asegurar que todos los que están en diferentes fases de desarrollo, y muchos de ellos ya en ensayos clínicos, cumplen estas características"

En cuanto al coste, inicialmente habrán de coexistir los dos sistemas, uno tradicional y el consecuente de la aplicación del modelo de la Medicina Personalizada. Pero en la medida que este segundo se implante, se eliminarán pruebas e ingresos hospitalarios innecesarios, tratamientos ineficientes,... que harán que esta nueva Medicina contribuya decisivamente a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Pero todo esto sea una realidad lo antes posible dependerá de la decisión de las autoridades sanitarias.

La aplicación en Oncología

El planteamiento socio-económico es si la implantación inicial de la Medicina personalizada en los servicios sanitarios, que inicialmente tendrá unos gastos, será un impedimento para su inclusión en el SNS. Del Barrio reconoce que dependerá de los responsables sanitarios. "Si continúan empecinados en una visión cortoplacista tardaremos más tiempo, perderemos el tren de la investigación y el desarrollo, pero sobre todo el de la innovación, y lo que es más importante, les estaremos negando a médicos y pacientes alternativas terapéuticas que en su momento a muchos les significaría la diferencia entre la vida y la muerte".

En la propia esencia de la Medicina Individualizada está el conseguir medicamentos más eficaces, más seguros y con menos efectos secundarios

Desde el Instituto Roche confían en que esto no suceda y que sea una realidad lo antes posible en la medida que los avances y su evidencia así lo aconsejen, evitando utilizar la actual situación económica como una barrera, para ser utilizada como lo que es, una oportunidad, no sólo sanitaria y social, sino también económica.

Los ejemplos más evidentes en la aplicación de la Medicina personalizada se encuentran en el campo de la Oncología. Como muestra figuran los fármacos de nueva generación diseñados para grupos de pacientes tras prueba molecular: el trastuzumab sólo para pacientes con cáncer de mama HER2+, que viene a representar un 20 por ciento del total de pacientes con cáncer de mama; hace 15 años este grupo de pacientes tenía una mortalidad del 90 por ciento, y hoy el 90 por ciento de ellas han cumplido ya los 10 años libres de progresión. Otro caso es el del 50 por ciento del total de pacientes con melanoma metastásico, unos 160.000 casos nuevos al año en el mundo con muy mal pronóstico y para los que no ha habido avances terapéuticos en los últimos 30 años; se conoce hoy que tienen una mutación V600 de gen BRAF, que se puede diagnosticar a través de un test realizado por el COBAS 4800 y ser tratados evitándoseles la proliferación tumoral con el vemurafenib. Y un tercer y último ejemplo: cada año hay más de un millón de nuevos casos diagnosticados de cáncer gástrico en los que la metástasis está asociada a un mal pronóstico; pues bien, entre un 16–22 por ciento de ellos tiene una sobreexpresión HER2, y cuando estos son tratados con trastuzumab más quimioterapia, su supervivencia

global es un 37 por ciento mayor frente al tratamiento con solo quimioterapia. "Son «pequeños» pasos que en Oncología son «grandes» comparado de dónde venimos. En el resto de enfermedades es cuestión de tiempo, puesto que hay innumerables líneas de investigación abiertas en este sentido", sentencia el director general del Instituto Roche.

De la ficción a la realidad

No somos dioses, pero Huxley y su mundo feliz siempre nos rondará por la cabeza. ¿Cómo se pueden evitar los efectos indeseados: intervenir sobre aspectos que no sean de salud, sino estéticos por ejemplo, preguntamos a Jaime del Barrio. "Cuando el escritor británico Aldous Huxley, hace más de 80 años, publica 'Un mundo feliz' lo hace basándose en otra historia anterior de Williams Shakespeare, 'La tempestad', en la que Miranda exclama: «... ¡Cuántas criaturas bellas hay aquí!....¡Cuán bella es la humanidad!...¡Oh mundo feliz!... », y se anticipa visionariamente al desarrollo de la tecnología reproductiva, cultivos humanos,... que cambian esa sociedad; y más recientemente, hace unos 20 años, una película estadounidense escrita y dirigida por Andrew Niccol, titulada Gattaca y protagonizada por Ethan Hawke, Uma Thurman y Jude Law, describe una sociedad futurista en el que hay dos mundos, el de los «válidos» frente al de los «no válidos», clasificados en base a sus perfiles genéticos", contesta el responsable del Instituto Roche.

A su juicio, ambas contribuciones, inicialmente exageradas, están más cerca de nuestra realidad de lo que nos pudiera parecer. Y es que la investigación, el desarrollo, la innovación... avanzan a un ritmo imparable y sus consecuencias en este momento son imprevisibles, por lo que es a la sociedad a quien le corresponde al hilo de estos avances ir configurando un modelo en que coexista un equilibrio entre los avances científicos, su impacto médico, social y económico, y todo ello dentro de los parámetros éticos y legales que como Sociedad no hemos de dar para encuadrar esta nueva realidad.

No sería bueno olvidar que desde que conocemos el genoma humano no sólo podemos intervenir modificando a otros seres vivos, sino también a nosotros mismos, de ahí la demanda a la sociedad para que plantee ya los medios y los fines de manera adecuada. "Estos dos ejemplos visionarios, que en su momento lo fueron, ahora reflejarían una sociedad cercana a la que vivirán nuestros hijos, donde es aconsejable plantearnos preguntas como «¿qué papel queremos jugar?», cada uno en el ámbito de las competencias y responsabilidades que le correspondan decidir. Pero lo de mirar para otro lado como se está haciendo ahora, tendrá un alto precio y no sólo económico", remacha Del Barrio ■

Aunque contamos con materiales suficientes para atender la mayoría de las intervenciones, sería deseable avanzar en el equipamiento técnico

María del Mar de Luna

Médico cirujano de la Plaza de Toros de La Malagueta (Málaga)

Texto Ana Montero

PERFILES SANITARIOS

María del Mar de Luna

"Aunque contamos con materiales suficientes para atender la mayoría de las intervenciones, sería deseable avanzar en el equipamiento técnico"

Además de formar parte del equipo médico de la Plaza de Toros de La Malagueta, siguiendo los pasos de su abuelo y de su padre, que también ejercieron en la Enfermería de la Plaza, la Dra. María del Mar de Luna es médico cirujano en el Hospital de Pozoblanco. Apasionada por el mundo taurino, y con un instinto que la lleva a anticiparse para poder ejercer una cirugía más efectiva y resolutiva, su vocación es tal que incluso su tesis doctoral la enfocó a esta cultura.

Se encarga de la asistencia médica en una plaza de toros, concretamente, en La Malagueta, ¿qué supone manejar la asistencia sanitaria en un entorno de estas características?

En la actualidad, mi trabajo como responsable de la asistencia sanitaria de la Plaza de Toros de La Malagueta es en calidad de voluntaria. Entre las circunstancias particulares de este entorno cabe destacar que el posible herido, en mayor o menor medida, es de antemano conocido por mí, y que las condiciones del entorno son más hostiles de lo habitual, es decir, distintas a las del centro hospitalario en el que diariamente ejerzo. Además, unido a que dentro de una plaza toros la mayoría de las intervenciones son peculiares por la naturaleza de las mismas, también entra en juego mi observación en el mecanismo de producción, enfrentándome a una tensión distinta, con la conciencia de que nada será programado. Asimismo, hay que añadir que los medios con los que contamos son, en parte, más escasos, si los comparamos con un centro especializado. En cualquier caso, puedo decir que concluyo con el beneplácito de que me supone una inmensa satisfacción en el marco profesional ejercer este tipo de cirugía, pues tiene muchos retos.

¿En qué consiste exactamente su trabajo?

Atender aquellas lesiones que se producen dentro de la plaza. El ser cirujano de estas características supone que no sólo me tengo que volcar en ello, sino que hay que añadirle otros componentes como observar las condiciones del profesional/es aleccionados, ver de antemano las peculiaridades, nobleza y tipologías del propio toro, estado del coso y, por supuesto, algo primordial e influyente como son las condiciones atmosféricas adversas. Todo esto conlleva a ese instinto para anticiparme y poder ejercer la cirugía más efectiva y resolutiva en caso de que se produzca, como todos conocemos, una cogida repentina.

En el campo de la emergencia se sigue el habitual, pero, en realidad, no existe un protocolo específico oficializado a nivel de la tauromaquia que se aplique a este tipo de eventos

¿Se sigue algún protocolo especial?

En el campo de la emergencia se sigue el habitual, pero, en realidad, no existe un protocolo específico oficializado a nivel de la tauromaquia que se aplique a este tipo de eventos. Aunque supongo que en otras plazas las pautas a seguir serán similares, concretamente, el equipo sanitario de La Malagueta sigue un protocolo objetivizado por un gran profesional, como es nuestro jefe de equipo.

Para mí lo que más ha avanzado en este ámbito es la propia dotación del equipo profesional e instrumental, comparado con lo que había hace 20 años hay una notable diferencia

¿Desde dónde han de ver la lidia para tener idea exacta del alcance de las lesiones?

Como es normal desde el lugar más cercano y protegido, puesto que desde ahí es donde se puede observar el foco de las posibles lesiones. El mejor lugar es desde el propio burladero y no precisamente delante de una televisión de plasma de sesenta y dos pulgadas, ironía sana aparte.

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

Enfermeros, urólogo, anestesistas, cirujanos, hematólogo, cardiovascular y traumatólogo aunque no siempre está este equipo al completo, ya que puede variar por varias razones. Entre otras, depende de la categoría de la plaza o del tipo de espectáculo taurino del que se trate, como, por ejemplo, un rejoneo, una novillada con o sin picadores o una corrida de toros así como una becerrada. Es decir, el equipo va variando según las condiciones.

Aparte del equipo médico, ¿quién es imprescindible en una cogida?

En nuestra labor aparte de nosotros, y una vez nos recepcionan el/los herido/s, cuando estamos interviniendo dentro de la enfermería, podría decir que en muchos de los casos es imprescindible la fuerza del orden, más que nada para evitar el acceso al personal no sanitario dentro de nuestras instalaciones, incluido vosotros los periodistas.

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

En esta cuestión se ha ido avanzado paulati-

namente en el transcurso de los años, contando con los materiales suficientes para atender la mayoría de las intervenciones y tipos de traumatismos, aunque, personalmente, opino que siempre se podría mejorar, como por ejemplo, con la dotación de un equipo de ecografía. En cuestiones sanitarias-emergencias siempre hay que ir mejorando y avanzando en el campo técnico.

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

Primero quisiera enjuiciar, bajo mi propia experiencia, que, aparte de apasionarme mi profesión de cirujano, también hay que ser aficionado a este mundo taurino, puesto que ambos van siempre íntimamente relacionados. Investigar, dedicar y aprender constantemente es lo que va forjando esta formación específica, en el cual se familiarizan torero-toro-cirugía. Incluso mi tesis doctoral la realicé enfocada a esta cultura.

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

No, se adquiere a raíz de la dedicación, adquiriendo la experiencia.

La taurotraumatología o cirugía taurina es una rama de la cirugía traumatológica que se ocupa de las lesiones producidas por el asta de toro, ¿los profesionales están suficientemente preparados en esta especialidad?

La taurotraumatología, como tal, no creo ni que exista en el Diccionario de la Real Academia, es más bien una denominación por ponerle un nombre a esta dedicación. En mi opinión personal, con las prohibiciones que, cada vez más, nos imponen en el mundo del toro no creo que llegue a fraguarse como tal. El estar preparado para esta especialidad va dependiendo de la dedicación a ella, viendo, observando, incluso intuyendo las trayectorias de las cornadas antes de que llegue el torero a la enfermería.

¿Cuáles son los principales avances en el ámbito de la cirugía taurina?

Para mí lo que más ha avanzado en este ámbito es la propia dotación del equipo profesional e instrumental, comparado con lo que había hace 20 años hay una notable diferencia.

Por lo que se refiere a la práctica asistencial, ¿cuáles son las lesiones más frecuentes con que se encuentra?

Estamos para atender a un grupo de profesionales que arriesgan, con cierto peligro en mayor o menor medida, pero también estamos para atender a una multitud de espectadores donde se puede producir algún contratiempo sanitario. Afortunadamente, son contusiones diversas en caídas y como decimos en esta cultura taurina, varetazos leves a los del ruedo.

¿Cuáles son las más graves?

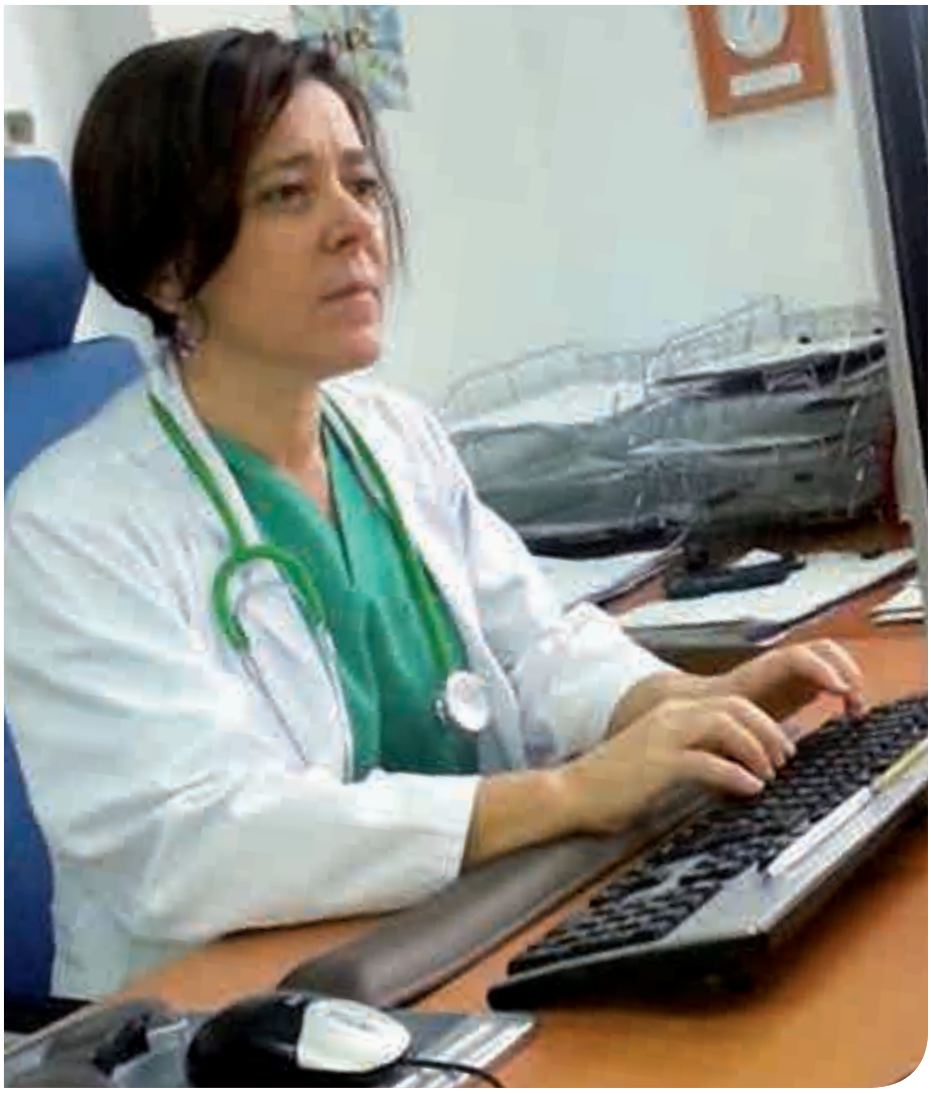
Evidentemente, considero las más graves todas aquellas que afecten directa o indirectamente a cualquier órgano vital, pero aun así hay tipos de cogidas que dependen de una rápida intervención para evitar el futuro desarrollo de una sepsis.

En base a estos datos, ¿algunas son evitables?

Esto es un tema muy relativo y cuestionable. Considero que algunas lesiones podían haber sido evitadas, pero, es cierto que hay factores en juego como el riesgo que quieran asumir los profesionales; la osadía del propio matador o cualquiera de sus subalternos; las condiciones en las que llega el toro; el momento emocional del propio profesional del toreo; el estado del ruedo o, incluso, que se siga con una corrida si está lloviendo. Creo que lo único que no se puede evitar es la mala o buena suerte, no hay ni un sí ni un no en la cuestión de si son o no evitables. Antiguamente los caballos sufrían grandes lesiones, con el tiempo le hicieron arreglos, como son los conocidos petos, para evitar ese daño que sufrían. En esto de la tauromaquia, como en todo, depende de los avances que se quieran aplicar en cuestión de protección.

En la asistencia a un torero herido, ¿qué factores son condicionantes para una rápida recuperación o, incluso, para salvarle la vida?

Parto de que el torero/a no es alguien normal, siempre me ha sorprendido el hecho de que están hechos "como de otra pasta". Aunque tienen de por sí un ímpetu para la recuperación que se sale de lo normal, aun así no dejan de ser humanos y, por tanto, dependen mucho de la observación, de la trayectoria con la que se produce la lesión y de que la resolución definitiva sea lo más rápida posible. Si te lo digo metafóricamente, parece que, aparte de nosotros, tienen un ángel de la guarda que les cura más rápido y que hace que estén nuevamente en la plaza toreando como si nada hubiese pasado. ¡Cuántas noticias de grandes y aparatosas cogidas hemos visto y en nada de tiempo están recuperados y toreando sin perder la temporada!



Además de atender a los toreros, ¿es usted responsable de la salud laboral del resto de los empleados? ¿Atienden también a las personas que acuden a la Plaza?

Sí, nos encargamos de la salud laboral y, del mismo modo, de los percances que pudieran sufrir los espectadores. No sólo estamos para los del ruedo, incluso, te diría que soy como el capitán de un barco, hasta que no se ausenta el último no doy por concluida mi activación como sanitaria. Cuando termina una corrida no es raro que en la avenida del desalojo pueda ocurrir algo que requiera asistencia.

¿Cuáles son los casos más frecuentes con que se encuentran?

Alguna contusión, golpe de calor, generalmente, son cosas leves.

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

Más que situación en singular yo lo llevaría a un cerco en plural: económica, política y social. Si lo tuviese que definir todo junto con un color usaría el gris. En mi opinión, el gasto sanitario es insostenible y, de ello nos deberíamos concienciar de una vez las tres fundamentales partes (intereses políticos, el personal sanitario y conciencia ciudadana). Todas las partes deberíamos remar en un mismo sentido ■

El entorno formativo del farmacéutico

Plataforma online

Edición impresa

Formación presencial

AULA de la FARMACIA

- 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

ac

La tualidad del sector

29 de enero

España coordina la Acción Conjunta de la Unión Europea sobre enfermedades crónicas. España lidera a los 25 países participantes y la coordinación corresponde al Ministerio de Sanidad y al Instituto de Salud Carlos III. Se desarrollará en los próximos tres años y se trata de una de las propuestas en salud a las que la Comisión Europea ha concedido mayor financiación, casi cinco millones de euros. El objetivo es identificar y compartir buenas prácticas para hacer frente a estas patologías, examinar los obstáculos en su prevención y tratamiento, y elaborar metodologías comunes para un mejor abordaje

El ahorro en farmacia alcanza los 2.800 millones de euros a los 18 meses de implantarse el nuevo modelo de prestación farmacéutica. Así lo reflejan los datos sobre gasto a través de receta oficial remitidos a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad por las comunidades autónomas. En total, en el año 2013, cuyos datos de facturación acaban de cerrar las CC.AA., el gasto farmacéutico ha ascendido a 9.183,24 millones. Esto supone un ahorro de 587,69 millones en relación al año anterior, más de un 6,1 por ciento

30 de enero

El Ministerio asegura que los inmigrantes irregulares en España tienen una de las coberturas sanitarias más amplias de la UE, a pesar de que el Consejo de Europa ha publicado un informe en el que considera contrario a su convención la reforma sanitaria impulsada por Ana Mato en abril de 2012, que dejó sin derecho a la tarjeta sanitaria a este colectivo. Este organismo recuerda a España que se ha comprometido a garantizar a los extranjeros pertenecientes a países no europeos los derechos recogidos en la carta social europea, que obliga a prestar asistencia sanitaria a los ciudadanos sin tener en cuenta su estatus de residencia, bien ratificando convenios sobre derechos humanos, bien adoptando la legislación nacional

31 de enero

Sanidad ya ha recibido el informe del Consejo de Estado sobre el RD de Troncalidad, que irá "de forma inminente" a Consejo de Ministros, una cuestión vital que estaba pendiente y que, una vez superada, hace que el proyecto pueda ser enviado al Consejo de Ministros para su aprobación. En este sentido se informaba a los sindicatos en la reunión del Ámbito de Negociación; en este ámbito se debe definir una cuestión importante de la troncalidad, los criterios que deben regir la relación de los profesionales que quieran acceder a las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) o a la subespecialización

3 de febrero

Sanidad intensifica la lucha contra el cáncer con la inclusión de nuevos cribados para la detección precoz. Con motivo del Día Mundial del Cáncer, el 4 de febrero, se recordaba que en 2014, por primera vez, las comunidades autónomas harán pruebas para detectar el cáncer de colon a toda la población de entre 50 y 69 años, y que los cribados del cáncer de mama y de cérvix se unifican para toda la población de riesgo

Ana Mato: "Nuestra Sanidad está mejor preparada para afrontar los retos del futuro". La ministra de Sanidad aseguraba que la Reforma Sanitaria emprendida por el Gobierno hace casi dos años ha conseguido hacer "nuestro sistema más justo, solidario y equitativo. Más moderno y orientado hacia la realidad demográfica actual. Nuestra Sanidad está mejor preparada para afrontar los retos del futuro". Así lo afirmaba la ministra en su intervención en el Diálogo "Sanidad para todos", en el marco de la Convención Nacional del Partido Popular. Para alcanzar esta meta, explicaba Mato, se han seguido una serie de "principios sencillos, pero claves", que ha resumido en un decálogo

6 de febrero

El Foro de la Profesión lamenta el "especialmente lento" desarrollo de los acuerdos que firmó con Sanidad. Aunque fue el tema que centró su reunión mensual ordinaria, sí que en ésta el Foro de la Profesión Médica expresaba su malestar por el lento desarrollo de los acuerdos que firmó con el Ministerio de Sanidad el pasado mes de julio de 2013. Según el Portavoz del Foro, Francisco Miralles, la valoración sobre el desarrollo de los acuerdos "es más bien negativa. Creemos que ese desarrollo va especialmente lento, y esto se produce en un Pacto que una de las críticas que recibió fue que no establecía plazos concretos para que se desarrollasen los acuerdos, aunque sí marcaba las líneas de lo que debía ser nuestro Sistema Nacional de Salud"

El CEEM lanza una campaña de recogida de firmas en contra del proyecto de Troncalidad. El equipo de Oficiales del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina se reunía en sesión extraordinaria para discutir acerca del plan de acción que se iba a tomar para reivindicar el no a la Troncalidad del colectivo estudiantil

7 de febrero

Los españoles podrán acudir a otro país de la UE para recibir

asistencia sanitaria. Adelantando el pago de los servicios que reciban y solicitando después el reembolso a España, bajo unas determinadas condiciones y, en el caso de algunos tratamientos, se requerirá autorización previa. El Consejo de Ministros aprobaba el RD con el que se incorpora la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. El espíritu de esta Directiva responde a la libre circulación de personas, bienes y servicios de la Unión Europea

11 de febrero

Patronales y sindicatos retoman el funcionamiento del Observatorio de la Dependencia para analizar el cumplimiento de la Ley, informaba el sector Salud y Servicios Sociosanitarios y Dependencia de la Federación de Servicios Públicos de la Unión General de Trabajadores (FSP-UGT), que ha incidido en que, transcurridos siete años desde su aprobación, las administraciones públicas deben avanzar en el cumplimiento de la ley y apostar por la profesionalización: cantidad y calidad de empleo que se genera y cualificaciones del personal del ámbito de la Dependencia (Residencias Personas Mayores, Centros de Día y Noche, Viviendas tuteladas, Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia). Para UGT, superar la involución del sector pasa por la adecuación de los estándares de calidad y financiación de los servicios sociales y sanitarios al grado de dependencia, lo que conllevaría mayor eficacia de los recursos públicos y generación de empleo

12 de febrero

Ana Mato acusa a Andalucía y Cataluña de estar "a la cabeza" de la externalización de servicios en España. En estos términos respondía la ministra a una pregunta de la diputada socialista Trinidad Jiménez quien, durante la sesión de control al Gobierno en el Congreso de los Diputados, le preguntaba por la posición del Gobierno ante la retirada por parte de la Comunidad de Madrid del proceso de externalización sanitaria. "Este Gobierno respeta la decisiones judiciales y de las comunidades autónomas en el marco de sus competencias", siempre que "no impliquen desigualdades y se garantice la atención a los pacientes", reiteraba la ministra. Mato insistía en que, además, "Andalucía está a la cabeza de los recortes en Sanidad desde hace varios años"

Las homologaciones profesionales para ejercer en otro país de la UE se concederán en un plazo máximo de 3 meses. El pasado mes de noviembre la Unión Europea aprobó la modificación de la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales, en vigor desde 2005, culminando así un proceso de tres años de trabajo. La nueva directiva, que coordina el reconocimiento de unas 4.700 profesiones reguladas en la Unión agrupadas en 800 grupos genéricos, deberá transponerse ahora a la legislación nacional de cada país europeo en un plazo máximo de dos años y permitirá a un profesional de un Estado cualquiera de la UE quedar homologado para trabajar en otro país comunitario en un plazo inferior a tres meses, debido a un nuevo sistema de reconocimiento y homologación electrónica que será el que conceda la denominada Tarjeta Profesional Electrónica Europea. Según reconocía la propia UE en la conferencia "Movilidad Segura. Modernización de la Directiva de Cualificaciones Profesionales", celebrada en Bruselas, las profesiones sanitarias serán las más beneficiadas por este nuevo modelo

14 de febrero

Un paciente activo es entre un 8 y un 21 por ciento más barato para el sistema. El actual modelo asistencial del Sistema Nacional de Salud debe experimentar cambios profundos para poder promover el autocuidado de la salud, atender a los pacientes y, en especial, a los crónicos que "sufren, en estos momentos, un modelo que no les conviene, no les tiene en el radar y es reactivo a sus necesidades, en lugar de proactivo, a pesar de que uno de cada seis españoles asegura padecer una enfermedad crónica, señalaba Rafael Bengoa, miembro del Consejo Asesor de la Comisión Europea en Sanidad, Demografía y Bienestar. Bengoa recordaba que "se hace buena Medicina cuando el paciente está dentro del sector. Sin embargo, estamos desconectados cuando no está con nosotros". Por ello, el experto insiste en que "es necesaria una mayor concienciación de políticos, clínicos y directivos". Bengoa aboga por un modelo en el que se promueva la educación, o prescripción de la salud, como uno de los pilares básicos para sostener el sistema y que permita pacientes activos

19 de febrero

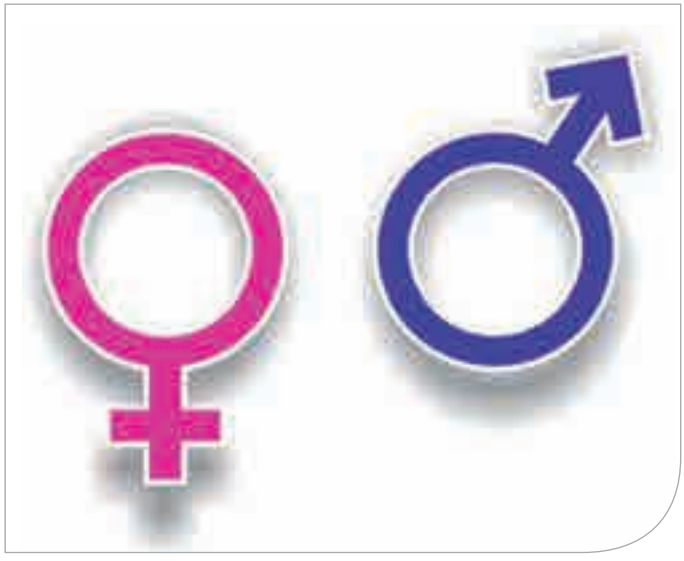
Expertos auguran expectativas más positivas para la Industria Farmacéutica en 2014. "Las dificultades de la Industria Farmacéutica en España" es el nombre del informe elaborado por Juan E. Iranzo, miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, y Marta Otero, economista del Instituto de Estudios Económicos. Si bien el informe hacía una retrospectiva de lo que ha supuesto el sector de la Industria a nivel económico en nuestro país, y los problemas que se han encontrado en el mismo a partir de 2011, la visión de futuro resultaba algo más positiva. De hecho, Iranzo explicaba que 2014 será el primer año en el que la economía española vuelva a crecer, y lo hará por encima del 1 por ciento. Esto supondrá un aumento de los ingresos públicos, y por tanto un cambio de tendencia

NOTA: Cronología del 28 de enero al 19 de febrero de 2014.
Para ampliar informaciones, ver:
http://www.elmedicointeractivo.com

inst

La antánea médica

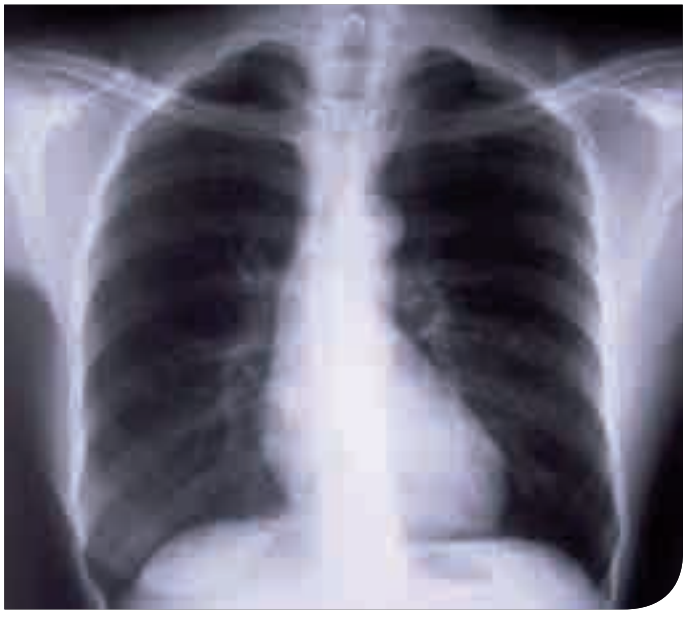
Más de dos millones y medio de hombres padecen disfunción eréctil en España



Más de dos millones y medio de hombres padecen disfunción eréctil en España, pero sólo unos 300.000 se someten a tratamiento, según el Atlas de la enfermedad en España, que muestra que el 18,9 por ciento de los varones entre 25 y 70 años sufre esta enfermedad. La principal razón por la que se produce este elevado infradiagnóstico es por la "vergüenza" que experimentan los hombres a la hora de reconocer su problema y que, al mismo tiempo, hace que muchos eviten ir al médico pensando que es una consecuencia "lógica" del envejecimiento. Una creencia errónea ya que, tal y como indica el responsable de la Unidad de Andrología y Cirugía reconstructiva uretro-genital del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid y de la Unidad de Urología del Hospital Vithas Nuestra Señora de América, Enrique Lledó García, es una enfermedad que puede ser diagnosticada y, además, existen varios tratamientos que consiguen mejorar la calidad de vida del paciente. Además, tal como señalan los médicos participantes en el estudio, la disfunción eréctil puede actuar como síntoma centinela, avisando de la existencia de otros trastornos graves como pueden ser las enfermedades cardiovasculares. Asimismo, el Atlas de la enfermedad ha desvelado que el 35,4 por ciento de los pacientes consultan información relacionada con la patología a través de Internet, y por delante del médico de Atención Primaria. Ante esto, Lledó García ha abogado por realizar campañas de formación continuada a estos profesionales sanitarios por parte de especialistas, ofreciéndoles información sobre la prevalencia de la enfermedad, los medios de diagnósticos y las posibilidades de tratamiento. En este sentido, el estudio ha abogado también por promover la formación continuada a los médicos de Atención Primaria en el abordaje de la disfunción eréctil y, al mismo tiempo, elaborar material informativo para los propios médicos y cuestionarios específicos para el diagnóstico

La termoplastia bronquial supone una alternativa para mejorar los síntomas del asma grave

La termoplastia bronquial, que consiste en la aplicación de calor a través de un catéter introducido en el árbol bronquial, se puede convertir en una novedosa opción terapéutica para mejorar los síntomas de los pacientes con asma grave que no responden a la medicación convencional, según ha defendido el neumólogo Alfons Torrego, miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Este experto ha destacado que se trata de una terapia que, a pesar de no tener finalidad curativa, "reduce el número de agudizaciones y de hospitalizaciones". Dicho procedimiento, realizado ambulatoriamente, consiste en la aplicación de calor (65º C), generado y controlado por una fuente de radiofrecuencia, a través de un catéter introducido en el árbol bronquial por el canal de un broncoscopio flexible. El objetivo es reducir la cantidad y capacidad contráctil del músculo liso bronquial, mejorando el espasmo de los bronquios. "Mejora los síntomas de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes", según Torrego, que además añade que los estudios realizados hasta el

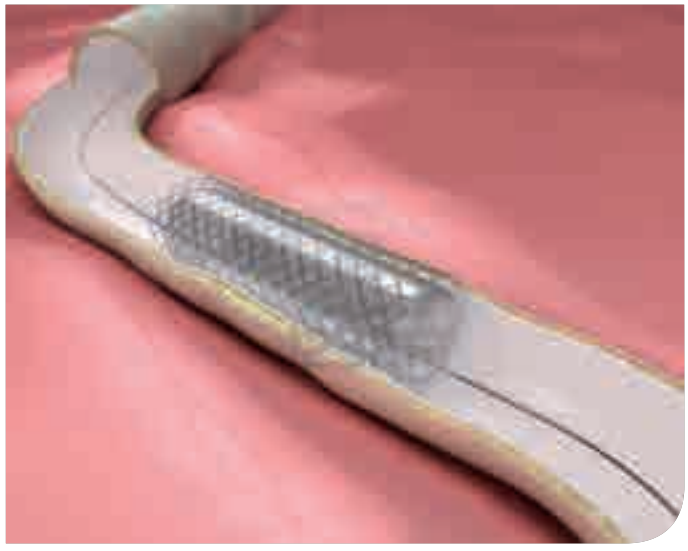


momento también reflejan que el efecto beneficioso que obtienen los pacientes de la termoplastia bronquial se mantiene al menos hasta 5 años después de su finalización. El procedimiento se divide en 3 sesiones, separadas por tres semanas entre si: la primera para tratar el lóbulo inferior derecho; la segunda, para el lóbulo inferior izquierdo, y la tercera, para ambos lóbulos superiores

Hallan un nuevo mecanismo contra la hipertensión arterial

Investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) han descubierto que la reducción de los niveles de la proteína GRK2, implicada en el desarrollo de patologías como insuficiencia cardiaca, resistencia a insulina y obesidad, podría ofrecer un tratamiento efectivo contra la hipertensión arterial. El trabajo, recientemente publicado en la revista 'Hypertension' establece ahora que esta proteína juega también un papel relevante en los procesos que desembocan

en hipertensión arterial. Concretamente los autores han observado una resistencia al aumento de la presión sanguínea al reducir los niveles de dicha proteína en modelos experimentales. "Aquellos modelos con menores niveles de GRK2 son resistentes al aumento en la presión sanguínea producido por infusión de angiotensina II, un modelo experimental que imita los rasgos de la hipertensión arterial observada en humanos", señalan los autores, para quien el estudio es de particular relevancia dado que ha sido realizado en animales adultos, tratando de reproducir las condiciones en las que es más prevalente en humanos. La investigación fue llevada a cabo por los grupos que dirigen Mercedes Salaices y Federico Mayor en la Facultad de Medicina la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (centro mixto UAM-CSIC), pertenecientes a la Red de Investigaciones Cardiovasculares (RIC) del Instituto de Investigación Carlos III. De acuerdo con el trabajo, el efecto beneficioso se produce gracias a la mejora de las capacidades contráctiles, la estructura y las propiedades mecánicas de las arterias. "Los menores niveles de GRK2 incrementan la disponibilidad de óxido nítrico en los vasos, contribuyendo así a una mayor relajación de las arterias y a una vasodilatación generalizada", explica Ana Briones, coautora de la publicación e investigadora de la Facultad de Medicina de la UAM



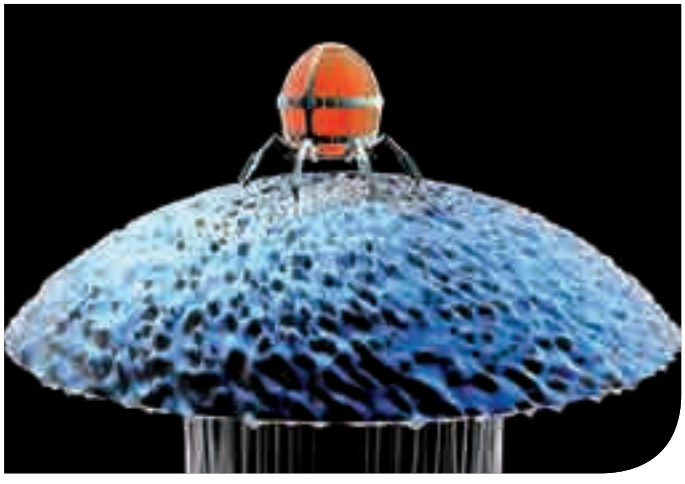
Identifican marcadores que miden el riesgo de complicaciones en pacientes con stent farmacoactivos

Científicos de la Red de Investigación Cardiovascular (RIC), perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, han identificado nuevos biomarcadores para predecir el riesgo de reoclusión o reestenosis de las arterias en las que se coloca un 'stent' fármacoactivo para tratar la arterosclerosis, la principal complicación que puede aparecer con estos dispositivos. La utilización de 'stents' para revascularizar arterias afectadas de arteriosclerosis ha supuesto una revolución en el ámbito de la cardiología intervencionista, especialmente el uso de 'stents' farmacoactivos (SFA), que inhiben la proliferación excesiva de células de la pared arterial y reducen muy significativamente el riesgo de reestenosis. Sin embargo, la colocación de estos dispositivos de primera generación lleva asociada también mayor riesgo de trombosis 'in-stent', por lo que los pacientes revascularizados con estas prótesis deben someterse a tratamientos antiplaquetarios más potentes y prolongados en comparación con los pacientes tratados con 'stents' convencionales. Un equipo liderado por el doctor Vicente Andrés, del Centro Nacional de investigaciones Cardiovasculares (CNIC), han identificado nuevos biomarcadores para predecir el riesgo de complicaciones tras la implantación, y han publicado sus conclusiones en la revista 'Circulation Cardiovascular Genetics'. En las que han demostrado una asociación positiva entre el riesgo de sufrir reestenosis y tres variantes genéticas comunes (SNPs, del inglés single nucleotide polymorphism) en el gen CCNB1 que codifica la proteína ciclina B1, un regulador positivo del ciclo celular que se expresa en lesiones reestenóticas humanas y cuya inhibición reduce el desarrollo de lesiones vasculares obstructivas en modelos animales de angioplastia. En concreto, han identificado variantes alélicas de los SNPs (rs350099, rs350104 y rs164390) localizados en el promotor del gen CCNB1 que se asocian con riesgo aumentado de reestenosis

Dejar de fumar puede mejorar la salud mental

Los profesionales de la salud que tratan a personas con problemas psiquiátricos suelen pasar por alto los hábitos de fumar de sus pacientes, asumiendo que es mejor hacer frente en primer lugar a la depresión, la ansiedad o los problemas de abuso de sustancias. Una nueva investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis, Estados Unidos, muestra que las personas que luchan con problemas del estado de ánimo o adicción pueden dejar de fumar de forma segura y que dejar el hábito está asociado con una mejor salud mental. "Los médicos tienden a tratar la depresión y los problemas de dependencia del alcohol o de drogas primero, permitiéndoles 'automedicarse' con cigarrillos si es necesario", afirma la investigadora principal, Patricia A. Cavazos-

Rehg. "Se supone que los problemas psiquiátricos son más difíciles de tratar y que dejar de fumar puede interferir con el tratamiento", agrega. Pero en el estudio, publicado en la edición digital de 'Physchological Medicine', Cavazos-Rehg, profesora asistente de Psiquiatría, encontró que renunciar o reducir significativamente el tabaquismo se relacionó con una mejora de los resultados de salud mental. Dejar de fumar por completo o reducir a la mitad el número de cigarrillos que se fuman al día se asoció con un menor riesgo de trastornos del estado de ánimo como depresión, así como una menor probabilidad de problemas de alcohol y drogas. "No sabemos si su salud mental mejora primero y luego ellos están más motivados para dejar de fumar o si dejar de fumar conduce a una mejora de la salud mental", reconoce Cavazos-Rehg. "Pero de cualquier manera, nuestros resultados muestran una fuerte relación entre dejar de fumar y una mejor perspectiva psiquiátrica ■



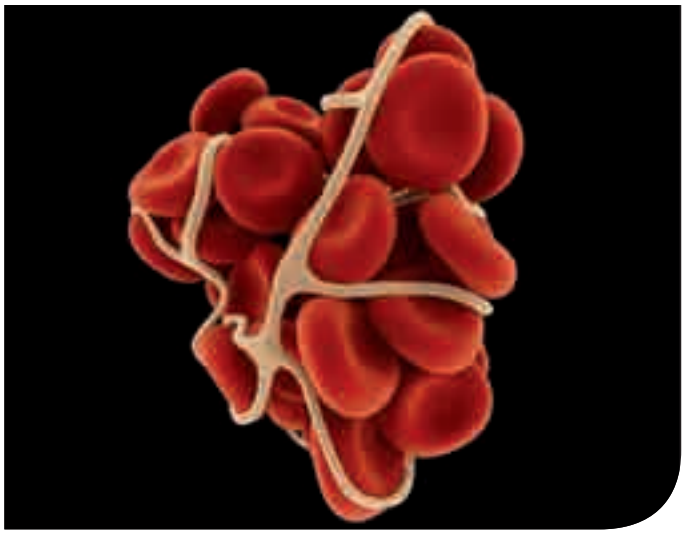
Se controlan por primera vez nanomotores dentro de células humanas vivas

Un equipo de químicos e ingenieros de la Universidad Estatal de Pensilvania, en Estados Unidos, ha colocado pequeños motores sintéticos dentro de células humanas vivas, impulsándolas con ondas ultrasónicas y dirigiéndolas magnéticamente. Los nanomotores, que son partículas de metal con forma fusiforme, se mueven por el interior de las células, girando y golpeando la membrana celular. "A medida que estos nanomotores se mueven y chocan con las estructuras dentro de las células, las células vivas muestran respuestas mecánicas internas no vistas hasta ahora", señala el profesor de Química de Materiales y Física de la Universidad Estatal de Pensilvania Tom Mallouk, uno de los autores del trabajo, cuyos resultados se publican en 'Angewandte Chemie International Edition'. "Esta investigación es una clara demostración de que puede ser posible usar nanomotores sintéticos para estudiar la biología celular de nuevas maneras. Podríamos ser capaces de utilizar nanomotores para tratar el cáncer y otras enfermedades manipulando mecánicamente las células desde el interior. Los nanomotores podrían realizar una cirugía intracelular y entregar medicamentos de forma no invasiva a los tejidos vivos", resalta este experto. "Nuestros motores de primera generación requieren combustibles tóxicos y no se mueven en un fluido biológico, por lo que no podían estudiar las células humanas . Esa limitación es un problema serio". Cuando Mallouk y físico francés Mauricio Hoyos descubrieron que los nanomotores podrían ser alimentados por ondas ultrasónicas, se abrió la puerta al estudio de estos motores en sistemas vivos. Mallouk y sus colegas también vieron que los nanomotores pueden moverse de forma autónoma, es decir, independientemente uno de otro. "El movimiento autónomo podría ayudar a los nanomotores a destruir selectivamente las células que los engloban. Si se desea que estos motores busquen y destruyan las células cancerosas,

por ejemplo, es mejor que se muevan de forma independiente, no que todos ellos vayan en una dirección"

Un nuevo enfoque evita la trombosis sin aumentar el riesgo de sangrado

En colaboración con un equipo internacional, investigadores del Instituto Karolinska de Suecia han desarrollado un anticuerpo, 3F7, que bloquea una proteína que está presente en el XII factor del sistema de coagulación. La inhibición del factor XII hace que sea posible prevenir la trombosis en los vasos sanguíneos sin aumentar el riesgo de hemorragia en entornos clínicos. Hoy en día, la trombosis se previene o se trata por medio de los anticoagulantes. Hay una amplia variedad de fármacos anticoagulantes, como la warfarina (inhibidor de la vitamina K), los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán o rivaroxaban) y fármacos del grupo de la heparina. Todos estos agentes se dirigen a diferentes componentes del sistema de coagulación de la sangre para prevenir la coagulación de la sangre y, por lo tanto, interferir con la trombosis. Sin embargo, todos estos fármacos también conllevan un mayor riesgo de sangrado en pacientes que contrarrestan parcialmente sus efectos beneficiosos. El bloqueo del factor XII (F XII) de la coagulación funciona de manera diferente en comparación con los anticoagulantes tradicionales. Se ha sabido durante mucho tiempo que los seres humanos que son deficientes en factor XII no sangran excesivamente. En 2005, Thomas Renné y su equipo de investigación descubrieron que los modelos experimentales que carecen FXII podrían no sufrir un derrame cerebral ni una embolia pulmonar, a pesar de tener patrones de sangrado normales. "Desde entonces, nuestro objetivo ha sido encontrar una forma eficaz de bloquear FXII. Ahora, hemos desarrollado un anticuerpo que bloquea FXII en la sangre humana", explica Thomas Renné. "Esto proporciona protección contra la trombosis sin aumentar el riesgo de hemorragia", afirma



La hipertensión arterial puede ser tan devastadora para la salud mundial como el VIH

La respuesta de la mayoría de gobiernos y agencias internacionales para combatir la hipertensión arterial es un poco mejor que la reacción ante el virus de la inmunodeficiencia humana /sida hace 20 años, que fue escasa y tardía, según un grupo de expertos. Sin embargo, a su juicio, hay una "negación" y malentendidos sobre el impacto de la hipertensión, a pesar de que el número de muertes atribuibles a esta condición a nivel mundial en los próximos 20 años puede descender sustancialmente la cifra de VIH/sida. Ambas enfermedades pueden también ser tratadas y manejadas como enfermedades crónicas a través de una combinación de tratamiento farmacológico y cambios de estilo de vida, pero los autores de un nuevo informe publicado en 'International Journal of Epidemiology', expertos en política social, desarrollo internacional, salud pública y VIH, plantean que la hipertensión podría ser la nueva epidemia como lo fue el VIH. "Se ha sugerido que valiosas lecciones para la hipertensión podrían ser tomadas de políticas sobre el VIH/sida. Sin embargo, hay pocos indicios de que están siendo tenidas en cuenta. Nuestra respuesta a la epidemia mundial de la hipertensión parece poco mejor que nuestra respuesta al VIH/sida hace dos décadas: demasiado poco y demasiado tarde ¿Podemos despertarnos antes esta vez, antes de que millones de personas hayan muerto?", escriben en su artículo titulado '¿Es la hipertensión la nueva epidemia de VIH?'. "El VIH es una de las principales prioridades de la salud mundial y es reconocida como una seria amenaza a la salud pública y muchos países pobres en desarrollo. La hipertensión es vista como una enfermedad de Occidente, de la prosperidad y, por tanto, de poca relevancia para los países más pobres. Esto a pesar del creciente cuerpo de evidencia de que la prevalencia en los países más pobres están avanzando rápidamente"

www.madrid.org/donarmedula

El Centro de Transfusión de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pone en marcha el sitio web www.madrid.org/donarmedula con el objetivo de aportar toda la información necesaria sobre el proceso, condiciones y aplicación médica de la donación de médula, así como los trámites para registrarse como donante de la misma.

Con el lema "donar médula, un gesto que salva vidas", este espacio trata de centralizar y canalizar el itinerario que debe hacer el posible donante, a través del Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, hasta quedar registrado en la Red Española de Donantes de Médula Ósea, REDMO.

Este espacio incluye también un folleto explicativo con información mucho más exhaustiva sobre donación de médula: requisitos, aspectos legales, tipos de donación de progenitores (por punción o por sangre periférica), los riesgos, las dudas más frecuentes, el consentimiento informado, etc. Una vez leído, el posible donante puede rellenar un formulario con todos sus datos.

Para aquellas personas que prefieran acceder por otros canales, la Comunidad ha habilitado recientemente al 012 para recabar los datos de los futuros donantes. Una vez remitidos los datos, tanto por internet como por teléfono, el Centro de Transfusión se pondrá en contacto con esa persona para darle cita

www.sandozfarma.es

Sandoz, división de genéricos del grupo Novartis, lanza una nueva plataforma con información sobre el laboratorio farmacéutico en español, accesible en el domino www.sandozfarma.es.

Esta página ha sido diseñada para ofrecer al usuario una experiencia de navegación intuitiva en términos de usabilidad, de manera que tanto los profesionales del sector sanitario como el resto de usuarios puedan acceder a la información de forma rápida y fácil. El site ha tenido en cuenta las diferentes necesidades que los visitantes pueden tener para seleccionar sus contenidos. Así, se puede encontrar desde información sobre aspectos tan relevantes como la historia y tradición de Sandoz en el desarrollo, producción y comercialización de medicamentos genéricos y biosimilares, como su amplia cartera de productos y servicios, o las acciones de Responsabilidad Social Corporativa que la compañía está impulsando a nivel global, centrada sobre todo en la lucha por erradicar la tuberculosis.

La nueva web corporativa de Sandoz cuenta también con una sala de prensa online en la que los medios de comunicación tienen acceso a las últimas noticias corporativas de la compañía en España así como de los lanzamientos de la línea de complementos alimenticios especializados en el cuidado y bienestar de la salud Sandoz Bienestar. Además, Sandoz ha habilitado un espacio prioritario en el que los usuarios tienen acceso directo al motor de búsqueda de empleo del grupo Novartis en España y en el mundo.

La web incorpora también información sobre el servicio de atención al cliente Sandoz Responde a través del cual, el laboratorio farmacéutico da soporte a las necesidades de sus clientes

www.psn.es

Previsión Sanitaria Nacional estrena nueva web, un nuevo espacio online con los profesionales como protagonistas. Con un diseño más moderno, interactivo y accesible, este site gana en contenidos y recursos para el mutualista.

La nueva página permite acceder a la amplia cartera de productos y servicios de la mutua, estar informado de las últimas novedades de la entidad e interactuar directamente con PSN. La página se adapta automáticamente al dispositivo desde el que se accede (PC, smartphones y tabletas) y permite encontrar de forma rápida lo que se busca al haberse simplificado la navegación y el diseño para hacerlo más cómodo y accesible.

En cuanto a los contenidos, la web amplía la información sobre los productos y da la opción de solicitar un asesoramiento personalizado. También gana en transparencia en todo lo relativo a información corporativa. Asimismo, incorpora además un potente visor desde el que se puede leer cómodamente la revista PSNInformación, buscar contenidos así como compartirlos en redes sociales

Spiraxin®

(rifaximina-α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratógena, 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 (≥10%), Frecuentes (de ≥ 1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥ 0,1% a <1%), Raras (de ≥ 0,01% a < 0,1%), Muy raras, incluyendo casos aislados (≤ 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: Limfocitosis, monocitosis, neutropenia. ***Trastornos del sistema nervioso:*** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. ***Trastornos oculares:*** Poco frecuentes: Diplopia. ***Trastornos del oído y del laberinto:*** Poco frecuentes: Vértigo. ***Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:*** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringeolaringal. ***Trastornos gastrointestinales:*** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, nauseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. ***Trastornos renales y urinarios:*** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. ***Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:*** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. ***Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:*** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. ***Trastornos del metabolismo y de la nutrición:*** Poco frecuentes: Anorexia. ***Infecciones e infestaciones:*** Poco frecuentes: Candidiasis. ***Trastornos vasculares:*** Poco frecuentes: Sofocos. ***Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:*** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. ***Trastornos 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, nauseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, 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'-metilpirido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizada por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas 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. Via Enrico Fermi, 1 65020 – Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP**IVA**:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

Imagen en contraportada

BAMA – GEVE

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

PRÓXIMO NÚMERO
Abril 2014

REPORTAJE
EN PORTADA

Día Mundial de la Salud 2014: pequeños vectores, grandes amenazas

Los vectores son pequeños animales, como los mosquitos, las chinches, las garrapatas o los caracoles de agua dulce, que pueden transmitir enfermedades de una persona a otra y llevarlas de un lugar a otro. Pueden poner en riesgo la salud de las personas. La campaña del Día Mundial de la Salud 2014 se centra en algunos de los principales vectores, en las enfermedades que transmiten y en las medidas que se pueden adoptar para protegerse de ellos.

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"

Miguel A. Asenjo

Profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB). Asesor científico del IL3-UB. Socio de honor de SEDISA. Ex Director del Hospital Clínic de Barcelona:
"Un poco de paciencia. Datos para opinar, dialogar, negociar y decidir"

Dr. Leopoldo Pérez de Isla

Jefe de la Unidad de Imagen Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Editor Asociado de Revista Española de Cardiología:
"Evaluación editorial de artículos científicos: Proceso de "peer-review""

José Manuel Corral

Buildings Segments Manager:
"Nuevos retos y necesidades en centros hospitalarios"

ENTREVISTAS

Antonio L. Andreu Périz

Director del Instituto de Salud Carlos III

Emilio Ignacio García

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Pedro Mata López

Presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar

OTROS TEMAS

REPORTAJE

Investigación sanitaria en la Unión Europea

RADIOGRAFÍA

Las UCI en España

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

MegaRed es la nueva generación de complementos de Omega-3

Nuevo

MegaRed

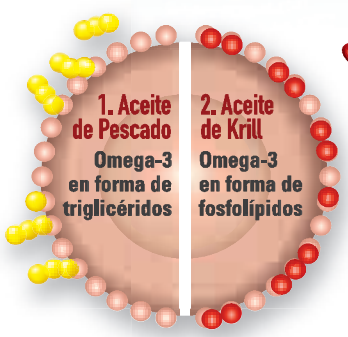
CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE LA FEC®*

RECONOCIDO

*FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN

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

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



Célula

Rápida y eficaz absorción

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

No produce regusto a pescado:

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

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

Ayuda a cuidar el corazón*

Spiraxin®

(rifaximina-α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA – GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97