



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1163. ABRIL 2015

Día Mundial de la Salud 2015: La inocuidad de los alimentos

Sanidad Autónoma a Debate

La Sanidad en La Rioja

Entrevistas

José Luis Trillo
Director General de Farmacia
y Productos Sanitarios
de la Comunidad Valenciana

Josep Basora
Presidente de semFYC

Hernán Montenegro
Coordinador de Servicios
de Salud de la OMS



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

656645.9 O

SPIRAXIN[®] 200 mg
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS Vía oral
RIFAXIMINA
12 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en página 81

El riesgo está en lo que comemos

Los alimentos insalubres están relacionados con la muerte de unos dos millones de personas al año, en su mayoría niños. Causan más de 200 enfermedades, que van desde la diarrea hasta el cáncer. Es por ello que la OMS ha aprovechado el Día Mundial de la Salud, que se celebra el 7 de abril de 2015, para fomentar medidas destinadas a mejorar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena.

En 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud propuso que se estableciera un «Día Mundial de la Salud» para conmemorar la fundación de la OMS e “instar a gobiernos, organizaciones y empresas a invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”. Todos los años se elige para esa jornada un tema de salud específico a fin de destacar un área prioritaria de interés para la OMS. Como es habitual, la Revista EL MÉDICO dedica su reportaje de portada a este tema.

En este número se incluyen también otros dos reportajes. En uno se hace una panorámica de la situación sanitaria en La Rioja. En él se pone de manifiesto que a pesar de la crisis esta comunidad venía de una situación muy favorable de períodos en los que con una razonable buena gestión de los recursos se habían logrado adecuadas infraestructuras sanitarias. Esto ha permitido que en los últimos años se haya podido dedicar el grueso del presupuesto de Sanidad directamente al paciente y muy poco a las infraestructuras. El otro recoge lo más destacado del último Congreso Nacional de Hospitales que se ha celebrado entre Elche y Alicante.

En el apartado de entrevistas contamos con la presencia en nuestras páginas de José Luis Trillo, director general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana; Josep Basora, presidente de semFYC; y Hernán Montenegro, coordinador de Servicios de Salud de la OMS.

Junto a estos contenidos se incluye también, como es habitual, otros reportajes y entrevistas, así como nuestro foro de expertos; y las secciones fijas dedicadas a la actualidad de la política sanitaria y profesional y de los principales avances médicos. Además le recordamos que puede seguir la información sanitaria al día y acceder a interesantes cursos de formación en www.elmedicointeractivo.com ■

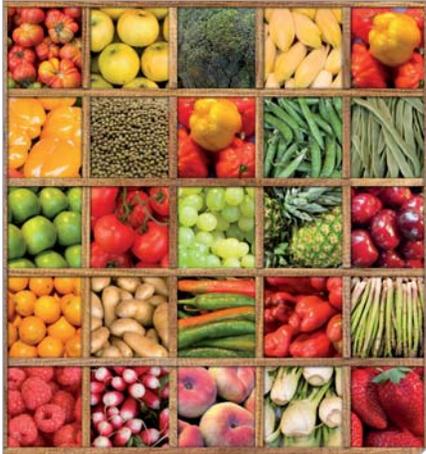


SUMARIO

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

**Día Mundial de la Salud 2015:
La inocuidad de los alimentos**



Un dato de relevancia al tema al que la OMS ha decidido dedicar el Día Mundial de la Salud 2015, el 7 de abril: La inocuidad de los alimentos. El dato en cuestión es que el alimento contaminado está vinculado a la muerte estimada de dos millones de personas al año.

20

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

El 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, un Congreso de récord



Más de 3000 asistentes de todos los ámbitos del sector sanitario se han dado cita en Elche y Alicante en el 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria (CNH), organizado por SEDISA y ANDE. Una cita en la que se ha hablado no sólo de gestión, sino también de salud, y en la que ahora que parece que empieza a mejorar la situación económica se ha puesto la vista en el futuro.

42

FORO DE EXPERTOS

FRANCISCO MIRALLES

Secretario General de CESM

10



RAMÓN OCHOA MEJÍAS

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara

12



FERNANDO MUGARZA

Director de Desarrollo Corporativo y Comunicación del IDIS

14



SANIDAD AUTONÓMICA A DEBATE

La Sanidad en La Rioja



Aunque la crisis haya marcado a todas las administraciones, La Rioja venía de una situación muy favorable, de períodos en los que con una razonable buena gestión de los recursos se habían logrado adecuadas infraestructuras sanitarias. Esto ha permitido que en los últimos años se haya podido dedicar el grueso del presupuesto al paciente y muy poco a las infraestructuras.

28

ANTONIO GANCEDO BARANDA

Pediatra



VÍCTOR RUIZ DÍAZ

Periodista

18



Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

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

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

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

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



SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a José Luis Trillo

Director General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana

36



FACME/ENTREVISTA



Entrevista a Josep Basora

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

50

HISTORIA DE LA MEDICINA

¿Quién es un enfermo? La respuesta está en el cine

66



ENTREVISTA

Entrevista a Hernán Montenegro



Coordinador de Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y especialista en Salud Pública

62

OTROS TEMAS

Presentación

3

Medicina Individualizada

56

Fue noticia

72

La instantánea médica

76

Próximo número

82

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

Otras secciones: *Derecho Sanitario*: ASJUSA-LETRAMED y Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas*: Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com.
Publicidad Barcelona: Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periódica n.º 3.657 Soporte Válido M.

Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2015. 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

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Medicinos

Farmacia

Enfermería

EQUIPO

Taller

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo

La mirad



Francisco
Miralles



Ramón
Ochoa Mejías

a maestra de la actualidad



Fernando
Mugarza



Antonio
Gancedo Baranda



Víctor
Ruiz Díaz



Sanidad y políticos

Autor | Francisco Miralles. Secretario General de CESM

El 'Pacto de Estado en Sanidad' se ha convertido en una expresión hueca, porque la gente ha comenzado a captar que los políticos la reservan sólo como comodín retórico de sus bellos discursos cuando están en el poder, mientras la olvidan y torpedean cuando se encuentran en la oposición.



Francisco Miralles

El 'Pacto de Estado en Sanidad' ha pasado a ser un concepto que no trasluce altura de miras y nobleza, sino intereses coyunturales con la vista puesta en obtener un rendimiento político a corto plazo, bien sea porque con ello demostrarían su sentido de Estado (cuando gobiernan), o bien porque hacer imposible su materialización contribuiría a deteriorar al adversario y colocarse en mejor posición de cara a las siguientes elecciones generales.

Se trata de un juego que ya resulta cansino por increíble, y lo extraño es que los políticos crean que les sigue siendo útil, porque si no me equivoco hace tiempo que el común de los ciudadanos ya no se deja embaucar por él y mide a todos ellos

por el mismo rasero, que es el de la mediocridad y los intereses de baja estofa. Y ahí están las encuestas para comprobarlo: los grandes partidos están sufriendo una

Los dos grandes partidos políticos que podrían haber materializado el acuerdo coinciden en su necesidad, pero luego son incapaces de consensuar aquello en lo que aparentemente no hay diferencias de criterio

gran erosión en sus perspectivas electorales, lo cual tiene mucho que ver, sí, con su pérdida de credibilidad entre la población.

La Sanidad pública, y concretamente el horizonte de un Pacto de Estado sobre ella, es un buen botón de muestra, si no el mejor, de lo que decimos. Y nada más adecuado que repasar la hemeroteca para comprobar su inconsistencia al respecto.

En junio de 2008, por ejemplo, el entonces ministro de Sanidad, Bernat Soria, presentó en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado su proyecto de Pacto

por la Sanidad. Y decía entonces algo tan sensato como que la descentralización "no es incompatible con la equidad en el acceso a los servicios públicos", y que el objetivo ha de ser "consolidar nuestro SNS sobre los principios de equidad, calidad, innovación, cohesión, seguridad y sostenibilidad".

Asimismo, anunciaba que el pacto sería "una garantía" de que los temas cruciales de la Sanidad "ya nunca más serán objeto de controversia política ni entre los partidos políticos ni entre las comunidades autónomas". Estas últimas, precisaba, "no deben usarla en defensa de sus distintas identidades territoriales".

Las palabras del ministro Soria ya habían sido adelantadas por el PSOE en 2004 cuando, recién llegado al Gobierno, ofreció al PP la posibilidad de alcanzar un pacto de Estado con la misma entidad

que el Pacto de Toledo, para garantizar la financiación y la sostenibilidad económica del SNS. Los socialistas creían entonces necesario alcanzar un pacto estatal que contase con la misma participación y el mismo grado de consenso que se consiguió en el terreno

de las pensiones, "para que las generaciones venideras puedan tener garantizado este derecho". Y apostaban por impulsar "un debate sereno, muy participado y consensuado", entre las comunidades autónomas y las formaciones políticas, sobre la cartera de servicios que puede permitirse la Sanidad pública.

La idea del Pacto de Toledo en materia de Sanidad también fue propuesta por el PP en el marco de la ponencia sobre política social que debatió este partido en su XV Congreso Nacional, celebrado en octubre de 2004, y volvería a plantearla cuando de nuevo accedió al poder en las últimas elecciones generales.

Se ve, pues, que los dos grandes partidos políticos que podrían haber materializado el acuerdo coinciden en su necesidad, pero luego son incapaces de consensuar aquello en lo que aparentemente no hay diferencias de criterio. ¿Por qué? Ese tipo de cosas es lo que desconcierta a los ciudadanos, que llegan a la conclusión de que a los políticos no les mueve tanto el objetivo de salvaguardar el funcionamiento de uno de los pilares del Estado de Bienestar como el de utilizarlo como instrumento de confrontación entre sí, sea con razón, como ocurre algunas veces, o, como sucede en la mayoría, con carácter forzado y en alguna medida demagógico.

Ante esta situación, desde CESH nos reafirmamos en las propuestas que en marzo

de 2009 hicimos a la iniciativa ahora en el olvido del ministro Soria.

La primera de ellas es que el SNS no puede seguir sometido a la discrecionalidad con la que actúan los Servicios de

Salud de las comunidades autónomas en aspectos como las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos o las políticas de personal.

La desintegración de SNS, que está dejando de ser un 'sistema' estatal para convertirse en

un conglomerado de servicios autonómicos que hacen y deshacen a su antojo, se manifiesta desde hace tiempo en hechos como los siguientes:

- Los pacientes comienzan a tener diferente acceso a los Servicios de Salud (tabaquismo, cambio de sexo, vacunaciones, etc.) dependiendo de la región en la que viven.
- Los médicos vemos coartado el derecho a la libre movilidad en el conjunto del Estado y nuestras condiciones laborales, así como de promoción y desarrollo profesional, varían sustancialmente entre las diversas CCAA.
- Resulta complicado incluso llegar a acuerdos para crear institutos de investigación o centros para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades raras (por citar sólo dos ejemplos), que la lógica aconseja sean supracomunitarios.

El pacto que demanda CESH para volver a situar al SNS en la senda que nunca debió abandonar se soporta sobre dos ejes fundamentales: el primero es que el Ministerio ha de liderar el Consejo Interterritorial para hacer realidad los principios de cohesión y equidad, lo cual



exige que las decisiones adoptadas en él sean vinculantes. Y el segundo es dotar al SNS con mayores recursos económicos, haciendo un esfuerzo presupuestario similar al que llevan a cabo los países europeos más desarrollados, lo que significa incrementar el gasto público en aproximadamente dos puntos sobre el porcentaje de PIB.

Se trata de metas razonables y en buena medida, como decíamos, compartidas por quienes podrían hacerlo posible. Pero si los políticos siguen como hasta ahora, es decir, desmintiéndose en la realidad a sí mismos, los médicos tendremos que buscar otras vías, como es la de aliarnos con aquellos sectores sociales y de ciudadanos más comprometidos con la defensa de la Sanidad pública. En otras palabras: exigir desde la sociedad civil lo que la 'clase' política se muestra incapaz de conseguir ■



El médico como paciente

Autor | Ramón Ochoa Mejías. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara

Cuando el médico está enfermo de algo que no es su especialidad se plantea a quién consultar. El médico al que se consulta ha de ser del grupo de los buenos, pero no el mejor, pues además de saber ha de ser amable, servicial, generoso y estar dispuesto a todas horas. Este aspecto de la disponibilidad es tan importante que debe servir para consultar al móvil del elegido en cualquier momento, aunque por ello precisamente no lo hagas. Uno se plantea: voy a ser tan considerado como él conmigo. De entre los buenos y sabios, se elige al más asequible y afectuoso, confiando en su mayor sabiduría con respecto a la enfermedad.



Ramón Ochoa Mejías

Para que suene bien una orquesta ha de contar con solistas competentes en todos los instrumentos, pero... ha de haber un director que señale con la batuta en qué momento entra cada uno, siempre bajo su dirección.

En la clínica se da la circunstancia de que para curar a un paciente participan: cardiólogo, endocrinólogo, urólogo, oncólogo, etcétera... Dará igual cuántos especialistas intervengan, pero uno es el que dirige y al que el médico enfermo puede dirigirse para cuantas dudas tenga que solucionar.

Dice el Evangelio, que la verdad os hará libres. En el caso de la enfermedad es

aún más necesario. Se dice que la verdad es cruda siempre y no es cierto. El médico debe explicar al paciente con claridad y veracidad la biología de la enfermedad.

El médico debe explicar al paciente con claridad y veracidad la biología de la enfermedad. Y el paciente debe sentirse querido para colaborar incondicionalmente con él

He contado mil veces que cuando me desplazaba a casa de mi madre, ya anciana, mi primer gesto era inclinarme hacia adelante para besarla, pues estaba sentada en su sillón. Yo le daba su beso y ella me apretaba pasando el brazo por detrás de mi cabeza y en vez de uno me daba tres o cuatro besos de ametralladora. Cuando me soltaba y me estiraba, ella miraba a mi barriga

y me decía: "Hijo mío, con 20 kg. menos todavía estarías más guapo". ¿Hay una forma más bonita que esta para llamarme gordo -hecho objetivo- y demostrar amor del bueno?

El médico debe exponerte toda la verdad con respecto a la enfermedad por la que le consultas. Así, con ciencia y con la verdad se consigue todo; a veces, un procedimiento diagnóstico o terapéutico agresivo o arriesgado.

Sobre plazos, listas de espera... imaginen a un médico afectado de un cáncer agresivo que cuando pregunta: "¿cuándo me vais a operar?" recibe la respuesta: "veremos cuando hay un hueco". El paciente tiene angustia y no se la resuelven. Entiendo que la respuesta ha de ser: "lo



antes posible, la espera será mínima para que no te perjudique”. No puede haber otra respuesta.

La seguridad que debe emanar del médico que va a tratarte es incompatible con la duda, diagnóstica o terapéutica. Si duda el que tiene en su mano tu futuro, ¿qué tranquilidad te da para someterte a una prueba o una intervención agresiva? El médico ha de llevar de la mano al pa-

ciente para evitarle sufrimiento y darle confianza. Sin confianza la relación médico-enfermo nace ya deteriorada. Pero la confianza hay que ganarla día a día.

En casa hablamos con mucha frecuencia de Ética y Deontología, y mi mujer, médico de familia, me recuerda que durante mi carrera yo no he estudiado como ella, ética ni estadística. Yo le recuerdo

que en nuestras casas daban importancia al comportamiento con el prójimo y es por ello que repetían: “en caso de duda tú trata siempre al paciente como si fuera tu padre”. Parece expresión de poca profundidad pero... tiene más que todas las frases que pudieran ocurrirnos. No es mala guía de conducta tratar a todo el mundo como si fuera tu padre. El paciente debe sentirse querido para colaborar incondicionalmente con el médico. Hace unos años terminaba de operar un enfermo de urgencias a las 4 de la madrugada y contaba a mis ayudantes, anestesista, instrumentista, auxiliares y celador, que en el pueblo de mi madre había dos niñas con retraso mental que al verme se acercaban a besarme y a ajustarme la corbata y yo, sin pensarlo mucho, dije: “a las niñas y niños retrasados les gusta mucho, por su especial sensibilidad, que les quieran”. La enfermera instrumentista, que era una explosión de belleza facial, corporal y mental, añadió: “y a los no retrasados también nos gusta que nos quieran”. Aprendí que por mucho que sepas, desees y necesites que te quieran, y aún mucho más estando enfermo. He procurado no olvidarlo a fuerza de repetirlo.

Por último, el médico debe mandar. Cualquier médico es capaz de agradecer, incluso que le manden. Eso sí, alguien con más sabiduría y experiencia que él.

Por todo esto, hago una parada y reposo:

- El médico debe estudiar y saber cuanto más, mejor.
- Ha de ser amable, amigo y compañero
- Ha de decir la verdad y el paciente que elija entre las distintas opciones
- Ha de querer a sus pacientes, aunque a veces cueste esfuerzo.
- Y ha de estar siempre dispuesto.

Cuando se cumplen todas estas circunstancias, el éxito está asegurado ■



10 estrategias y un paciente “empoderado”

Autor | Fernando Mugarza. Director de Desarrollo Corporativo y Comunicación del IDIS

Vivimos una época de profundos cambios en todos los sentidos, en el aspecto social, en el económico, en el político y por qué no en el cultural y en el vinculado a nuestros valores como sociedad. Nada es mejor ni peor que lo anterior, sino simplemente diferente, y esto es bueno que sepamos aceptarlo y verlo con la mayor de las naturalidades. En esta época de cambios, el paciente también es otro, más informado, más activo. Un paciente “empoderado” exige que exista una equidad real y que no haya diferencias entre los 17 sistemas de salud, representados por las diferentes Comunidades Autónomas.



Fernando Mugarza

No es función de esta reflexión aspectos que no correspondan al entorno de la salud, por ello me voy a ceñir a una cuestión que creo que es determinante hoy en día, el denominado “empoderamiento del individuo” como tal, como parte integrante de una sociedad que nos envuelve a todos, que nos conecta a través de un sinfín de medios y herramientas de comunicación y que, por lo tanto, tiene no sé si un conocimiento más exhaustivo de los temas como un acceso inmediato a las fuentes de información en las que puede encontrar todo tipo de datos relacionados con el asunto que sea.

Centrándonos en el empoderamiento y vinculando este calificativo a la salud, podemos encontrar buena parte de las explicaciones a la situación de cambio que estamos viviendo en el sistema sanitario español

Ello determina dos puntos de reflexión muy importante. Por un lado, ¿qué es más importante hoy en día, saber mucho

en base a métodos puramente memorísticos, deductivos o inductivos o saber cómo y dónde buscar la información, es decir estar más que versado en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación? Por otro lado, otro de los aspectos sobre el que me gustaría reflexionar es sobre el nivel de conocimiento y acceso a la información que tenemos como ciudadanos. Probablemente nunca se ha producido un hecho como el actual, es decir, que tengamos tanta in-

formación disponible y a nuestro alcance en un corto espacio de tiempo. Hoy si tenemos un problema con la información es que nos llega demasiada, es difícil discriminarla, y por ello podemos “morir en el intento” de tratar de acaparar todo.

Pero centrándonos en ese “empowerment” que dicen los anglófonos, en el empoderamiento que decimos nosotros y vinculando este calificativo a la salud, podemos encontrar buena parte de las explicaciones a la situación de cambio que estamos viviendo en el sistema sanitario español.

Por un lado podemos hablar del problema de acceso a los servicios que nos ofrece el propio sistema en sus diferentes versiones. Un paciente informado no solo co-



labora en la gestión de su propia salud, sino que además exige que los centros a los que acude, primero sean accesibles y no tengan listas de espera interminables, que estén dotados adecuadamente tanto de personal como de infraestructuras así como de un equipamiento y aparataje moderno y adecuado.

Un paciente “empoderado” exige que exista una equidad real y que no haya diferencias entre los 17 sistemas diferentes de salud, representados por las diferentes Comunidades Autónomas. Hoy estamos viendo el debate que se está produciendo respecto a este tema con tres problemas clave, que sirven de ejemplo y que están relacionados con esta cualidad intrínseca de nuestro SNS: el del acceso equitativo, en igualdad de condiciones, a los tratamientos oncológicos, el caso de la hepatitis C y, sin ir más lejos, el problema de la cobertura vacunal en dependencia del lugar donde residas.

Un paciente informado y con capacidad de discernir y ser copartícipe en la gestión de su propia salud y la de los suyos ve con asombro cómo la gratuidad del sistema es ya una utopía, puesto que la interposición de diversos copagos diferenciales entre Comunidades y las variaciones en

las aportaciones de las denominadas clases activas y pasivas, hacen que esta cualidad hoy se haya transformado simplemente en un “slogan”. Mensaje que cada vez va a estar más alejado de la realidad, puesto que un sistema que adolece de suficiencia financiera que se irá agravando progresivamente, simplemente por el perfil poblacional de nuestra sociedad (geriatriización), la cronicidad asociada, los nuevos tratamientos y métodos de diagnóstico cada vez más sofisticados y onerosos y la inadecuación

estructural de nuestro sistema plagado de hospitales de agudos y de corta estancia, va a hacer necesaria una reorganización de la cartera de servicios, además de otras medidas, si es que queremos que nuestro sistema público perdure en el tiempo y sea competitivo.

Por último, y no por ello menos importante, nos queda otra cualidad, la de la universalidad. Universalidad que también es parte del debate, y prueba de ello son las diatribas que han surgido recientemente

en las CC.AA con el fenómeno de la inmigración, aspecto este que en el tiempo va a tener un mayor impacto si cabe. Por otra parte esta universalidad se ha podido mantener hasta ahora gracias a los casi 10 millones de personas que han venido utilizando de una forma asidua el sistema

sanitario de provisión privada, descargando de esta forma y de un modo muy notable al sistema público de salud de presión asistencial y financiera.

Con todo y con ello, vivimos como

comentaba, una situación de cambio profundo en el que el protagonista es el ciudadano. De hecho, todos observamos cómo incluso en el panorama político irrumpen con fuerza en algunos países opciones que teóricamente surgen del empoderamiento ciudadano frente al “establishment”. Pues bien, algo parecido comienza a ocurrir con la salud. Todos hemos podido apreciar con asombro como el ciudadano es capaz de tomar la calle literalmente y ejercer su derecho a manifestarse públicamente con temas puntua-

Un paciente informado y con capacidad de discernir y ser copartícipe en la gestión de su propia salud y la de los suyos ve con asombro cómo la gratuidad del sistema es ya una utopía



les como el acceso a los nuevos tratamientos frente a la hepatitis C, las nuevas vacunas o la externalización de la gestión. La salud cada vez tiene más protagonismo en el discurso social, sin duda.

Y frente a esta nueva tendencia o mejor dicho realidad, ¿qué podemos hacer cada cual desde su nivel de responsabilidad y entorno laboral? Para mí la respuesta es muy sencilla: no poner puertas al campo, dejar que el río fluya y aprovechar las enormes oportunidades que de ello derivan. Pero claro, para hablar de oportunidades hay que mantener un espíritu creativo, emprendedor y dispuesto a aceptar que las cosas cambian y que es bueno además que cambien, es decir, hacer bueno el dicho popular de “la necesidad de adaptarse al cambio”, o lo que es lo mismo, “camarón que se duerme, se lo lleva la corriente”, que dirían otros.

Nuestro Sistema Nacional de Salud precisa de una reforma consensuada con todas las partes o grupos de interés que lo conforman e interactúan con él. Dicha reforma ha de ser nuclear, estructural y no coyuntural, si es que queremos dotar de futuro y confianza a nuestro sistema y pretendemos que ese ciudadano o paciente empoderado encuentre de nuevo las características fundamentales relacionadas con el sistema: la accesibilidad, la equidad y la cohesión. Otros aspectos, como la gratuidad de todo y para todos, han de ser palancas de cambio que hay que articular y adaptar a los tiempos de máxima exigencia que vivimos.

La reforma necesaria tendría diez ejes que la articulan, el primero el de la revisión necesaria del catálogo de prestaciones. Es paradójico que haya patologías menores

que no entrañan riesgo para la vida, por no particularizar, y sin embargo haya problemas de financiación y acceso en casos en que sí que nos jugamos nuestra existencia, tal es el caso del cáncer, de la hepatitis C, de las enfermedades raras, de las vacunas frente a patologías potencialmente graves, como la meningitis tipo B, la varicela o la enfermedad neumocócica, entre otras. Tampoco es comprensible en este apartado que financemos todo y dejemos al

Nuestro Sistema Nacional de Salud precisa de una reforma consensuada con todas las partes o grupos de interés que lo conforman e interactúan con él. Dicha reforma ha de ser nuclear, estructural y no coyuntural

descubierto buena parte del vasto campo de la atención sociosanitaria de nuestros mayores, que son los que más cuidados precisan.

Otro aspecto clave de reforma es el de actuar sobre la gobernanza del sistema. Es necesario cambiar los modos, usos y costumbres en relación con la gestión de los recursos humanos del sistema, aportando conceptos tan asumidos por la sociedad como la evaluación reconocida de objetivos y del desempeño en términos económicos y de desarrollo de carrera profesional. En el sistema del futuro, o mejor dicho del presente, han de estar todos los que tienen que estar por sus resultados y cualificación, gestionando los tiempos adecuadamente, para atender a la demanda creciente que hay y que se nos viene encima.

Un tercer aspecto a reformar es el de la corresponsabilidad de los ciudadanos en la gestión de su propia salud, siendo perfectamente conscientes de que la teórica gratuidad no es tal y que todo lo que se usa se paga, y lo pagamos entre todos solidariamente. Por ello es muy importante que seamos conscientes del gasto que generamos con nuestras decisiones en materia de salud.

Un cuarto elemento clave es el de la reforma y adecuación de las estructuras de

nuestro sistema a la realidad demográfica actual y de futuro. No es apropiado que hospitales y centros de agudos y de corta estancia sean también los puntos de referencia a la hora de tratar y gestionar la cronicidad y el envejecimiento. Precisamos, sin duda, de un número incremental de centros de media y larga estancia en los que los procesos son mucho menos onerosos que en un hospital de agudos, como son la mayoría de los que disponemos actualmente.

En quinto lugar emerge un elemento que genera un debate estéril y que se ha politizado de una forma interesada. Una reforma que se precie debe girar en torno a la utilización eficiente y efectiva de todos los recursos disponibles, vengan de donde vengan, sean públicos o privados, gestionados de una forma sinérgica de tal forma que aprovechemos toda la capacidad instalada. En este sentido, hemos de evitar apriorismos dogmáticos, más o menos demagógicos, que a nada bueno nos conducen y fomentan los fenómenos de colaboración público-privada en sus versiones tradicionales y también explorar formas novedosas de colaboración que tengan como marchamo básico el de la calidad reconocida y acreditada.

En sexto lugar, y no por ello menos importante, la interoperabilidad de los sistemas público y privado. Este aspecto es nuclear, fundamental, ya que además de evitar duplicidades y gastos redundantes palia en cierta medida la variabilidad y hace que el paciente empoderado, corresponsable de su propia salud y propietario de todos sus datos e historial clínico, pueda circular libremente entre sistemas; transitando entre el entorno público de asistencia sanitaria y el privado de una forma libre y sin cortapisas.

El punto número siete hace referencia al hecho de que es fundamental dotar al nuevo sistema de las herramientas tecnológicas que hoy por hoy ya están disponibles, me refiero a todo lo relacionado con la salud digital, e-Health,

m-Health, u-Health, es decir la tecnología más rampante y disruptiva al servicio de la salud, la eficiencia y la efectividad de la práctica clínica y su gestión. El uso de la telemedicina, la teleasistencia y la telerehabilitación, el manejo de los pacientes crónicos a distancia (desde el domicilio o desde la consulta de atención primaria, en contacto directo, “online”, con el especialista), la segunda opinión por vía telemática, el uso de los “wearables” de monitorización de constantes, el fenómeno de la “gamificación” desde el punto de vista de la educación para la salud y la prevención, la historia clínica electrónica interconectada y ensamblada entre sistemas y entornos geográficos, la receta electrónica que permite un seguimiento del paciente crónico en materia de cumplimiento “compliance” y adherencia terapéutica, la cita médica “online”, etc... son todos ellos elementos que hemos de incorporar de rutina a nuestro nuevo sistema sanitario español. Hoy en día, si queremos ser de verdad eficiente, no podemos vivir de espaldas a las grandes ventajas y beneficios que nos ofrecen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En octavo lugar y para disponer de un sistema sanitario “engrasado” y competitivo se hace necesario que el profesional y el centro sanitario tenga desde el punto de vista de idiosincrasia, interiorizado en su cultura, la misión de ser un punto de referencia para el ciudadano, no solo en materia médico-quirúrgica, sino también y de forma muy especial en dos entornos clave: la educación sanitaria vinculada a la prevención y el consejo psicosocial necesario. No hemos de olvidar que buena parte de las patologías que nos afectan y en algunos casos abruman tienen un componente psicosomático destacado y, si dedicamos tiempo y somos capaces de identificarlo, seguro que seremos muchos más eficaces, efectivos y eficientes en nuestra práctica clínica.

El punto número nueve hace referencia a la necesidad de impulsar y proyectar



prácticas saludables entre la población. Se echan de menos campañas dirigidas a la prevención de patologías de alta prevalencia que generan un enorme gasto sanitario, me refiero a la obesidad y su asociación con el síndrome metabólico, la diabetes tipo 2 y el riesgo cardiovascular; el sedentarismo dentro del mismo contexto; el tabaco en relación a los diferentes tipos de cánceres que son capaces de inducir; la vacunación del adulto como

forma de prevenir patologías infecciosas prevalentes; el ejercicio o la propia alimentación saludable; el no consumo de alcohol y drogas, entre otras muchas. El ciudadano, el paciente, debe ostentar siempre nuestro punto de atención y no solo cuando está enfermo, sino cuando todavía no ha enfermado pero tiene ya prácticas y hábitos de riesgo.

Por último, y no por ello menos importante, un moderno sistema de salud que se precie y que pretenda ser solvente, sostenible, solidario y competitivo debe apostar por la I+D y la innovación junto a la gestión del conocimiento en red. No puede ser dependiente de un “cuidador” asimilado a las patentes que nos vienen del exterior. España es un país de innovación, así lo ha demostrado tantas y tantas veces, y la salud no está al margen de este fenómeno. No puede ser que nuestros mejores profesionales estén pensando en marcharse a otros “caladeros”, hemos de ser capaces de retener el talento con la incentivación adecuada que merece. Solo así seremos polo de atracción y de referencia en materia sanitaria frente al mundo. España además del turismo, de la gastronomía, de la moda, debe ser referente en materia de salud, convirtiéndose en espejo para el mundo.

Y en estos diez puntos básicos, clave, el ciudadano, la sociedad, el paciente empoderado ha de ser nuestro referente, ha de estar siempre en nuestra mente, en nuestras estrategias, en nuestros planes de acción, en nuestros objetivos y resultados. Solo si es así, si le dotamos de lo mejor, que no tiene por qué ser lo más caro, y lo hacemos protagonista real del cuidado de su propia salud, conseguiremos en un plazo razonable de tiempo ocupar el espacio que merecemos en el concierto mundial de la salud. Un reto que nos implica a todos y que con la suma de todos es como daremos valor de verdad a nuestra sanidad y a nuestro sistema. Las nuevas generaciones, todos, lo merecemos ■



La importancia de la Pediatría Social

Autor | Antonio Gancedo Baranda. Pediatra
Víctor Ruiz Díaz. Periodista

Las condiciones ambientales y sociales que rodean el crecimiento y la vida de los niños y adolescentes son determinantes para su salud, y un campo donde aún hay mucho que explorar y avanzar. La Pediatría Social es la especialidad que intenta dar respuesta a estos problemas de origen social, y cobra más protagonismo en situaciones de crisis económicas y políticas como las actuales. En 2014, un estudio reveló que “1/3 de la población infantil española está en riesgo de pobreza” (Unicef), y este descenso en las condiciones de vida de los menores y sus consecuencias deberán ser tenidos en cuenta por los profesionales sanitarios que los atenderán.



Antonio Gancedo Baranda



Víctor Ruiz Díaz

Nuevas patologías, nuevas soluciones

En nuestra sociedad y en nuestro entorno cultural está también el origen de nuevas patologías como el ciber-acoso, la ciberdependencia, etc. También se aprecia la reaparición de antiguos problemas de salud que afectaron a nuestra infancia y adolescencia en el pasado, como es el tema de la desnutrición.

La Pediatría Social surgió para valorar y atender al menor en el entorno en el que se desarrolla y cómo influye éste en su salud o cómo ésta repercute en aquel. Es un abordaje holístico, basado en una visión bio-psico-social del quehacer médico.

Un ejemplo de intervención

Expongamos una experiencia frecuente en la que se interviene desde una consulta de Pediatría Social. La adolescente que lla-

maremos A tiene ahora 15 años y en los últimos 3 ha desarrollado síntomas que la traen finalmente a la puerta de Urgencias:

“La paciente entra por Urgencias por 4ª vez en 2 semanas por dolor abdominal. Hembra, 14 años. El día X de XX inició el dolor abdominal, de intensidad intermitente, inicialmente urente, sin pirosis, sin vómitos ni regurgitaciones. Inicia tto. con omeprazol 20 mg/12 h hasta ahora. Los primeros días le añadieron almagato con alivio transitorio; hace 3-4 días dicho fármaco, ya no le aliviaba y lo retiró. Al parecer el dolor dejó de ser urente para ser más punzante”.

Nuestra quinceañera A no se encuentra en el tercer mundo, ni vive en un barrio marginal, estudia en un instituto de lo

más normal. Ella misma es de lo más normal, es decir, tiene sobrepeso como el 30 por ciento de los de su edad. Sigamos con su historia clínica.

“La paciente refiere incremento del dolor abdominal de localización epigástrica, de tipo punzante, que le ha llegado a despertar una noche. No se modifica el dolor con la defecación ni con la ingesta de alimentos, la cual ha disminuido discretamente. No manifiesta sintomatología miccional. No alteraciones menstruales. Sin otra sintomatología. Evita en la alimentación grasas. Le dan dieta sin grasa y as-tringente”.

Tanto ella como sus padres están muy preocupados piensan que tiene algo “malo”, y ese dolor está haciendo que se

mantenga en el domicilio numerosos días.

“Debido a la persistencia del dolor se ingresa en un centro hospitalario, para tratamiento sintomático con omeprazol y analgesia IV. Inicialmente persistencia del dolor, que precisa analgesia varias veces al día. No ha presentado fiebre, vómitos, ni otra sintomatología”.

Como consecuencia, ya tenemos a nuestra paciente, plenamente “inmersa” en nuestro sistema de salud y comenzando un recorrido de pruebas y tratamientos para descartar patología orgánica. Debido a ello precisará ingreso hospitalario, pruebas complementarias dirigidas, con su consiguiente afectación de la vida normal de una adolescente, la alteración de la vida familiar y el consumo de recursos sanitarios.

Este caso relatado representa un caso real y se han ocultado los datos de filiación para no vulnerar la intimidad de la paciente.

“Rehistoriada durante el ingreso: Refiere no estar a gusto en el instituto, no tiene amigos, la ofenden, pasa los recreos en la biblioteca estudiando. Muy madura y responsable para su edad, le gusta estudiar. Pero sí refiere que le gustaría tener amigos y que siente ansiedad por las mañanas al ir al colegio. Le gustaría quedarse en casa estudiando. Está en trámites de cambio de instituto, en el que están sus únicas amigas del entorno extraescolar”.

Paciente afortunada

Las pruebas realizadas no indican ningún tipo de patología orgánica. El hospital donde ingresó la menor contaba con una

consulta de Pediatría Social, a la que es derivada tras el alta, y allí anotan:

“La menor refiere que desde el año 20XX, sufre distintas agresiones en el colegio, que se han mantenido hasta su última per-

La Pediatría Social surgió para atender al menor en el entorno en el que se desarrolla. Es un abordaje holístico, basado en una visión bio-psico-social del quehacer médico

manencia en el colegio. Dichas agresiones han variado desde los insultos, mofas, amenazas hacia su persona en relación sobre todo, con su aspecto físico, hasta agresiones físicas continuadas, junto a maltrato del material escolar de la

paciente. Refiere que en numerosas ocasiones ha puesto dichas situaciones en conocimiento de la tutoría, jefatura de estudios de su centro, sin que haya obtenido respuesta ni acción que, según ella, condujera a la eliminación de dichas agresiones, comentando que las contestaciones recibidas eran con el argumento principal de..” son cosas de chicos”. Identifica perfectamente a los supuestos agresores. Sostiene que dicha actitud le hace sentir como “un marciano, una desgraciada, lo peor que hay en la tierra, un monstruo”. Achacando parte de la situación que vive a su obesidad, presentó alteraciones del comportamiento alimentario el año pasado.

Sostiene que debido al pavor que tiene a ir al colegio y encontrarse con los supuestos agresores y con la falta de apoyo, que ella percibe por parte de su colegio, no acude al colegio, presentando por las mañanas nerviosismo y angustia. Duerme mal. Dicha situación de absentismo escolar está puesta en conocimiento de la mesa de absentismo escolar. Su pediatra de Atención Primaria, le ha firmado una baja escolar por un periodo de seis meses y está pendiente de la valoración por parte de la delegación de la Consejería de Educación.

A lo largo de la entrevista se mantiene

con facies melancólica, poca interacción visual y rompiendo a llorar en varias ocasiones.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: Situación compatible con acoso escolar. Criterios psicopatológicos sugerentes de trastorno depresivo mayor.

TRATAMIENTO:

- Citarse de manera preferente en su Centro de Salud Mental Infante-Juvenil.
- Acudir a su centro escolar y proponer que valoren el poner en funcionamiento el “protocolo para la corrección y sanción de situaciones de acoso escolar en los centros docentes no universitarios de la comunidad de Madrid”.

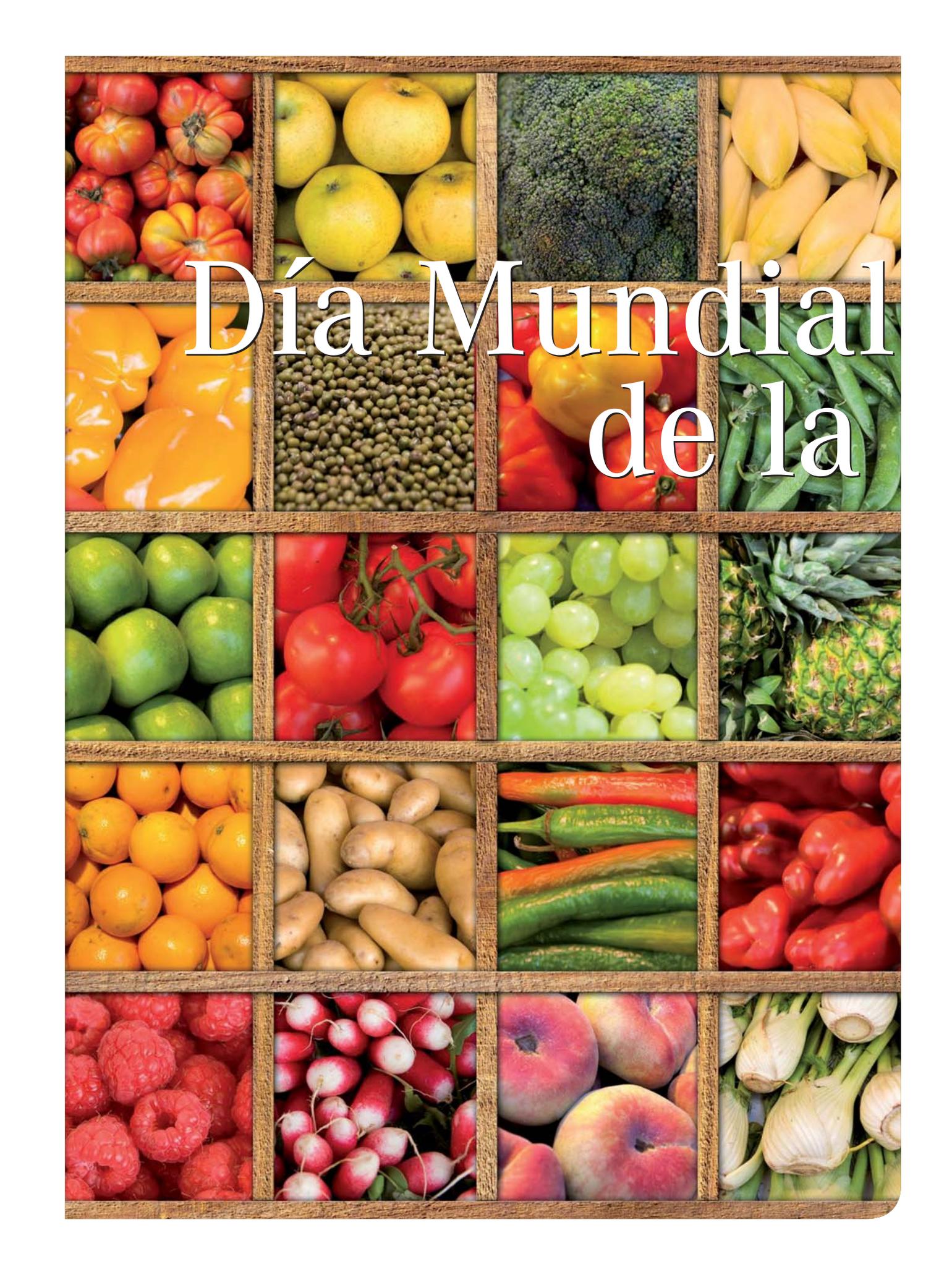
Resultado

En el instituto donde estudiaba A negaron la existencia del protocolo que el Pediatra Social indicó. La paciente cambió de instituto y, según dice el informe:

“Ahora se encuentra en el I.E.S..... y , aunque ha repetido curso, 3º ESO (básicamente debido la baja asistencia), se encuentra mucho mejor física y psíquicamente, más arropada y segura. Refiere buen entorno escolar. Pendiente de resolver la situación de los libros. Alta en esta consulta.”

En este caso, queda patente que el haber contado con una consulta o especialista de Pediatría Social evitó el que la paciente siguiera transitando por distintos centros sanitarios y haciéndose pruebas sine die, para acabar probablemente cronificando un problema que en realidad no tenía origen orgánico y que repercutiría severamente en su bienestar físico, psíquico y social.

Éste sólo es un caso, de los miles que quedan por tratar desde sus causas, que cada vez más tienen su origen, agravamiento y/o su solución, en el entorno tanto familiar, escolar y social en el que se desarrolla nuestra infancia y adolescencia ■

A 4x4 grid of various fresh fruits and vegetables in wooden crates. The top row contains tomatoes, lemons, broccoli, and yellow bell peppers. The second row features yellow bell peppers, green peas, a mix of red and yellow bell peppers, and green beans. The third row shows green tomatoes, red tomatoes, green grapes, and a pineapple. The fourth row includes oranges, potatoes, green and red chili peppers, and red bell peppers. The bottom row consists of raspberries, radishes, peaches, and fennel bulbs.

Día Mundial de la

Salud 2015: La inocuidad de los alimentos

Un dato de relevancia al tema al que la OMS ha decidido dedicar el Día Mundial de la Salud 2015, el 7 de abril: La inocuidad de los alimentos. El dato en cuestión es que el alimento contaminado está vinculado a la muerte estimada de dos millones de personas al año, en su mayoría niños. Alimentos que contienen bacterias dañinas, virus, parásitos o sustancias químicas son responsables de más de 200 enfermedades, que van desde la diarrea hasta cánceres. Aunque pueda parecer un tema que afecta más a los países en vías de desarrollo o subdesarrollados, en un mundo globalizado nos afecta a todos. Los retos para los sistemas nacionales de inocuidad de los alimentos son constantes, y por ello, el mensaje (y el trabajo) de la Organización Mundial de la Salud es el de mejorar el trabajo conjunto, coordinado entre todos los países, para prevenir, detectar y responder a los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.

Texto | Antonio Pais



REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2015: La inocuidad de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su presidenta, Margaret Chan, recuerdan que la inocuidad alimentaria es una responsabilidad compartida. Los esfuerzos de la OMS siguen la línea marcada en el *Codex Alimentarius*, una colección de normas internacionales en

alimentos, directrices y códigos de prácticas. La OMS brinda orientación y ayuda a los diferentes países para desarrollar y mejorar sus sistemas

nacionales de inocuidad de los alimentos. Un primer paso, un primer ejemplo: las cinco claves de la OMS para oferta de alimentos más segura: manténgalos limpios; separe los alimentos crudos de los cocinados; cocine los alimentos completamente; mantenga los alimentos a temperaturas seguras; use agua y materias primas seguras. El Día Mundial de la Salud 2015 es una oportunidad para alertar a las personas que trabajan en diferentes sectores relacionados con la alimentación acerca de la importancia de la inocuidad alimentaria: tener la confianza de que lo que se come está en buen estado.

La gran pregunta es cómo conseguir esa garantía de inocuidad, el reto por el que trabajan la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Margaret Chan incide en que la seguridad alimentaria “es un problema oculto y a menudo se pasa por alto. Las enfermedades transmitidas por alimentos, ya sean causadas por una infección aguda debida a un patógeno o por la exposición crónica a productos químicos, son en su mayoría subnotificadas y nadie tiene cifras precisas sobre sus efectos en la sociedad”.

En 2015, por primera vez, la OMS publicará las estimaciones de la carga global de enfermedades transmitidas por los alimentos; conocer “su” problema permitirá a cada país respaldar políticas y movilizar los recursos necesarios, explica Chan.

La OMS, junto a la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal, lleva tiempo trabajando para establecer normas internacionales (*Codex Alimentarius*) para asegurar la inocuidad de los alimentos en todas sus etapas de producción, evaluar riesgos, establecer mecanismos de alerta...

... y se trata de involucrar a los diferentes gobiernos nacionales en esta lucha para mejorar el resultado final.

Los alimentos insalubres que contienen bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas nocivas causan más de 200 enfermedades; las enfermedades diarreicas transmitidas por alimentos y agua causan la muerte de dos millones de personas al año, en su mayoría niños.

Principales enfermedades transmitidas por los alimentos

Las enfermedades transmitidas por los alimentos son generalmente de carácter infeccioso o tóxico y son causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que penetran en el organismo a través del agua o de los alimentos contaminados. Los patógenos de transmisión alimentaria pueden causar diarrea grave o infecciones debilitantes, como la meningitis. La contaminación por sustancias químicas puede provocar intoxicaciones agudas o cáncer.

Salmonella, *Campylobacter* y *Escherichia coli* enterohemorrágica figuran entre los patógenos de transmisión alimentaria más comunes, afectan a millones de personas. Los alimentos asociados a los brotes de salmonelosis son los huevos, la carne de ave y otros productos de origen animal. Los casos de infección por *Campylobacter* de transmisión alimentaria son causados principalmente por la ingestión de leche cruda, carne de ave cruda o poco cocinada y agua potable. *Escherichia coli* enterohemorrágica se asocia con el consumo de

leche no pasteurizada, carne poco cocinada y fruta y hortalizas frescas.

La infección por *Listeria* provoca abortos espontáneos y muerte neonatal. La *Listeriosis*, con una frecuencia relativamente baja, es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más grave. *Listeria* se encuentra en los productos lácteos no pasteurizados y en diversos alimentos preparados, y puede crecer a temperaturas de refrigeración.

La infección por *Vibrio cholerae* se transmite por la ingestión de agua o alimentos contaminados. Los alimentos asociados a brotes de cólera son el arroz, las hortalizas, las gachas de mijo y varios tipos de mariscos.

Los antimicrobianos, como los antibióticos, son esenciales para tratar las infecciones causadas por las bacterias. Sin embargo, su utilización excesiva o errónea en la Medicina veterinaria y humana se ha vinculado a la aparición y propagación de bacterias resistentes, que se in-



roducen en la cadena alimentaria a través de los animales.

El virus de la hepatitis A puede provocar enfermedades hepáticas persistentes y se transmite en general al comer mariscos crudos o poco cocinados o productos crudos contaminados. La manipulación de alimentos por personas infectadas suele ser la fuente de la contaminación.

Algunos parásitos, como los trematodos presentes en el pescado, sólo se transmiten a través de los alimentos. Otros, como *Echinococcus spp*, pueden infectar a las personas a través de los alimentos o por contacto directo con los animales. *Ascaris*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica* o *Giardia* se introducen en la cadena alimentaria a través del agua o del suelo, y pueden contaminar los productos frescos.

Los priones son agentes infecciosos constituidos por proteínas que se caracterizan por estar asociados a determinados tipos de enfermedades neurodegenerativas, como la encefalopatía espongiforme bovi-

na (enfermedad de las vacas locas). Las sustancias que plantean más riesgos para la salud son las toxinas naturales y los contaminantes ambientales.

Frente a esta amenaza los gobiernos deben elevar la inocuidad de los alimentos al rango de prioridad de Salud Pública, estableciendo y aplicando sistemas eficaces en esta materia que permitan asegurar que los productores y proveedores de productos alimenticios actúen de forma responsable y suministren alimentos inocuos a los consumidores. La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquiera de las etapas del proceso de fabricación o de distribución, aunque la responsabilidad recae principalmente en el productor. Pero una buena parte de las enfermedades transmitidas por los alimentos son causadas por su preparación o manipulación inco-

recta en el hogar, en establecimientos que sirven comida o en los mercados.

El papel de la OMS

La Organización Mundial de la Salud ayuda a los Estados miembros a fortalecer

**Margaret Chan,
presidenta de la OMS,
incide en que la
seguridad alimentaria
“es un problema oculto y a
menudo se pasa por alto”**

su capacidad para prevenir, detectar y gestionar los riesgos de origen alimentario: mediante la realización de evaluaciones científicas independientes

sobre los riesgos microbiológicos y químicos, que constituyen el fundamento del conjunto de normas, directrices y recomendaciones internacionales sobre los alimentos que se conocen como el *Codex Alimentarius*; o mediante la evaluación de la inocuidad de las nuevas tecnologías utilizadas para la elaboración de alimentos, como la modificación genética y la nanotecnología.

La OMS también presta asistencia para mejorar los sistemas nacionales y los marcos jurídicos destinados a garantizar la inocuidad de los alimentos y la creación de infraestructura adecuada para la gestión de los riesgos relacionados con ella. La Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), creada por la OMS y la FAO, tiene por objeto agilizar el intercambio de información en situaciones de emergencia relacionadas con la seguridad de los alimentos; y promueve prácticas seguras para la manipulación de alimentos.

Del mismo modo, INFOSAN facilita el intercambio de experiencias y de soluciones de eficacia comprobada entre los distintos países y dentro de ellos para optimizar las intervenciones futuras destinadas a proteger la salud de los consumidores.

Una herramienta fundamental en este sentido es la Guía de la FAO y de la OMS para desarrollar y mejorar sistemas nacio-





REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2015: La inocuidad de los alimentos

LA OPINIÓN DEL EXPERTO

Ildefonso Hernández Aguado

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

“En la UE la seguridad de los alimentos está bastante bien cuidada, pero no hay que bajar la guardia”

Ildefonso Hernández, ex director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (2008-2011), en la actualidad catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández (Alicante), así como presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) desde 2013, destaca que el problema de la inocuidad de los alimentos



“es un problema que afecta a todo el mundo, y tiene mucho sentido que la OMS lo haya elegido para el Día Mundial de la Salud 2015: alimentos insalubres se relacionan con la muerte de mucha gente en el mundo, bien sea por contaminantes biológicos (bacterias, virus y parásitos) o por productor químicos”. Sin embargo, como reconoce Isabel de la Mata, “en líneas generales, muchos grupos migrantes gozan de mejor salud que el conjunto de la población, pese a que, en numerosos países, los inmigrantes y algunas minorías étnicas tiendan a infrautilizar los servicios sanitarios disponibles”. Sin embargo, añade, “no cabe duda de que algunos de estos grupos son posiblemente más vulnerables a las enfermedades debido al bajo estatus socioeconómico, el acceso limitado a la asistencia sanitaria y el desconocimiento sobre cómo acceder a los servicios, por no hablar del estigma y la discriminación”.

Fuera de esta valoración general, el doctor Hernández explica que los países europeos, y los desarrollados, “van poco a poco mejorando los sistemas que ya tienen, que es mucho, e incluso llevan la seguridad de los alimentos a ámbitos a los que hasta ahora no se había llevado, como puede ser la nueva directiva europea para restauración, hostelería, sobre los alérgenos en alimentos no envasados, de los que deben informar estos establecimientos; es algo que tiene dificultades de implanta-

ción pero que es novedoso. En todo caso, en la Unión Europea la seguridad de los alimentos está bastante bien cuidada, y lo que vamos viendo ahora es que poco a poco se va avanzando en aspectos nuevos como el citado sobre los alérgenos”, señala.

Aunque en un mundo globalizado, experiencias de Salud Pública como el ébola nos han enseñado que el problema nos afecta a todos, se le sugiere al experto. “El problema de la seguridad de los alimentos es global y para siempre: tenemos que vigilar la calidad de los plásticos que están en contacto con los alimentos, las sustancias químicas que pueden contaminar... por eso se está avanzando, y con problemas a veces, en esas mejoras, porque hay intereses encontrados. En cada región del globo hay unos problemas de salud de mayor o menor intensidad: la inocuidad o seguridad de los alimentos va a ser permanente, hay que estar al tanto

de cualquier innovación que puede producir daño”, explica.

“Lo que yo quería decir es que en los países de la UE se ha avanzado bastante en muchas cuestiones del control de la calidad. Eso no quiere decir que no quede nada por hacer, porque siempre hay una tensión entre los profesionales de la Salud Pública o los ecologistas, que tienden a extremar la protección de la salud, y los intereses comerciales; por ello hay que estar siempre atentos para que no haya problemas”, añade.

En ese sentido, las cinco recomendaciones que la OMS hace sobre la manipulación de los alimentos, que en Europa podrían parecer de pura lógica, se reciben de forma muy distinta en otras zonas del planeta. “Estamos hablando de sitios donde el manejo de los alimentos tiene muchas más dificultades; el proceso de seguridad de los alimentos es de los más complejos y transdisciplinarios que hay: están implicados multitud de profesionales, ahora para que las empresas españolas puedan exportar en algunos países les piden certificados de calidad que tienen que hacer ingenieros... es un mundo muy complejo, aunque al ser para todo el mundo la OMS destaca esas cinco claves, lo esencial en este momento para todo el mundo. En Europa lo vemos de otra forma, nos parecen menos relevantes, aunque no nos debe despistar: hay que estar siempre vigilantes, avanzar más en la seguridad de los alimentos y no bajar la guardia: en temas de control de la calidad, de muestreos... el laboratorio de Salud Pública debe continuar y debe me-

mejorar su capacidad de detectar problemas alimentarios”.

Y es que, para el doctor Hernández, “en Salud Pública, el éxito es que no pase nada; pero eso no significa que se tenga que dejar de vigilar y no se tenga que mejorar. Y una de las áreas en las que más debe mantener la vigilancia es ésta, como demuestran las crisis que ha habido. A veces ha pasado que se han bajado los dinteles en calidad alimentaria, y entonces han llegado los problemas”, advierte.

El experto recuerda que la responsabilidad en la vigilancia sobre los alimentos en España “la tienen las comunidades autónomas. Aquí hay unas competencias a nivel central, otras a nivel autonómico, otras a nivel local, y otras a nivel europeo; en Europa se hacen unas directivas, como la reciente sobre los alérgenos, que tienen que implantar las CC.AA. tras publicarla el Estado”.

En España, explica, “hay un sistema en el que hay algunas cuestiones que dependen del individuo pero muchas dependen del entorno, en el que hay una legislación que establece cómo se deben hacer las cosas y una vigilancia, por medio de la Inspección, que es la que dice si vamos funcionando bien o no. En España tenemos todo un sistema de inspectores sanitarios, laboratorios que van vigilando los elementos químicos... un sistema muy avanzado, como el europeo, y que es un modelo para otras partes del mundo... lo cual no quiere decir que no se pueda mejorar. Pero la gente aquí no se plantea tanto, en general, la seguridad del alimento que está comprando, sino su contenido: supone que si lo está comprando, estará bien”.

nales de retiro de alimentos, un instrumento fundamental de la gestión de riesgos en respuesta a los casos y las situaciones de emergencia relativos a la inocuidad de los alimentos. Algunos países siguen precisando un sistema de retiro eficaz y de la infraestructura necesaria para sustentarlo. Por ejemplo, es necesario el establecimiento de un marco jurídico y reglamentario básico y sólido, protocolos eficaces y la colaboración necesaria entre las autoridades competentes y los empresarios del sector alimentario.

Esto plantea nuevos desafíos en la puesta en marcha de actividades básicas asociadas con el retiro de alimentos del mercado, como las actividades necesarias de rastreo hacia adelante y rastreo hacia atrás, en caso de que se sospeche o se confirme que un alimento es insalubre.

Entre los aspectos que se tienen en cuenta al desarrollar un sistema nacional eficaz de retiro de alimentos están: el marco jurídico; las facultades de la autoridad competente; funciones y responsabilidades bien definidas; notificación y comunicación eficaces; mantenimiento detallado de registros; materiales de orientación y capacitación; y examen del sistema. INFOSAN también ayuda al Gobierno en cuestión y a la industria a retirar el alimento contaminado que ha sido distribuido a nivel internacional.

La rastreabilidad es una herramienta muy importante para lograr un retiro de alimentos eficaz, como se ha demostrado. Y destacan documentos como la Guía FAO/OMS para la aplicación de principios y procedimientos de análisis de riesgos en situaciones de emergencia relativas a la inocuidad de los alimentos o el Marco FAO/OMS para desarrollar planes nacio-

nales de intervención en situaciones de emergencia relativas a la inocuidad de los alimentos

El Codex Alimentarius

La Comisión del *Codex Alimentarius* es un órgano intergubernamental conjunto de la FAO y la OMS, integrado por 185 Estados

miembros y una organización miembro, la UE. El *Codex* lleva en funcionamiento desde 1963 con la finalidad de crear normas alimentarias internacionales destinadas a proteger la salud de los consumidores y asegurar la aplicación de prácticas

comerciales justas. Las normas del *Codex* engloban los principales productos alimentarios, ya sean elaborados, semielaborados o crudos. También se incluyen los materiales utilizados en el procesamiento posterior de los productos.

Las disposiciones del Codex se refieren a la calidad de los alimentos desde el punto de vista higiénico y nutricional; ello incluye normas microbiológicas, aditivos alimentarios, plaguicidas y residuos de fármacos de uso veterinario, contaminantes, etiquetado y presentación, métodos de muestreo y análisis de riesgos.

Los alimentos pueden tener productos químicos porque se hayan añadido intencionalmente por razones tecnológicas (por ejemplo, los aditivos alimentarios), o debido a la contaminación ambiental del aire, el agua o el suelo. Los productos químicos presentes en los alimentos son la principal causa de los obstáculos al comercio.

En 2006, la OMS puso en marcha una iniciativa destinada a estimar la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria, para facilitar a los Esta-

Las enfermedades transmitidas por los alimentos son generalmente de carácter infeccioso o tóxico y son causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas



REPORTAJE DE PORTADA

Día Mundial de la Salud 2015: La inocuidad de los alimentos

dos miembros datos e instrumentos para ayudar a las instancias normativas y a otras partes interesadas a establecer prioridades adecuadas basadas en estudios científicos en este ámbito.

El Grupo de Referencia sobre Epidemiología de la Carga de Morbilidad de Transmisión Alimentaria (FERG) es el encargado de promover esta iniciativa. Está integrado por expertos de renombre internacional en un amplio espectro de disciplinas relacionadas con la epidemiología mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria. El informe sobre la estimación de la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria se publicará en 2015.

La UE y España: EFSA y AECOSAN

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) es la piedra angular de la evaluación y la comunicación del riesgo en la Unión Europea en relación a la seguridad de alimentos y piensos. Es una agencia independiente financiada con el presupuesto de la UE que se creó en enero de 2002, tras una serie de crisis alimentarias. Surgió como fuente independiente de asesoría científica y comunicación sobre riesgos asociados a la cadena alimentaria, y como parte de un extenso programa dirigido a la mejora de la seguridad alimentaria en la UE.

En el sistema europeo de seguridad alimentaria, la evaluación del riesgo se realiza separadamente de la gestión del riesgo. EFSA, como evaluador del riesgo, elabora opiniones científicas y ofrece asesoramiento para proporcionar una base sólida a las políticas y a la legislación europeas y para apoyar a la Comisión, al Parlamento y a los Estados miembros de la

Unión a la hora de tomar decisiones eficaces y oportunas de gestión del riesgo.

EFSA es esencial en el sistema europeo de seguridad alimentaria. Para asegurar que el sistema funciona a la perfección es necesario que EFSA trabaje estrechamente con

los Estados miembros y las partes implicadas. Entre ellas se incluyen instituciones con las que la Autoridad posee una obligación legal de trabajar bajo las reglas comunitarias. EFSA también trabaja con las autoridades nacionales

responsables de la evaluación del riesgo a través del Comité Consultivo y se reúne periódicamente con las partes implicadas de la sociedad civil. En la línea de cooperación científica y establecimiento de redes, EFSA ha comenzado a trabajar con los denominados Puntos Focales Nacionales en los Estados miembros.

La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Sanidad. La Agencia nace con vocación integradora y de cooperación de los agentes involucrados en la garantía de la seguridad de los consumidores. Entre los objetivos de AECOSAN está promover la seguridad alimentaria, ofreciendo garantías e información objetiva a consumidores y agentes del sector.

En 2010, y en cumplimiento del Reglamento (CE) nº 882/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, se aprobó el “Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2011-2015”, que proporciona a España un marco sólido, estable y a la vez flexible para la realización del control oficial sobre alimentos donde administraciones públicas, operadores económicos y consumidores encuentren un referente para obligaciones y garantías.

La gestión de la red de alerta alimentaria se efectúa a nivel nacional desde 1987 a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI). Diseñado en forma de red, permite mantener una constante vigilancia frente a cualquier riesgo o incidencia que, relacionado con los alimentos, pueda afectar a la salud de los consumidores.

El Libro Blanco sobre Seguridad Alimentaria es el punto de referencia que contribuye a alcanzar un elevado nivel de protección de la salud de los consumidores y a mantener la confianza de los mismos, velando por los más elevados niveles de seguridad alimentaria. Establece que el análisis del riesgo debe ser la base política de la seguridad alimentaria, mediante sus tres componentes: Evaluación del riesgo (asesoramiento científico y análisis de datos), Gestión del riesgo (reglamentación y control) y Comunicación del riesgo. Conforme al Real Decreto 19/2014, de 17 de enero, corresponde a la AECOSAN la gestión del Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos.

Los Principios Generales de la Legislación Alimentaria están establecidos por los artículos 5 a 10 del Reglamento 178/2002 del Parlamento europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002. Y el Reglamento de Ejecución (UE) nº 931/2011 de la Comisión, relativo a los requisitos en materia de trazabilidad establecidos por el Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo para los alimentos de origen animal, establece disposiciones de aplicación de los requisitos en materia de trazabilidad para productos de origen animal.

Situación epidemiológica en España

El Instituto de Salud Carlos III tiene entre sus líneas prioritarias las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, y colabora con el Ministerio de Sanidad en la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica (RENAVE), en cuyo informe relativo a los resultados de la vigilancia realizada

(por las CC.AA. y el Centro Nacional de Epidemiología) en 2012 sobre las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, se destaca que no hay cambios significativos.

Campylobacteriosis es la primera causa de gastroenteritis bacteriana notificada, seguida por salmonelosis. En 2012 aumentaron los casos debidos a *S. Enteritidis* dentro de la tendencia descendente que presentan estos casos en los últimos años. Se notificaron brotes (algunos de gran magnitud) para todas las enfermedades de este epígrafe, excepto yersiniosis. Hay un elevado número de brotes en el que el vehículo o el mecanismo de la infección se desconoce.

En 2012 se notificaron nueve casos de botulismo (menos que el año anterior), ocho de los cuales fueron alimentarios: seis casos se asociaron a tres brotes. También se notificaron 6.123 infecciones por *Campylobacter*, con un ligero aumento respecto a 2011, y tres brotes en los que la transmisión fue alimentaria: dos de ellos causados por pollo en el ámbito escolar.

Hubo 299 casos notificados de *Criptosporidiosis* (infección por *Cryptosporidium*), con un importante aumento de casos respecto a los dos años anteriores, y tres brotes (uno por agua). Y 14 casos de infección por *E. coli* productor de toxina *Shiga* o verotoxina, con dos brotes.

El total de infecciones por *Salmonella Typhi* y *Salmonella Paratyphi* notificadas al sistema de enfermedades de declaración obligatoria en 2012 fue de 60 (en Cataluña, 19). Once laboratorios notificaron al Sistema de Información Microbiológica (SIM) 26 casos de *Salmonella Typhi* y *Salmonella Paratyphi* (A, B). Se notificó un brote importado de Marruecos causado por *S. Typhi*, debido a consumo de agua, y otro brote autóctono (*S. Paratyphi B*).

En 2012 se notificaron 942 casos de *Giardia lamblia* por parte de 29 laboratorios; el número de casos aumentó de forma importante con respecto a 2011. Y respecto a la Hepatitis A, en 2012 se notificaron 657 casos con 51 brotes, dos de ellos transmitidos por alimentos y uno por agua.

Respecto a la Listeriosis, 34 laborato-

rios notificaron al SIM 128 casos, un leve aumento respecto a 2011 que podría estar asociado a un brote que afectó a varias CC.AA. Se notificó un brote de transmisión alimentaria asociado al consumo de un queso importado de Portugal que afectó a once personas de seis CC.AA.

Un total de 64 laboratorios de Microbiología clínica notificaron al SIM 4.831 casos de infección por *Salmonella* no tifoidea en el año 2012; el número de casos declarados por esos laboratorios (3.157) aumentó con respecto al 2011 (2.954). La tendencia fue desigual en función del serotipo estudiado: el número de casos de *Salmonella* Grupo C y *Salmonella spp.* descendió respecto al año anterior; *Salmonella Enteritidis* aumentó; *Salmonella Typhimurium* y *Salmonella* Grupo B muestran una tendencia ascendente en los últimos años. El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *Salmonella Typhimurium* con 1.354, seguido por *Salmonella Enteritidis* con 1.236 y *Salmonella* Grupo B con 831 casos.

En 2012 se notificaron 291 brotes causados por *Salmonella*, todos ellos autóctonos con un total de 2.406 enfermos, 380 hospitalizados y dos defunciones. Predominan los brotes de transmisión alimentaria, en total el 91,4 por ciento (266/291). Se identificó algún alimento sospechoso en el 80,45 por ciento de los brotes; el alimento implicado con más frecuencia fue el huevo y sus derivados, seguido a gran distancia de la carne y productos cárnicos, los vegetales, la repostería, las aves, y el pescado/marisco. Los cuadros de salmonelosis representan la principal causa de brotes de transmisión alimentaria. La tasa de casos confirmados es bastante alta comparada con la de la UE. En los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en España entre 1994 y 2003, según datos de la RENAVE, el alimento implicado fue huevos y ovoides, pescado/mariscos y repostería/nata, carne (excluye pollo), pollo, queso, lácteos y otros ■







La Sanidad en La Rioja

Aunque la crisis haya marcado a todas las administraciones, La Rioja venía de una situación muy favorable, de períodos en los que con una razonable buena gestión de los recursos se habían logrado adecuadas infraestructuras sanitarias. Esto ha permitido que en los últimos años se haya podido dedicar el grueso del presupuesto de Sanidad directamente al paciente y muy poco a las infraestructuras. Con el telón de fondo del envejecimiento de la población, la atención a los crónicos y polimedcados se está afrontando como un objetivo estratégico en la atención sanitaria. En este devenir, hasta el consejero José Ignacio Nieto reconoce que los más afectados por la crisis han sido los profesionales, que son quienes más sacrificios han aportado y aportan a la notable calidad que los pacientes perciben en su sistema de salud. Así es hoy la Sanidad de La Rioja, relatada por sus responsables.

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



Apunto de acabar una legislatura marcada de lleno por la crisis económica, el consejero de Salud y Servicios Sociales de La Rioja, José Ignacio Nieto García, no oculta su satisfacción por los logros conseguidos en estos tres años y medio. "Un objetivo fundamental que nos marcamos y que hemos logrado con suficiencia ha sido mantener todos los centros de salud abiertos. La Rioja es de las pocas Comunidades del Estado que no ha cerrado ninguno, y además tampoco se han dejado de prestar servicios".

En La Rioja hay 174 municipios y en cada uno hay un centro sanitario donde el facultativo puede acceder a la historia clínica del paciente

Para reafirmarlo, Nieto añade alto y claro que a 31 de diciembre de 2014 la demora quirúrgica de un riojano para ser intervenido era de 40 días. Por esto no es de extrañar que se muestre orgulloso de la Sanidad que junto a su equipo ha logrado forjar para su Comunidad. "Porque el esfuerzo que hemos venido realizando se ha visto y ve recompensado por la alta valoración que los riojanos otorgan a su Sanidad, un 7, una media muy superior a la media estatal. Eso significa que la ciudadanía también siente como suya la Sanidad", sentencia José Ignacio Nieto, quien junto a la directora gerente del Área de Salud, María Luz de los Mártires, y Carmen Sáenz Pastor, directora general de Aseguramiento, Prestaciones y Farmacia del SERIS-Sistema de Salud de La Rioja, ha hecho para EL MÉDICO un repaso no solo sobre la situación actual del SERIS, sino también de los retos que se marca para un futuro inmediato.

José I. Nieto reconoce que en la última legislatura son muchos los servicios sanitarios que han puesto en marcha, lo que ha motivado que haya una gran respuesta en la Atención Primaria de la Comunidad, donde viven unas 319.000 personas. "Lo que tenemos claro en este momento de crisis es que se puede ir mejorando en lo que se puede. A pesar de estar próximos

a una cita electoral solo propondremos aquellas cosas que se puedan llevar a cabo en el sistema de salud de La Rioja-SERIS, no cosas irrealizables. Pero sí tengo que decir que en el sistema público hemos trabajado mucho en acercar la asistencia a los ciudadanos y seguimos trabajando para seguir acercándola todavía más", asegura Nieto en plena coincidencia con María Luz de los Mártires.

El tamaño de la autonomía, su población y en consecuencia la proporción con el presu-

puesto sanitario que le corresponde imponen por sí mismo unas limitaciones. "Cada vez salen menos pacientes de La Rioja para ser atendidos fuera, aunque siempre habrá un número que deberá desplazarse, al no poder ser atendidos aquí; no podemos tener todo de todo, pero perseguimos el objetivo de acercar la mejor Sanidad a los riojanos. Y uno de los retos ya iniciados y que marcará de forma importante el futuro de la Sanidad pública riojana será la atención a los pacientes crónicos", expone.

Pública, gratuita y de alta calidad. Estos son los principios que rigen la Sanidad. "La calidad viene avalada por la satisfacción de la población y podríamos ir más allá, ya que un riojano cuando pide una consulta en AP la consigue en 1,8 días, es decir, en el día o de hoy para mañana", asiente María Luz de los Mártires.

Ampliación de la cartera de servicios

Son muchos los datos que quiere transmitir y se le agolpan al consejero en el encuentro que mantiene con la Revista EL MÉDICO. "La ampliación de la cartera de servicios se ha llevado a cabo en los peores momentos de la crisis; pero se ha hecho". Se refiere a la puesta en marcha

del programa de trasplantes de riñón en el Hospital de San Pedro, todo un éxito ya que en poco más de tres años se han realizado 42 intervenciones. "Para una Comunidad con una población como la nuestra el disponer de este programa así como del de trasplante de córnea es todo un éxito. En los dos últimos años hemos creado también la Unidad del Ictus, porque el código ictus e infarto ya lo teníamos establecido y están funcionando con absoluta normalidad", explica.

En los distintos informes elaborados sobre la Sanidad en las Comunidades españolas, La Rioja siempre obtiene una de las mejores calificaciones. "Somos un servicio sanitario puntero y nos encontramos entre los niveles más altos de las del Estado; y no lo digo yo", sonríe Nieto. "Hay una serie de parámetros objetivos donde nos comparamos todos los servicios y nuestra Comunidad obtiene siempre unas calificaciones muy buenas".

Ello obedece en parte a que La Rioja es una comunidad no muy extensa "y somos conscientes de que no debemos ponernos a hacer ciertas cosas porque no tenemos masa crítica para ello. Además, para prestar diversos servicios está el SNS y otros de referencia a donde podemos acudir", asiente. "Pero el resto de cosas que podemos hacer las llevaremos a cabo de la manera que nos permite nuestro tamaño" ¿Qué quiere decir esto en la configuración sanitaria? "Que podemos llegar con una cierta facilidad a todos nuestros pacientes, a todos los riojanos, dándoles unos servicios de calidad, acercándoles la asistencia a sus domicilios. Porque hemos puesto muchas herramientas profesionales para que las puedan utilizar y puedan desarrollar mejor su trabajo", asiente Carmen Sáenz Pastor, directora general de Aseguramiento, Prestaciones y Farmacia.

Por otro lado, los responsables sanitarios riojanos se muestran especialmente satisfechos del desarrollo de la historia clínica, "lo que nosotros denominamos la historia de salud electrónica", una herramienta



clave para los profesionales, ya que pone en sus manos todos los datos de los pacientes. “En el SERIS es absolutamente interoperable, porque ahí accede la AP, la Especializada, los dos hospitales, los centros de consultas de especialidades, salud mental y todos los municipios, así como la totalidad de los profesiona-

les de La Rioja; todos están en ella. Por otro lado, hemos incluido la imagen de todos los puntos donde pueda captarse diagnóstico por imagen de cualquier tipo en la Rioja, excepto las ecografías. Y las

volvamos en la historia clínica que es utilizable por cualquier profesional en cualquier punto. Da lo mismo en qué centro de salud o consulta de los hospitales se esté”, dicen con satisfacción por el trabajo bien hecho Nieto y María Luz de los Mártires.

Conscientes de que la historia clínica les ha aportado un valor importante, desde la Sanidad riojana han sabido aprovechar su estructura socio-geográfica y demográfica para adaptar el SERIS a sus necesidades y así atender mejor a los

usuarios del sistema sanitario público. Con su amplitud y sus características es difícil encontrar muchas de las prestaciones que ofrecen en otros servicios de España. De hecho, en los 174 municipios de la Comunidad disponen de un consultorio “y en cada centro cada facultativo puede consultar la historia clínica de su paciente”, apostilla Nieto.

El gasto sanitario por persona se sitúa en La Rioja en 1.270 euros, tan solo superado por Navarra y el País Vasco. “Pero es una inversión directa en salud, porque durante estos años hemos reducido a la mínima expresión la partida para infraestructuras, a pesar de lo cual la asistencia no se ha resentido”. Y es que en tiempos de bonanza económica La Rioja hizo una inversión de 350 millones de euros en hospitales, centros de salud y consultorios. Esto les ha posibilitado pasar la crisis mejor que otras CC.AA. que no tenían cubiertas estas necesidades. “En 2015 la parte destinada a inversiones también será pequeña, aunque habrá renovación de algún consultorio, de modo que los dineros fundamentalmente irán dirigidos a prestaciones, al gasto sanitario directo”, recalcan en Sanidad.

La Rioja, como el resto de las 17 Comunidades españolas, ha visto cómo en los últimos años se recortaba su presupuesto en Sanidad. En estos momentos asciende a unos 557 millones de euros, un 36 por ciento del total de los presupuestos de La Rioja que oscilan alrededor de los 1.200 millones. “En estos tiempos de crisis nos hemos superado siendo más eficientes; estamos dando los mismos tratamientos y prestaciones, algunos carísimos, pero nuestra obligación es ofrecerlos. ¿Cómo se ha conseguido? Gestionando mejor, de forma más eficiente, pero lo hemos hecho todos, unos con más dificultad que otros, pero es que no ha habido otro remedio”, apunta la directora de Aseguramiento, Prestaciones y Farmacia.

José Ángel Nieto no oculta, que al margen de optimizar la gestión y comprar mejor, también se han tenido que enfren-



tar a situaciones complicadas y adoptar algunas medidas que provocan sufrimiento. “Lo digo porque fundamentalmente hay dos partes en el gasto sanitario: una es la farmacia y otra es el personal. En este capítulo, para mantener la plantilla y estabilizarla, hemos tenido que apretar y reducir en las contrataciones temporales de sanitarios. Aquí es donde hemos apretado más, muy a nuestro pesar”, se sincera el consejero, añadiendo al tiempo que “también

se ha demostrado que se pueden hacer muchas cosas con menos personal. Se ha pedido un sacrificio muy grande a los profesionales y tengo que decir, como lo he repetido en varias ocasiones, que la inmensa mayoría ha reaccionado positivamente. Lógicamente no les ha gustado, pero lo han entendido; han tirado para adelante y hemos llegado a la situación en la que estamos ahora. Mucho mejor después de haber pasado esos complicados años y sin perder calidad en servicios para los ciudadanos”, recalca el consejero.

La otra gran partida, el gasto farmacéutico, tanto en farmacia hospitalaria, con los fármacos más innovadores que es la que más se resiente, como la farmacia por receta, es donde se han tomado las medidas más importantes y drásticas que han dado un buen resultado y cada cual en su entorno ha tratado de llevarlas al máximo de su eficiencia. Por ejemplo en el servicio de farmacia a residencias de mayores. En La Rioja han estado trabajando los últimos dos años en hacer efectivos uno de los mandatos que tenía el decreto ley 16/2014, que es que en todos las residencias de personas mayores de más de cien plazas se trabajara en las farmacias organizando la prestación farmacéutica desde las centrales de los hospitales, estableciendo unos circuitos para que los profesionales

de esas residencias pudieran disponer de los datos de la historia clínica, ver la evolución de sus pacientes, y también prescribir desde la farmacia del hospital para sus pacientes y que se les llevara la medicación desde su farmacia. “Eso también ha generado un ahorro muy importante y ha mejorado la calidad farmacéutica de todas esas personas”, subraya la directora general de Aseguramiento, Prestaciones y Farmacia. En La Rioja hay algo

más de 3.000 plazas de residencias y ya se ha actuado sobre 1.600, entre públicas y privadas.

Coordinación socio-sanitaria

Basándose en actuaciones como el ejemplo de las residencias, los responsables de la administración sanitaria estiman que la coordinación socio-sanitaria en la Sanidad pública riojana es muy buena. “Lo que tratamos de conseguir siempre es tener a cada persona en el dispositivo y con los servicios que necesita. Pueden ser solo servicios sociales o que tenga que ser en un hospital de convalecencia

o de media estancia o estar en el sistema sanitario. Lo que buscamos es que cada paciente en cada momento tenga la atención que precise, facilitándole el acceso al dispositivo, teniendo en cuenta su situación social, familiar, y personal. Si es preciso se le gestiona hasta el servicio, para lo que disponemos de una figura que es quien coordina y hace de puente cuando hay que atender socio-sanitariamente a una persona”, sostiene la directora gerente del Área de Salud.

Pero en La Rioja no se establecen grandes procedimientos ni protocolos para ellos, sino que analizan la situación de cada persona y tratan de llevarle o encaminarle hacia donde le corresponda, bien a una estancia personal en una residencia o a un ingreso en hospitales de convalecencia o de media estancia, que en otras ocasiones se llaman socio-sanitarios “pero que son centros de asistencia sanitaria, dirigidos a personas que necesitan permanencia más prolongada cuando han superado el tiempo máximo de estancia regulado para los hospitales de La Rioja; no se paga y se está recibiendo atención sanitaria y social. Es para un paciente que no necesita estar en un hospital de agudos pero sí depende de una asistencia y de unos cuidados sanitarios específicos característicos de larga estancia. Por otro lado y en esta misma línea de eficiencia, la apuesta por la hospitalización a domicilio nos está dando buenísimos resultados”.

El consejero Nieto retoma el tema de la historia clínica, una herramienta clave que les ha permitido, a su juicio, acercar los dos niveles asistenciales: la AP con la Especializada. Era uno de sus objetivos y a tenor de sus palabras parecen haberlo conseguido. “La historia clínica ha sido un vía de comunicación entre los distintos especialistas, entre los médicos de familia y los de cualquier otra especialidad; se canalizan muy bien las actuaciones y esto ayuda en muchas ocasiones a que se acerquen, a que hagan consultas on-line para dar una solución a un

paciente en el momento. Las telemedicinas han colaborado también a que se estrechen relaciones”, recalca. Y es que esta comunicación les está permitiendo evitar muchos desplazamientos al hospital; se está consiguiendo que el paciente tenga solucionados muchos de sus problemas en la consulta del médico de AP sin

A los profesionales sanitarios se les ha pedido un sacrificio muy grande y la inmensa mayoría ha reaccionado muy positivamente

El ahorro farmacéutico está permitiendo a La Rioja no solo no tener que prescindir de prestación alguna, sino haber podido aumentar su cartera de servicios



tener que ir al hospital, ya que en su centro de salud tiene todo a su disposición para que le realicen el diagnóstico.

“Esto ha sido posible -añade la gerente del Área de Salud-, ya que también se les ha dotado a los médicos de AP de mayor capacidad diagnóstica; tienen más disponibilidad para solicitar un TAC, una resonancia o una colonoscopia. Se han establecido unos canales de comunicación directa con médicos de familia y especialistas para obtener mejores resultados, más rápidos diagnósticos, evitar viajes y acercar mucho más el diagnóstico al momento en el que el paciente acuda a la consulta”.

El copago sanitario

A juicio del consejero, la aportación sa-

nitaria por receta, tal y como está establecida, ha logrado ordenar la demanda de la prestación farmacéutica casi tanto como la receta electrónica. “Van ligadas; la receta electrónica con los datos que permite tener avisados a los profesionales en el momento real, al tanto de lo que está pasando, y al paciente de lo que le han prescrito, sabiendo exactamente si se lo ha tomado o no. Sabemos si lo ha retirado de la farmacia o no y se pauta más rápido y mejor”. Ello ha producido un ahorro sensible e importante, que ha sido redirigido al sistema sanitario. “Si el presupuesto de nuestra comunidad de Sanidad en 2014 subió un poquitín, en 2012-2013 se mantuvo, en el once había bajado y en el 15 ha ascendido también un poquito. Quiere decir que si la partida de farmacia disminuye se revierte en el sistema”, apostilla.

Sin lugar a dudas ese ahorro ha sido un elemento que ha contribuido a que La Rioja no haya tenido que prescindir de ninguna prestación y haya seguido no solo manteniéndolas, sino incluso aumentando su cartera de servicios. “La gestión no solo la hacen los gestores políticos, la hace también el personal. Con esa mejor gestión sanitaria y con los sacrificios que se han hecho hemos podido llegar a 2015 en la situación actual”, aclara con vehemente satisfacción José I. Nieto.

El SERIS está a punto de concluir su III Plan de Salud Mental, pero lo que acaban de poner en marcha y más llena de satisfacción a la Administración sanitaria riojana es el Plan de Crónicos, una estrategia que les supone un gasto importante en el sistema sanitario, ya que los datos que manejan es que actualmente de una población asegurada de 319.000 personas -incluyendo a los de Muface- unos 120 mil son pacientes crónicos, muchos de ellos además con pluripatologías. Una cifra que con toda seguridad irá creciendo paulatinamente.

En esa estrategia de crónicos tratan sobre todo de que se gestione mejor la salud de estos enfermos con unas pautas de actuación, “que los médicos sepan los datos de esos pacientes y lo que está pasando con ellos, que sepan si están siguiendo o no las actuaciones que se marcan en los protocolos para cada paciente. Evidentemente también la atención farmacéutica que reciben y cómo llevan esas pautas”, explica.

Para ello lo que han hecho es utilizar los datos que tiene el sistema. “Somos conscientes de que tenemos muchos datos de cada paciente y de que podemos identificarlos según sus patologías, de que podemos catalogarlos en función del número de dolencias que tienen y cuál es la prevalente”. En base a todo eso, el SERIS buscará las fórmulas para atender mejor a ese paciente. “Desde las revisiones que tiene que hacer, si las lleva a cabo o no; este seguimiento lo harán



tanto los médicos como las enfermeras en los centros de salud, pero también en los hospitales”, reconoce la gerente del Área de Salud.

En la estrategia de crónicos son muchos los datos que han recibido los médicos de AP y especialistas. En esta primera etapa han definido cuatro patologías por ser más prevalentes: insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, diabetes y EPOC. Están trabajando sobre dolencias que van a englobar a muchos de esos 120.000 pacientes. “De cada uno de ellos

el médico dispondrá de los datos perfectamente analizados. De gestor de pacientes se convertirá en gestor de crónicos; el profesional tendrá todos los pacientes perfectamente analizados. Además les hemos dotado de herramientas muy versátiles y utilizables en la historia clínica para que puedan hacer ese trabajo con mayor facilidad. Pueden mover lo que quieran, pero lo esencial ya lo tienen buscado sobre la mesa. Ahora mismo es el plan de futuro que hará que se puedan atender muchísimo mejor a los pacientes crónicos, cuya esperanza de vida está entre los 84-86 años”, afirma.

Este proyecto en funcionamiento desde hace un año va a empezar a extenderse entre todos los médicos. “Hemos trabajado con éxito la relación entre la AP y la Especializada porque toda la estrategia de crónicos la han elaborado, por ejemplo para la EPOC, sentados en una mesa los de AP con los neumólogos. Así en el resto de especialidades. Porque los profesionales han entendido que de lo que se trata es de atender mejor al paciente”, enfatiza el consejero la sinergia en el tratamiento de crónicos.

Con esta estrategia lo que se pretende conseguir en primer lugar es que se consuman menos medicamentos, que estén

más controladas las visitas a los distintos especialistas, que haya menos ingresos hospitalarios y que vayan menos veces a todos los médicos, aunque sean pacientes polimeditados y polienfermos.

Plan de Gestión y Seguridad del Paciente

Al hablar sobre los protocolos para la seguridad del paciente, el consejero incide también al señalar que la historia clínica está ayudando mucho a dotar al usuario del sistema de esa seguridad. “La digitalización y unificación de los datos de los pacientes y el tener que escribir lo menos posible para identificar inequívocamente en cada paciente todos sus datos, aporta seguridad para los usuarios y para los profesionales. Ya podemos archivar electrónicamente el resultado de un electrocardiograma, que no se pierda o extravié la prueba o que no sea necesario repetir pruebas que están hechas hace pocos días en otra sección y para otra patología. Es la forma de

poner todo el sistema sanitario a favor del paciente y que éste se encuentre más a gusto cuando ve que ya no hace falta, como hasta bien poco era habitual, enviarles del centro de AP al hospital a que les repitan las pruebas. Ahora esto empieza a no suceder, es historia del pasado”, explica con evidente agrado. “Porque en un mundo de tecnología su implementación debe estar al servicio del paciente y a la mejor gestión de su patología, y así entre nuestros objetivos próximos figura el aumentar notablemente la utilización de las técnicas laparoscópicas”.

En relación a los desajustes que puede provocar en los presupuestos la incorporación de los medicamentos innovadores, Nieto cree que el número de pacientes que tendrá que atender será proporcional al que deberá asistir cualquier otra comunidad. “Así que la «avería» será similar para todos; otra cosa será la posición que adopte cada una”. ¿Cuál se seguirá en La Rioja? “Ningún paciente que lo precise, según los protocolos, se quedará sin el fármaco”, sentencia el consejero.

Los responsables sanitarios riojanos creen que su cartera de servicios es innovadora con respecto a otras CC.AA. “Somos una Sanidad puntera en prestaciones y tratamientos terapéuticos; disponemos de las últimas tecnologías para una comunidad como la nuestra; hemos realizado importantes inversiones en esta línea. Lo que es lógico es que aquí, por ejemplo, no hagamos trasplantes de corazón porque no tenemos volumen, pero en cuanto al acceso de medicamentos y servicios innovadores estamos a la cabeza de otras regiones españolas”. Explica en un alarde de sensatez de gestión asistencial.

En relación con otras CC.AA., en La Rioja desde 2005 han procurado mantener ofertas de empleo y concursos de traslados que han posibilitado consolidar plantillas

“Porque somos pocos y hay fácil acceso tanto al profesional de AP como al especialista. Es como una comunicación diaria. Hay comunicación entre todo tipo de estamentos. Se organizan charlas con y para profesionales y coinciden todos y se conocen. Lo que tiene como consecuencia una fácil accesibilidad a todo tipo de servicios”.

Carmen Sáenz Pastor concluye que aunque todo es mejorable, en La Rioja, para las dimensiones que tiene y sus características, la Medicina que se practica en la Sanidad pública es una Medicina de cali-



Recursos Humanos

La Rioja cuenta con una plantilla consolidada que en principio, según los responsables del SERIS, es suficiente con las actuaciones que tienen puestas en marcha. La edad media de los profesionales ronda los 55 años, con lo cual se encuentran en el momento de mayor potencial profesional (capacidad y experiencia). Esto permite mantener un alto nivel de calidad asistencial.

Paralelamente, en estos años han procurado rejuvenecer la plantilla, con la adopción de una decisión difícil aunque necesaria de mantener la jubilación obligatoria a los 65 años. Esto está permitiendo poco a poco captar a jóvenes profesionales que aseguren la renovación generacional. En este sentido el es-

fuerzo que ha hecho el SERIS para mantener en estos años de crisis la formación especializada de jóvenes profesionales “ha sido especialmente importante”, señalan.

En relación con otras CCAA, en La Rioja desde 2005 han procurado mantener ofertas de empleo y concursos de traslados que han posibilitado consolidar plantillas, y disfrutar de índices de temporalidad inferiores a los del resto del Sistema Nacional de Salud.

Con el volumen de la formación especializada y de personal residente en el SERIS confían mantener con normalidad el relevo en las diferentes especialidades. Evidentemente, a esto ayuda su propio tamaño que facilita muchísimo la adopción de las medidas flexibles más adecuadas en

cada momento y que se pongan en marcha rápidamente.

Por otro lado, no todo es miel sobre hojuelas, y por su parte los profesionales se quejan del aumento del horario laboral. La consejería contesta que este incremento de horario afecta a toda la función pública porque es una medida nacional que ha impuesto las 37 horas y media con carácter básico a todas las administraciones públicas.

Los sanitarios también consideran ridícula la OPE propuesta por la Consejería de Salud y Servicios Sociales y se quejan de la reducción de plantilla y la falta endémica de sustitución. Se sienten afectados porque el aumento del horario del personal de plantilla implica ciertamente que se necesiten menos nombramientos temporales, aunque “manteniendo en todo caso la calidad asistencial” como sostienen desde la Consejería.

Otra espina que tienen clavada los sanitarios riojanos es la paralización de la carrera profesional. “Los niveles de carrera alcanzados se siguen retribuyendo con normalidad. Lo que hicimos los servicios de salud en los peores momentos de la crisis fue contener el gasto en esta materia de modo que no creciera de manera desorbitada. La salida de la crisis nos obliga a pensar en una reconsideración de este problema, siempre de una manera responsable”, aseguran los responsables del SERIS, sabedores de que éste es un asunto de permanente reclamación en todas las comunidades ■

Con el apoyo de Laboratorios
Lundbeck





La
profesionalización
de la
gestión
sanitaria
es fundamental para la sostenibilidad
y productividad de nuestro
sistema sanitario

José Luis Trillo

Director General de Farmacia y Productos Sanitarios
de la Comunidad Valenciana

Texto | Francisco Romero

Fotos | Generalitat Valenciana



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

José Luis Trillo

“La profesionalización de la gestión sanitaria es fundamental para la sostenibilidad y productividad de nuestro sistema sanitario”

En poco más dos años al frente de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana, José Luis Trillo se muestra satisfecho con las acciones llevadas a cabo desde esta entidad, aunque también advierte dificultades y potencialidades por explorar. Mejorar la eficacia y efectividad en las prestaciones sanitarias ha sido el objetivo prioritario, mientras que la profesionalización de la gestión sanitaria se ha tomado como uno de los medios más apropiados para garantizar la sostenibilidad y productividad del sistema sanitario de esta Comunidad Autónoma.

A finales del diciembre de 2012 accedió oficialmente al cargo que ostenta actualmente, ¿cómo valora su gestión y la de su equipo en estos dos largos años?

Positivamente. Se han abordado con intensidad y profundidad todos los múltiples objetivos en materia de efectividad y eficiencia, tanto desde la perspectiva de autoridad sanitaria como de gestor de prestaciones sanitarias. El equipo de la Dirección General, con el apoyo del conseller de Sanidad, ha desplegado su actividad sobre todos los factores clave en prestación farmacéutica, dietoterapéutica y ortoprotésica.

Si tuviese que destacar algunos de los avances más relevantes alcanzados en este tiempo, ¿qué destacaría?

Por citar algunas de las acciones abordadas, se han impulsando los sistemas de información farmacéuticos en materia de receta electrónica tanto para medicamentos como para productos ortoprotésicos, se han implementado guías farmacoterapéuticas interactivas, se ha ampliado el control de productos farmacéuticos facturados a la

Conselleria de Sanidad, se ha actualizado y modernizado el programa de estudios clínicos de productos farmacéuticos (PECME), se ha dado soporte normativo tanto al programa de farmacovigilancia como a las estructuras de uso racional del medicamento de la Conselleria de Sanidad,...En materia de prestación farmacéutica, se han diseñado e implementado el programa de revisión de historias farmacoterapéuticas (REFAR), el programa de medicamentos de alto impacto sanitario y económico (PAISE) y el programa de análisis por morbilidad de consumo farmacéutico (SCP).

¿Y cuáles son los principales retos pendientes o los aspectos que, por diferentes motivos, no han podido resolverse de la forma óptima que usted hubiera querido?

Queremos seguir avanzando en automatizar todos los procesos clínicos administrativos de tal manera que tanto ciudadanos (pacientes) como los profesionales sanitarios tengan el mayor grado de accesibilidad y ayuda a la toma de decisiones clínicas, en un entorno donde, sin duda, debemos mejorar la ergonomía de las utiliza-

des informáticas. En este contexto, gracias a la creciente mecanización del conjunto de pruebas clínicas y la estratificación de la población en base a su morbilidad, podemos disponer de la información que nos permita sistematizar el conocimiento de los resultados reales que estamos obteniendo en la aplicación de las terapias farmacoló-

gicas. El conocimiento sistemático de los resultados en salud debe permitir mejorar tanto la calidad asistencial como los objetivos de los acuerdos de gestión anuales.

Respecto a los algoritmos de decisión terapéutica que se han implementado en su Comunidad, ¿se va a seguir ampliando esta línea de actuación?

La Conselleria de Sanidad, como el resto de organizaciones sanitarias, debe incorporar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad para asistir y orientar la práctica médica mediante protocolos y guías de actuación clínica consensuadas con expertos clínicos y sociedades científicas tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. Los algoritmos de decisión forman parte de la estrategia de fomento de consensos terapéuticos desarrollados en la Conselleria de

Sanidad tanto en el ámbito ambulatorio (AD o algoritmos de decisión), como en atención hospitalaria (Paise o programa de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico) o en el entorno de prescripción de medicamentos en indicaciones no autorizadas en ficha técnica (Remfi o Protocolos autonómicos de medicamentos en situacio-

nes especiales). Todos los protocolos se encuentran publicados en nuestra web, sumando más de 50 iniciativas terapéuticas que están teniendo un alto impacto en todos nuestros centros sanitarios, reduciendo la variabilidad en la práctica clínica y mejorando la eficiencia en la selección de medicamentos. La intensidad en nuevas iniciati-

Queremos seguir avanzando en automatizar todos los procesos clínicos administrativos, de tal manera que tanto ciudadanos (pacientes) como los profesionales sanitarios tengan el mayor grado de accesibilidad y ayuda a la toma de decisiones clínicas

vas en este terreno debe venir predeterminada por una valoración consensuada de las modificaciones a realizar para facilitar el uso y el impacto de estos protocolos.

Han sido especialmente innovadores y activos en el ámbito de la gestión farmacéutica, especialmente las que atañen al ámbito de la Atención Primaria. ¿Qué valoración hace?

Uno de los objetivos más importantes era la utilización masiva de la prescripción y dispensación electrónica de medicamentos y ortoprótesis que permitiera una asistencia real al profesional sanitario, y a la vez mejorasen los sistemas de control en la utilización de recursos públicos. Por una parte, se ha culminado el despliegue total de receta electrónica para medicamentos en las 2.301 oficinas de farmacia; por otra, se han incorporado 180 residencias de tercera edad a la prescripción electrónica, y el 100 por ciento de la prescripción de ortoprótesis se realiza por el sistema informático corporativo. Por lo tanto, 95 millones de recetas anuales se realizan electrónicamente en nuestra Comunidad, facilitando el acceso de los medicamentos a los pacientes así como una reducción de costes de 1,5 millones de euros anuales en papel. La colaboración de profesionales y sociedades científicas ha sido alta desde el inicio de los proyectos de consenso terapéutico, donde han participado 250 profesionales de sociedades científicas y expertos clínicos. Por lo tanto, la voluntad de alcanzar el mayor grado de consenso ha sido una directriz desde el inicio de los diferentes proyectos. En el ámbito hospitalario están permitiendo incorporar novedades farmacológicas sin incrementar prácticamente el gasto farmacéutico hospitalario anual. Las iniciativas en el campo de la utilización de medicamentos se han completado con los programas de conciliación y revisión de historiales farmacológicos y el seguimiento de los pacientes polimedicados y crónicos que, por ejemplo, a lo largo de 2013, conllevó la revisión de 75.000 historiales farmacológicos. Añadimos en este apartado el impacto directo de algunas acciones del

programa REFAR, como ha sido la intervención en citicolina con la revisión de 14.700 pacientes o la reducción del número de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un 10 por ciento (34.370 pacientes menos polimedicados después de las revisiones realizadas). Los programas especiales de suministro directo de productos farmacéuticos permiten reducir su coste por adquisición en las centrales de compra, a la vez que en su diseño incorporan nuevos servicios orientados al ciudadano (como la entrega a domicilio o la personalización de las dosis en las residencias sociosanitarias). El 20 por ciento de los medicamentos utilizados en los centros hospitalarios (100 millones de euros) se gestionan por la Central de Compras de la Conselleria, obteniendo descensos de los precios superiores al 25 por ciento. La adquisición directa y utilización de medicamentos en residencias de tercera edad supone más de 10 millones de euros de ahorros anuales. Por otra parte, se han habilitado programas especiales de administración en centros sanitarios, como es el caso de los antipsicóticos para esquizofrenias graves, donde a la mejora de adhesión y seguimiento de tratamiento farmacoterapéutico sumamos una contención de costes superior a 7 millones de euros anuales.

En diferentes foros recientes ha hablado y opinado sobre la regulación de precios de los medicamentos en Europa y en España, a raíz de la nueva Directiva de Transparencia y el nuevo Real Decreto de Precio y Financiación. ¿Cuál es su posición al respecto?

La Directiva de Transparencia es una norma relevante de la Unión Europea para conocer los precios financiados reales de medicamentos en la Unión Europea y para dotarnos de mecanismos de decisión rápi-

dos para la financiación de innovaciones terapéuticas, así como incorporar la obligación de una declaración de conflicto de interés de todos aquellos profesionales que participan en el proceso de evaluación de medicamentos. Desgraciadamente, el proyecto de Directiva se encuentra estancando

en los organismos comunitarios y no parece que la Presidencia actual de la Unión lo haya propuesto como un punto prioritario en la agenda europea. Por otra parte, y al parecer en su recta final para comenzar el trámite de audiencia, el Real De-

creto de Precios y Financiación va a tener un alto impacto en la utilización de medicamentos en España, clarificando aspectos relacionados con la utilidad e innovación terapéutica así como la regulación de fórmulas innovadoras de sostenibilidad como son los acuerdos de riesgo compartido y los techos de gasto. Esta norma debe permitir al Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel de clínicos como de gestores, mejorar los criterios utilizados en la toma de decisiones que deben asentarse sobre el grado de innovación terapéutica, criterios de coste-efectividad y el beneficio clínico incremental.

¿Qué aportan los registros de pacientes en la toma de decisión sobre precios y financiación? ¿Qué están haciendo al respecto en su Comunidad?

Los denominados registros de pacientes deben obtenerse a partir de la información codificada en la historia clínica electrónica. En el ámbito de la atención sanitaria ambulatoria, Abucasis (nuestra historia electrónica) dispone de los registros de pacientes de toda la población valenciana en el ámbito ambulatorio. La integración con el resto de sistemas de información, por ejemplo laboratorio, asegura una calidad en el contenido de la información clínica con toda la ri-



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

José Luis Trillo

queza que supone disponer de los datos en relación a la práctica clínica habitual. En Atención Especializada, la información aún está fragmentada y aún tardaremos años en disponer ágilmente de estos datos pero, en cualquier caso, se debe seguir la misma estrategia que en atención ambulatoria.

¿Qué opinión le merecen los IPT y qué pueden aportar?

Los IPT permiten introducir dos elementos básicos: implementar de forma efectiva la gestión de conocimiento en la evaluación de terapias farmacológicas a la vez que se reducen los costes de recursos públicos dedicados concurrentemente para este fin en las comunidades autónomas. Independientemente de las dificultades iniciales tanto de coordinación como de contenido, la conexión que finalmente debe existir entre la evaluación de la seguridad y efectividad de los nuevos principios activos, la valoración realizada por la Comisión Interministerial de Precios (para establecer el coste financiado por el sistema público que necesariamente debe apoyarse en técnicas de evaluación económica e impacto presupuestario y su conocimiento por la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial) dará un magnífico fruto en términos de equidad, efectividad y eficiencia para el Sistema Nacional de Salud.

¿Cómo se compatibiliza la innovación sanitaria y la contención del gasto?

Potenciando la adopción de criterios de selección en la selección de medicamentos basados en evaluación económica (comparar las alternativas en términos de efectividad y coste para cada indicación terapéutica) e impacto presupuestario. Es cierto que las innovaciones terapéuticas incorporan un mayor precio. No obstante, para las innovaciones hay que seleccionar las subpoblaciones que más se

pueden beneficiar (en su caso, por la efectividad incremental que aporta el nuevo medicamento), pero también es cierto que debemos potenciar las nuevas alternativas disponibles en el mercado una vez que se produce la caducidad de la patente. Un ejemplo paradigmático son los biosimilares que, sin duda, van a ayudar tanto a la sostenibilidad del sistema como a la incorporación de innovaciones por reducciones del coste las terapias actuales superiores al 40 por ciento en el corto plazo.

Terapias innovadoras, nuevos fármacos biológicos, nuevas terapias en enfermedades como la hepatitis C... ¿dónde poner el límite entre lo que debe estar subvencionado públicamente o no?

Los límites están establecidos en la ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Es una competencia estatal que adopta la decisión de financiar un medicamento en función de la gravedad de la patología, las necesidades específicas de ciertos colectivos, el valor terapéutico y beneficio clínico incremental considerando su coste/efectividad, la racionalización del gasto e impacto presupuestario, la existencia de alternativas a menor coste, el grado de innovación y los Informes de Posicionamiento Terapéutico. En el contexto socioeconómico de España, gracias a nuestro modelo de Sistema Nacional de Salud, tenemos a nuestro alcance todas las posibilidades de incorporar las terapias innovadoras. Para que la posición de negociación del Ministerio de Sanidad en el coste de las nuevas terapias sea la más adecuada, debemos mejorar la comunicación entre los agentes implicados (sociedades de pacientes, sociedades científicas, comunidades autónomas y Ministerio de Sanidad) a los efectos de conciliar las expectativas de los pacientes con el conjunto de las alternativas terapéuticas disponibles

que eviten destinar recursos de manera ineficiente.

En cuanto a la colaboración con la industria, ¿qué pasos se están dando en la Comunidad Valenciana en cuanto al establecimiento de acuerdos de riesgo compartido? ¿qué otras fórmulas de colaboración se están explorando?

En el Hospital Peset se implementó el primer Acuerdo de Riesgo Compartido en el ámbito de los medicamentos biológicos en Reumatología. Este acuerdo de riesgo, que tardó cerca de un año en concretarse administrativamente para encajarse perfectamente en la Ley de Contratos de la Administraciones Públicas, debe ser un modelo para implementar en otros hospitales. La fórmula más extendida es la modalidad de precio/volumen, y hemos recibido alguna propuesta de acuerdo de sostenibilidad anual de todos los productos de algún laboratorio farmacéutico aunque no ha llegado a cristalizar. En mi opinión, conforme los sistemas informáticos lo permitan, la fórmula de riesgo compartido debe extenderse con progresión geométrica.

Se ha hablado mucho últimamente de Medicina Personalizada y de Medicina de Precisión, ¿es una realidad en nuestro medio? ¿qué ventajas y riesgos advierte en relación con este moderno abordaje de las enfermedades?

Sí, es una realidad en nuestro medio. Por ejemplo, los perfiles moleculares del cáncer de mama constituyen un complemento a los métodos diagnósticos convencionales y contribuyen a un mejor conocimiento de la biología del cáncer de mama y a un cambio en la toma de decisiones de tratamiento de algunos pacientes. Con carácter general, la investigación del perfil genómico de cada tumor, el desarrollo de terapias personalizadas y la evaluación de los resultados de los tratamientos oncológicos permitirán maximizar el efecto terapéutico y mejorar la supervivencia. De este modo, actualmente, la Oncología Médica apuesta por la Medicina Personalizada que, basada en el co-

nocimiento de las características específicas de cada tipo de tumor maligno, permite ajustar los tratamientos de acuerdo a las características clínicas, patológicas y biológicas de cada paciente logrando terapias más efectivas y menos agresivas, con mejores resultados y calidad de vida. La Conselleria de Sanidad incluye en la cartera de servicios los test genéticos en estadios iniciales de cáncer de mama, también denominados plataformas genómicas o moleculares. Actualmente, a raíz de los nuevos conocimientos en biología molecular, se están desarrollando diversos perfiles de expresión génica o plataformas genómicas. Estos perfiles o test son herramientas con valor predictivo y/o pronóstico, que permiten estimar de forma más fiable la probabilidad de recidiva o recaída (pronóstico) y/o informar acerca del beneficio individual de la administración de quimioterapia (predictivo), lo que permite cambios en la decisión terapéutica. Se han utilizado ya dos plataformas moleculares o test genéticos realizándose 255 en 2013 y 321 en 2014 test en la Comunidad. Con ambos test o plataformas, la decisión de cambio en el tratamiento fue para un 50 por ciento de los casos de quimioterapia a hormonoterapia, y en un 10 por ciento de los casos el cambio fue de hormonoterapia a quimioterapia. Se obtiene una ganancia en calidad de vida, al evitar tratamientos con quimioterapia con efectos adversos a pacientes que no se van a beneficiar de ellos.

¿Está preparada la Comunidad Valenciana para afrontar estos retos?

Si, tenemos todos los soportes estructurales y profesionales.

Sin duda, otro reto y promesa para la Farmacia se fundamenta en la asunción y aplicación de nuevas tecnologías, facilitando desde la asistencial electrónica hasta otras muchas aplicaciones de eSalud. ¿Qué iniciativas destacaría en este ámbito en su Comunidad?

En el ámbito de la oficina de farmacia, queremos alcanzar el objetivo de “office paper-

less” (oficina sin papeles). En la Comunidad Valenciana tenemos uno de los modelos más avanzados en este terreno. La receta electrónica se ha planteado como un conjunto de servicios electrónicos adicionales a la propia dispensación. Se disponen de alertas farmacéuticas (de calidad de productos, de seguridad, alertas administrativas, etc) que ya se reciben en la oficina de farmacia en cada dispensación. Desde 2009, y gracias a la firma electrónica reconocida que incorpora tanto la prescripción como la dispensación, se encuentra totalmente automatizada la gestión de estupefacientes, que se está completando estos días con la automatización de libro de estupefacientes y de los vales de estupefacientes. El libro recetario está integrado en el contexto de receta electrónica desde hace años. Los sistemas logísticos de las oficinas de farmacia se encuentran conectados con el sistema de receta electrónica, facilitando tanto la gestión de stocks como el proceso de facturación de recetas a la Conselleria de Sanidad. Cualquier receta prescrita en soporte de papel se puede integrar en el sistema de receta electrónica, destacando que el sistema permite la utilización y captura de una tarjeta sanitaria de cualquier comunidad autónoma. Desde las oficinas de farmacia se puede facilitar la cita en Atención Primaria, consultar la medicación vigente o entregar el informe gráfico de tratamientos para facilitar el cumplimiento terapéutico.

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



En concreto, ¿qué le parece la idea de otorgar al médico de AP más protagonismo en las labores de gestión?

Es importante la implicación de los médicos con el sistema sanitario, especialmente en el contexto de gestión clínica. Se debe establecer una estrategia clara en nuestra organización para facilitar su desarrollo, dado que facilita la sistematización y ordenación de los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones entorno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.

¿Por qué considera prioritaria la profesionalización de la gestión sanitaria?

La profesionalización de la gestión sanitaria es fundamental para la sostenibilidad y productividad de nuestro sistema sanitario. Es importante dado que permite reducir el tiempo en el diseño y ejecución de los objetivos de política sanitaria de cada legislatura, asegura un equilibrio sanitario, económico y legal en la ejecución de los planes de actuación y permite facilitar la comunicación y traducción, para los clínicos, de los objetivos que anualmente se plantea por nuestra organización sanitaria ■

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



El 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, un Congreso de récord

Más de 3000 asistentes de todos los ámbitos del sector sanitario se han dado cita en Elche y Alicante en el 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria (CNH), organizado por SEDISA y ANDE. Una cita en la que se ha hablado no sólo de gestión, sino también de salud, y en la que ahora que parece que empieza a mejorar la situación económica se ha puesto la vista en el futuro.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo

El 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, un Congreso de récord

Los servicios sanitarios y los ciudadanos”, ese era el lema elegido para el 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria (CNH), organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), celebrado en Elche y Alicante del 10 al 13 de marzo. Y es que si algo ha diferenciado este encuentro de anteriores no ha sido sólo el aumento de sus cifras de participación, sino sobre todo, el haber hablado de lo realmente importante: la salud.

Así lo manifestaba Mariano Guerrero, secretario general de SEDISA y presidente de este Congreso, a la Revista EL MÉDICO, “es el primer congreso en el que se habla más de salud que de servicios sanitarios, y de hecho ha habido palabras muy repetidas como evaluación, liderazgo, sistemas de información o cronicidad, y esto marca un hito para los próximos eventos en los que estemos”.

Haciendo un resumen de lo que ha sido este encuentro, Guerrero concluía que “ha supuesto muy importante porque se han tratado temas que llevaban mucho tiempo sin ser debatidos en el seno del congreso en unos casos, y en otros, porque realmente hemos recogido temas que nunca se habían hablado en un congreso nacional de hospitales, como el empoderamiento del paciente y el papel de las asociaciones de pacientes; las nuevas tecnologías; lo que son los portales de salud, etc.; y todos estos elementos son muy importantes de cara a lo que van a ser los servicios de hospitales en el futuro”.

Si este era el resumen en cuanto a temas, las cifras las ponía el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez. “Estamos muy satisfechos, porque en Bilbao tuvimos unas 2.000 asistentes, en aquel momento fue el récord, también por las 700 comunicacio-

nes de congresistas y 300 ponencias. Pero hemos superado todas esas cifras, hemos llegado a los 3.000 congresistas, 1.500 comunicaciones, 350 ponencias, pero lo más importante es que ha venido la Sanidad pública, la Sanidad privada y no sólo los directivos, sino gerentes de servicios clínicos, supervisoras de enfermería y directores de las principales empresas aseguradoras

Se ha llegado a los 3.000 congresistas, 1.500 comunicaciones, 350 ponencias, pero lo más importante es que ha venido la Sanidad pública, la Sanidad privada y no sólo los directivos

y proveedoras de servicios del país. Además hemos contado con varios presidentes de sociedades médicas, con lo que hemos cumplido el objetivo de dejar de hablar los directivos entre sí, romper la endogamia y que hablen también los clínicos, de manera que este congreso sea un foro de encuentro de clínicos y directivos. También hemos podido contar con la Industria, con los medios de comunicación, las asociaciones de pacientes, la Real Academia de Medicina de Valencia, e incluso el Ejército”.

Precisamente, de esa dimensión multidisciplinar del congreso hablaba Jesús Sanz, presidente de ANDE. “No sólo ha partici-

pado un alto porcentaje de enfermeras gestoras, sino que si algo hay que destacar de este congreso ha sido su enfoque multidisciplinar y multiprofesional”. Además, Sanz reseñaba que las salas siempre habían estado llenas y que el índice de participación en los debates había sido alto, “lo que demuestra que quien ha asistido venía con ganas de aprender, participar y compartir impresiones, con lo cual hemos cumplido nuestro objetivo”.

El papel del Ejército y de la Administración

Manuel Llombart, consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana, era el encargado de inaugurar el 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, en un acto en el que se destacaba el papel de los pacientes, no sólo como centro del sistema sanitario, sino como su motor de cambio, y en el que se ponía de manifiesto que el futuro de dicho sistema pasa por encontrar un equilibrio entre la eficacia y la eficiencia. Este acto contó, además, con la presencia de los alcaldes de Alicante, Miguel Valor; y de Elche, Mercedes Alonso García; y la presidenta de la Diputación de Alicante, Luisa Pastor.

La Administración no era la única institu-





ción destacada de este congreso, y es que en el mismo tenía un papel muy especial el Ejército Español, ya que la Agrupación de Hospital de Campaña (AGRUHOC) de la Brigada de Sanidad del Ejército de Tierra ha podido mostrar a los asistentes al mismo un Módulo Facultativo del Hospital de Campaña (HOC), consistente en un contenedor funcional quirúrgico, una unidad de reanimación post-anestésica, un módulo de cuidados odontológicos y un contenedor de servicio de laboratorio.

“Se trata de la segunda vez que esta Agrupación despliega alguno de sus módulos facultativos en apoyo a Acciones de Cooperación en congresos civiles de ámbito sanitario; el primero fue realizado en Badajoz, hace dos años, durante un congreso de Ingeniería hospitalaria”, según fuentes de la propia unidad militar. El Hospital de Campaña (HOC) es una formación logística sanitaria desplegable de diagnóstico y de tratamiento médico-quirúrgico y hospitalización, así como servicios especializados y farmacéuticos, constituida sobre la base de la Agrupación de Hospital de Campaña (AGRUHOC), con capacidad para prestar asistencia sanitaria en operaciones con capacidades de ROLE 3 a unidades tipo División (aprox. 20.000 personas). Según las mismas fuentes, “viene a cubrir un hueco importante en nuestra cadena de apoyo sanitario, dentro del Teatro de Operaciones (TO), que per-

mite realizar el tratamiento quirúrgico y médico de las bajas, antes de su traslado a Territorio Nacional (TN), en donde recibirán el tratamiento definitivo completo en los Hospitales Militares (ROLE 4)”.

El término ROLE se aplica a las capacidades médicas de una unidad sanitaria militar. En ese aspecto, España disponía hasta ahora de capacidad sanitaria de ROLE 1, 2 y 4. ROLE 1 implica la atención básica y las primeras curas para una inmediata evacuación posterior; ROLE 2 sumaba a estas capacidades consulta médica, análisis e intervenciones quirúrgicas y evacuación del paciente, una vez intervenido y estabilizado; y ROLE 4 es la capacidad de un hospital general, en este caso el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. “Lo que permite un hospital de ROLE 3 es obtener todas estas capacidades del 4 pero sobre el terreno, sin necesidad que el paciente sea evacuado de la zona de operaciones, dado que puede ser intervenido, tratado, medicado y pasar la convalecencia en él sin necesidad de evacuación a un escalón superior”.

Mario González, vocal SEDISA: “el directivo del futuro tiene que pasar de ser un directivo que apaga fuegos a ser un directivo que cree fuegos dentro de la organización, para así quemar aquello que no funciona y transformar las cosas”

Nuevos modelos de gestión y nuevos gestores

Una de las mesas de especial atención para los propios directivos era aquella en la que intentaba visualizar cómo debía ser el directivo de la salud en el año 2030. Según Manuel del Castillo Rey, director gerente del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, la primera cuestión a tener en cuenta es que la función del directivo no es igual en cualquier centro, y es que “el modelo de gestión es importante, y no sólo por una cuestión de costes o eficiencia, sino porque también afecta a la salud de las personas, y nuestra obligación para el futuro como directivos es modernizar y flexibilizar esos modelos de gestión”. Tal y como mostraba Del Castillo, la gestión y el compromiso que puedes hacer en una entidad privada no tiene nada que ver con la capacidad de actuación que se tiene desde la pública. De hecho, en cuanto a compromiso, no es cierto que en todas las organizaciones exista un determinado porcentaje de perfiles de trabajadores comprometidos, críticos o desertores, sino que está comprobado que estos porcentajes son muy variables según la organización, y uno de los parámetros que lo determinan es la es-

tabilidad del proyecto y del equipo directivo. “No puedes comprometerte con algo que cambia cada dos años, y en dos años tampoco puedes crear un proyecto que realmente ilusione a tu equipo”.

Por otra parte, la opinión de Mario González González,

vocal SEDISA y gerente de Gestión Integrada en Vigo, era que “el directivo del futuro tiene que pasar de ser un directivo que apaga fuegos a ser un directivo que cree fuegos dentro de la organización, para así quemar aquello que no funciona y transformar las cosas”. Pero este cambio



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

El 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, un Congreso de récord

no debe ser aventurado, sino basado en la evaluación y en la evidencia científica. “Hacemos las cosas por modas y ese es uno de los problemas del SNS. Hubo un momento en el que unificar Atención Primaria y Atención Especializada parecía un ‘tonto el último’, pero lo que me planteo es por qué no se evaluaron esas primeras experiencias y en base a esos datos se tomó una decisión”.

Y es que más allá del tipo de modelo de provisión y gestión de los servicios sanitarios, lo que los expertos ponían de manifiesto a lo largo de este congreso era que uno de los grandes retos del sistema

sanitario es la evaluación de esos distintos modelos y que los resultados de dicha evaluación sean públicos. Durante la mesa centrada en la “Evaluación de los modelos de provisión y gestión de servicios sanitarios”, Pablo Gallart, director financiero del Congreso, opinaba sobre este tema del Grupo Ribera que “la gran asignatura pendiente del sistema sanitario es la evaluación de los distintos modelos. En pleno siglo XXI y en una sociedad madura como la nuestra es totalmente inadmisibles que se sigan cuestionando modelos de colaboración público-privada que funcionan con éxito desde hace años sin aportar datos objetivos”.

La evaluación es, asimismo, la garantía de calidad de los servicios que se prestan. “Mantener un completo sistema de evaluación de la provisión y gestión de los servicios sanitarios resulta esencial para prestar una atención de la máxima calidad a nuestros pacientes”, explicaba Juan Antonio Álvaro de la Parra, director de Hospitales de Madrid de IDCsalud y ponente en la misma mesa. “Para ello hacemos un seguimiento permanente de las principales variables de calidad percibida por nuestros pacientes”, añadía.

Tecnología: Obsolescencia y Telemedicina

Otro de los temas sobre el que se ha centrado este congreso es la tecnología, tanto en sus avances como en los retos que quedan por afrontar. Así, una de las cuestiones abordadas era la preocupación de todo el sector sanitario por la obsolescencia tecnológica, que “quizá no

esté en niveles alarmantes, pero es cierto que en algunos hospitales el parque tecnológico necesita una amplia renovación, en otros una renovación no tan amplia, y finalmente en unos pocos de reciente construcción aún está lejana”, tal y como daba a conocer César Pascual, vicepresidente de SEDISA y gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. “En ocasiones pesa más la fascinación tecnológica que la necesidad real de renovación e incluso diría yo de dotación”, explicaba. “Creo que el momento de la renovación por obsolescencia tecnológica debería aprovecharse para buscar una racionalización de todo el parque tecnológico de nuestro país”.

Javier Guijarro, secretario general de la Sociedad Española de Ingeniería Hospitalaria y responsable del Área de Logística y Aprovisionamiento de la Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos del Servicio Madrileño de Salud, aportaba que, dada la gran inversión que se realiza en tecnología sanitaria, ésta tiene que estar basada en dos principios básicos de análisis: por una parte, ha de tener una evidencia científica que demuestre su validez; y, por otra parte, ha de sustentarse en un análisis de coste-eficiencia que demuestre que la inversión que se realiza repercute de una manera proporcional y directa en la prestación sanitaria.

Pero la tecnología también ha aportado grandes avances, y ejemplo de ello es la Telemedicina. Hay que tener en cuenta que la edad está asociada a un aumento de enfermedades crónicas, las personas de este rango presentan multi-morbilidad y pluri-medicación, “y eso requiere una respuesta por parte del sistema que es distinta a la que se ha venido dando hasta ahora”, ponía de manifiesto Domingo Orozco, de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante. En este sentido, el experto introducía las ventajas de la Telemedicina para alcanzar estos objetivos: “Los tiempos han evolucionado y ahora tenemos un sistema de comunicación que nos permite tener un contacto y una interacción más fluidos con el paciente”.

Orozco ha formado parte del proyecto “Valcronic”, que ha monitorizado a 500 pacientes crónicos mayores. “Hemos comunicado el domicilio del paciente con el centro de salud”, explicaba, señalando que les han entregado a estos pacientes una tablet y les han facilitado unos dispositivos de biomedida que registran indicadores como la tensión o la glucemia. “Por vía telemática se incorporan a la historia clínica y se monitoriza de forma continua al paciente. De esta manera se detectan precozmente sus descompensaciones, consiguiendo una respuesta proactiva y preventiva que posibilita una intervención temprana”, apuntaba.

Clarificando este proyecto, concluía que los resultados eran positivos, ya que el programa ha mejorado el grado de control, se ha reducido un 44 por ciento los pacientes con mal control diabético, un 40 por ciento los de mal control de la tensión diastólica, un 15 por ciento los de sistólica, y se han reducido los ingresos hospitalarios y las visitas a Urgencias. Además, el 98 por ciento de los participantes recomendaría estos programas a otros pacientes. Así, Orozco concluía que es un sistema coste-efectivo, ya que el coste de la implantación de esta tecnología no es cara, y mucho menos teniendo en cuenta los resultados obtenidos, “y que el programa se realiza en condiciones normales de prácti-



ca clínica y se ha realizado en centros de salud sin recursos adicionales”.

Empoderamiento del paciente y turismo sanitario

No se trata solo de dar herramientas, sino también de hacer responsable al paciente, y por tanto, hacerle más autónomo. Juan Carrión, presidente de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), ponía de manifiesto en este congreso la importancia de la participación ciudadana en los temas referidos a los servicios sanitarios, haciendo hincapié en la importancia y la fuerza del tejido asociativo en España. En este sentido, consideraba que “es necesaria la presencia del movimiento asociativo para trabajar conjuntamente con los responsables de las Administraciones para que estas enfermedades se consideren una prioridad estatal social y sanitaria”. Del mismo modo, aseguraba que las enfermedades raras no conocen de colores políticos, por lo que apunta que se deben aunar esfuerzos para “contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes, más aún cuando el Sistema Nacional de Salud no está respondiendo a todas las necesidades de los afectados y sus familias”. Carrión agregaba que es “necesario que el movimiento asociativo lleve a cabo el segui-

miento de cómo evoluciona el sistema de salud y sea crítico con todo aquello que no se cumple”.

En relación también con los pacientes, otro de los temas del congreso era el llamado “turismo sanitario”. El número de visitantes que llegan a España atraídos por el turismo de salud podría rondar los 200.000 en los próximos cinco años, una progresión que supondría una facturación de 500 millones en 2015. En palabras de Pepa Buriel, abogada y profesora de Derecho del Trabajo de la Universidad de Barcelona, cuando se hace referencia al turismo sanitario se ha de tener presente la Directiva Europea de Asistencia Transfronteriza, que permite la liberalización del sistema sanitario, y que pese a crear una serie de incógnitas, puede generar una mayor calidad derivada de una mayor competencia y puede ayudar a desarrollar las potencialidades del sistema sanitario.

Por su parte, Alberto Giménez, presidente del Grupo Casaverde, quiso poner de manifiesto que hay que hacer una diferenciación entre los turistas que ingresan por Urgencias y los ciudadanos europeos que piden una autorización previa a sus respectivos sistemas de salud y vienen a España respaldados por los mismos. Ade-

más, destacaba las posibilidades que ofrece nuestro país como un destino competitivo. Así, apuntaba que los turistas sanitarios que escogen España lo hacen mayoritariamente por la tecnología, la calidad del sistema y por la accesibilidad y la rapidez en la atención, y señalaba que las especialidades más demandadas son la Cirugía estética, la reproducción asistida y la Oftalmología.

La Sanidad tras la crisis

Una de los últimos debates realizados en este encuentro versaba sobre cuál ha sido el impacto de la crisis en la Sanidad. Abrió la mesa José Ignacio Echániz, consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, que comenzaba su discurso aventurando que “en los próximos años el PIB va a crecer, se retomarán por parte de las Administraciones proyectos de inversión que se tuvieron que abandonar y, por tanto, la Sanidad y la Educación volverán a su ser”. Desde una visión optimista, Echániz opinaba que “la crisis también ha servido para pensar lo que estábamos haciendo, y plantear reformas que hubieran sido impensables hace una década. Nos hemos adaptado y hemos sobrevivido”.

Según el consejero se ha mejorado en

XXII CONGRESO NACIONAL I INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE PEDIATRÍA SOCIAL

Almería 7, 8 y 9 de Mayo de 2015

Dirigido a profesionales
implicados con la infancia

“Con abrazos... con...”

SEDE

Palacio de Congresos
Cabo de Gata-Almería

ORGANIZA



PATROCINAN



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ALMERÍA



SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN



CEP de Almería, Cuevas-Olula y El Ejido
Delegación Territorial de Almería
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE



SECRETARÍA TÉCNICA

Dimoba "Actos y Eventos". Tlf.: 950252577 Email: seps2015almeria@dimoba.com

transparencia, se ha disminuido la capacidad de discrecionalidad y se ha aprendido en términos de flexibilidad para nuestras estructuras. Asimismo se ha mejorado en tecnología, se ha apostado por el paciente y se ha mejorado en la autonomía de los profesionales y centros, pero también en su responsabilidad.

“La Sanidad, en definitiva, ha salido viva de la crisis y no es poco, lo hemos pasado mal, pero sería injusto no hacer en este momento una reflexión de que quizás estemos mejor preparados para el futuro”.

Diferente era la visión de José María Fernández Cebrián, jefe de la Unidad de Cirugía General Fundación Hospital Alcorcón, que afirmaba que “ha habido un impacto en los servicios, en los hospitales, en los profesionales y también en los pacientes”. Si bien reconocía que no hay datos como para cuantificar el impacto de la crisis, ni en España ni en otros países, insistiendo en que “no existen estadísticas, sólo estimaciones”, presentaba datos extraídos de su propio hospital, en los que se observaban variaciones llamativas en la adecuación del estudio preoperatorio, en el uso de antibióticos y profilaxis tromboembólica, en el régimen de hospitalización, en la técnica quirúrgica y en la anestesia. Asimismo, la estancia, en general, es excesivamente larga. Por otra parte, exponía “un ligero aumento de la tasa de infecciones, y un diagnóstico de neoplasias en estadios más avanzados, como un aumento de frecuentación en consultas de pacientes con obesidad y comorbilidades asociadas”.

Más allá de los datos propios, el experto también presentaba las conclusiones del Informe Panorama de la Salud Europa 2014, elaborado conjuntamente por la Comisión Europea y por la OCDE, en el que se analizaba que el impacto de la crisis ha tenido una incidencia desigual en la salud de la población y en la mortalidad. “Aunque las tasas de suicidio au-

mentaron ligeramente al comienzo de la crisis, parece que han regresado a niveles anteriores. La mortalidad en los accidentes de transporte ha bajado más deprisa en los años siguientes a la crisis que en los precedentes. Asimismo ha habido un incremento a largo plazo de la obesidad, al punto de que

Según los asistentes, el nuevo modelo organizativo tendrá que ser más participativo, sustentado con ética, transparencia y evidencia

una de cada seis personas adultas en los estados miembros de la UE era obesa en 2012, cuando en 2002 era una de cada ocho”, seguramente, debido a un cambio en los hábitos alimentarios. Por otro lado, entre 2009 y 2012 el gasto sanitario real descendió como media un 0,6 por ciento anual mientras que había experimentado un crecimiento de un 4,7 por ciento anual entre 2000 y 2009. “Los periodos de crisis son buenos para hacer *brainstorming* y darnos cuenta de todos esos temas que tenemos que mejorar”, concluía el experto.

Las conclusiones del encuentro

María del Remedio, vocal de ANDE y presidenta del Comité Científico del 19 Congreso, realizaba un resumen propio de lo que se había concluido en este encuentro en el acto de clausura. Así, destacaba en primer lugar que “aunque el paciente es consciente de la importancia de la sostenibilidad del SNS, y percibe más que nunca la necesidad de implicarse, debe de dar un paso más en el cuidado de su salud, responsabilizándose de su autocuidado. Para ello necesita que se le dé formación y participación con transparencia”. En lo referente a los profesionales, opinaba que estos deberán tener más autonomía, pero también más responsabilidad en la gestión, así como asumir nuevos roles y nuevos desafíos, lo que supone esfuerzo y preparación por parte de todos, especialmente por los directivos, cuya capacidad de liderazgo resultará fundamental. “Habrà que recompensar a los profesionales con sistemas retributivos más justos”.

Respecto a las nuevas tecnologías, no se

olvidaba de resaltar que estas están haciendo progresar vertiginosamente la Medicina, pero que “los avances producidos en los productos sanitarios y la industria farmacéutica exigen una necesaria buena gestión para invertir en aquello que realmente añada auténtico valor”. Se trata, por tanto, de incrementar aquellas prácticas que la evidencia científica haya demostrado que aportan valor.

Por último, insistía en que el nuevo modelo organizativo tendrá que ser más participativo, sustentado con ética, transparencia y evidencia. “Una de las lecciones aprendidas de la crisis es que se puede vivir con menos, dedicando los recursos a los aspectos importantes sin que se pierdan en gasto superfluo. Hay que preparar las estructuras para afrontar próximas crisis, lo que supone sanear, reducir costes fijos, conseguir un verdadero compromiso por parte de los profesionales y de los pacientes. No se puede dirigir como hasta ahora, hace falta un liderazgo solidario y responsable” ■

Documentación y fuentes

1. Asistencia al 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria.
2. Entrevista con Mariano Guerrero, presidente del 19CNH.
3. Entrevista con Joaquín Estévez, presidente de SEDISA.
4. Entrevista con Jesús Sanz, presidente de ANDE.
5. EL MÉDICO INTERACTIVO.

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





La Atención Primaria es el eje y el corazón del SNS;

Josep Basora

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de
Familia y Comunitaria (semFYC).

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Archivo EL MÉDICO



La Atención Primaria es el eje y el corazón del SNS

Los médicos de familia son los profesionales de la salud mejor valorados por los ciudadanos y esto hace que desde la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) se planteen nuevos retos para mejorar, cada día, la asistencia y el cuidado tanto de los pacientes como de los ciudadanos. Josep Basora, el presidente de esta sociedad científica, piensa que hay que prestigiar la Medicina de Familia como una especialidad de proximidad.

¿Cuál es la situación actual de la Atención Primaria en España?

En estos momentos de crisis estamos viendo las consecuencias, ya que ésta se ha cebado con Atención Primaria; sobre todo, porque su funcionamiento se basa en los recursos humanos, es decir, en los profesionales que atienden a muchos pacientes. Si recortamos en recursos humanos está claro que la eficiencia y la calidad de la Atención Primaria se ve mermada. Sin embargo, sí que estamos viendo que hay un avance gracias a la incorporación de las TIC, por ejemplo con la receta electrónica, la historia clínica compartida...De alguna forma, estamos teniendo un avance en la estrategia de crónicos.

¿Cómo se materializa el avance de la estrategia de crónicos?

Los médicos de Primaria somos los que tratamos a todos estos pacientes y creemos que en la estrategia de crónicos se debería potenciar la AP, ya que todos los países que tienen un programa de atención al paciente crónico sus líneas de trabajo se basan en AP. Por eso, hay que ser altamente eficiente y resolutivo para atender a este grupo de población. De



hecho, vamos a promover en todos los centros de salud para el 12 de abril, Día de la Atención Primaria, una serie de movilizaciones bajo una visión positiva: un cambio para orientar al Sistema Nacional de Salud hacia la Atención Primaria como eje y corazón del sistema.

¿Cómo se puede conseguir este objetivo?

Bueno, primero nos lo tenemos que creer nosotros y luego hay que trabajar todos juntos en positivo.

¿Con qué apoyos cuenta semFYC? ¿Hay consenso de los socios?

Somos una sociedad federada; es decir, somos 17 sociedades en una, y nuestros socios pertenecen a las sociedades federadas. A través de ellas, tenemos una relación muy estrecha con todos los socios y disponemos de unos mecanismos de participación interna por los que nuestros asociados hacen llegar sus necesidades.

¿Cuáles son las necesidades actuales?

Antes de los años de crisis, nuestra especialidad ha ido evolucionando con la estrategia de Atención Primaria del siglo XXI. De hecho, hemos compartido con los presidentes de las sociedades de Medicina de Familia, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que estamos en un proceso de convergencia y que estamos trabajando juntos. Por eso, queremos presentarle al Ministro de Sanidad un decálogo de medidas para potenciar la AP.

¿Nos puede adelantar alguna de esas medidas?

El decálogo aún se está construyendo, pero son ideas simples que se puedan instaurar sin problema en nuestro entorno. Le adelanto una: la receta electrónica en todo el territorio nacional. Ahora mismo está solo en el 70 por ciento de todo el territorio nacional. Creemos que debe estar en toda España y, por supuesto, también en los hospitales. Otra de las medidas es proponer una adecuación técnica de las bajas de IT, están en reforma pero queremos avanzar más.

¿Cómo está la Medicina de Familia en los planes de formación de los nuevos médicos?

Como asignatura está en el 74 por ciento de las facultades de Medicina de nuestro país; hemos avanzado mucho, aunque tenemos un farolillo rojo, la Universidad del País Vasco que no contempla ni prácticas ni ninguna asignatura de Medicina de Familia en el plan de estudios. En casi todas las universidades españolas es un avance poder proponer que los médicos

de familia puedan acceder a plazas de profesores titulares con una acreditación por parte de la Agencia Universitaria Académica, que sea justa con los méritos asistenciales. Por eso, queremos participar en el programa de Troncalidad, por-

En estos momentos de crisis estamos viendo las consecuencias, ya que ésta se ha cebado con Atención Primaria; sobre todo, porque su funcionamiento se basa en los recursos humanos, es decir, en los profesionales que atienden a muchos pacientes

de los ciudadanos/pacientes?

Tenemos que tener en cuenta que contamos con la confianza de los pacientes y de los ciudadanos. En las encuestas de satisfacción, cuando preguntan sobre su médico de familia, la puntuación del profesional de Primaria es la del profesional mejor valorado de todas las profesiones sanitarias. Creemos que hay que prestigiar a la Medicina de Familia como una especialidad de proximidad y, sobre todo, resolutiva. Casi todos los problemas se deberían solucionar con una proximidad al paciente.

¿Con qué herramientas cuenta semFYC para llevar a cabo la educación para la salud?

Desde hace ya casi 20 años, la semFYC tiene en marcha un programa de atención

que nos parece que es una oportunidad para que los residentes conozcan de primera mano la AP y lo que es la Medicina de Familia. Que la conozcan y que en el periodo troncal se puedan enamorar de nuestra especialidad, que es muy potente.

¿Qué papel tiene AP en la educación para la salud

comunitaria. Nosotros somos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. El programa de los médicos residentes también incluye cuestiones relativas a la promoción de la salud y de educación a los pacientes. De hecho, tenemos una revista denominada Comunidad, en la que se incluyen actividades con asociaciones de vecinos, con el entorno local...Tenemos muchos ejemplos y muy buenos, pero que aún no se ha transformado en lo que queremos que sea.

¿Cuál está siendo la respuesta del paciente?

Durante muchos años hemos hecho a los pacientes dependientes del Sistema Nacional de Salud y ahora tenemos que convencerles de la necesidad de compartir la responsabilidad de su cuidado. Hay que emponderar al paciente, por lo que tenemos que incluir el autocuidado de la salud en las distintas etapas de la vida. Por eso, debería formar parte de alguna materia que se imparta en educación primaria.

Como estamos viendo, cada vez están cobrando más fuerza en la sociedad las asociaciones de pacientes, ¿cómo las valora y qué pueden aportar al sistema?

La voz del paciente es lo que nos hace ver que aún tenemos interrogantes que resolver. Sus inquietudes nos llegan tanto a través de las asociaciones de pacientes como de la ciudadanía en general. El SNS y algunas comunidades se están preguntando cómo pueden participar las

asociaciones de pacientes y los ciudadanos en algunas políticas preventivas y de salud pública. Deberíamos fijarnos en lo que también se está preguntando el

Nace la **plataforma** de **referencia**
en **formación médica** continuada



1000 obras
de carácter **médico-científico**
500 **congresos**
apps
CURSOS de **formación**

Contacte con nosotros en:
gruposaned@gruposaned.com

Lyceum

www.lyceum.es



saned

GRUPO

www.gruposaned.com

sistema de salud de Reino Unido a través de tres cuestiones: cómo es la participación de la persona en cuanto a su salud a título individual, cómo es en su comunidad y cómo es como afectado de una patología determinada. Es muy

ejemplarizante como lo están haciendo, porque implica a toda la sociedad. El Sistema Nacional de Salud tiene que incorporar la corresponsabilidad del paciente y debemos res-

petar tres aspectos: la confidencialidad, la intimidad, la humanidad. Si compartimos estos valores con nuestros pacientes, que sí que lo hacemos, y tenemos la participación de los ciudadanos y de las asociaciones de pacientes será más fácil mejorar.

¿Cuáles son los retos principales de la semFYC?

Uno de los retos que teníamos al principio era homogeneizar a los médicos de Atención Primaria bajo un único título, que es médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Eso ya está conseguido y es muy importante, porque es una cuestión que nos ha costado 30

años. Ahora, desde la unión con las otras dos sociedades de Medicina, avanzamos para tener todos juntos una AP mucho mejor de la que tenemos. Queremos realzar la Academia de Medicina Familiar en España como algo participativo con las otras dos sociedades y queremos formalizar aquí toda la formación docente dirigida a pre y postgrado.

Todos los países que tienen un programa de atención al paciente crónico sus líneas de trabajo se basan en Atención Primaria

¿Está la investigación entre sus prioridades?

SemFYC está participando en proyectos europeos de investigación. SemFYC formó parte de la génesis de la única red de in-

vestigación de actividades preventivas y de promoción de salud (Rediapp), que lideraba el Instituto de Salud Carlos III. Pero debemos dar más pasos en investigación en Atención Primaria

en el sentido de que se incorpore a ensayos clínicos y a grandes proyectos. En investigación, también vamos a poner en marcha iniciativas para intentar fomentar la traslación de los resultados de la investigación a la práctica clínica. Tenemos una investigación muy potente en Atención Primaria que se publica en revistas internacionales de alto factor de impacto y, sin embargo, tienen poca repercusión en la traslación al SNS.

Tenemos una investigación muy potente en Atención Primaria que se publica en revistas internacionales de alto factor de impacto y, sin embargo, tienen poca repercusión en la traslación al SNS

¿Qué importancia tiene la acreditación para su sociedad?

Mucha, queremos potenciar iniciativas como la acreditación de los médicos de familia como profesores universitarios, con la propuesta de un baremo, y reivindicar al ministro de

Sanidad un área de conocimiento específico para la Medicina de Familia en la Universidad, como puede ser cualquier otra especialidad. Esto nos permitirá que se pueda estructurar nuestra especialidad como está en todas las universidades de nuestro entorno europeo. Además, nos queremos centrar en la acreditación de la Unión Europea del modelo para 2017 de

certificación y recertificación para el desarrollo continuo.

¿Qué otras medidas tienen en marcha?

Las que se centran en ilusionar a los profesionales, a nuestros asociados, a todos los médicos de familia de España, que son 33.000, para que los centros de salud sean el corazón del sistema y que sean resolutivos con medios humanos y técnicos. Distintos países se han dado cuenta que con el modelo de crónicos los centros de salud son como los directores de orquesta en cuanto al tránsito de los pacientes dentro de la estructura de la red sanitaria.

¿Cuáles son las demandas que hacen a los políticos en este año electoral?

Que apuesten por el Sistema Nacional de Salud Público, por la equidad al acceso, que no hagan exclusión de una parte de la población por su condición de ciudadano con permiso de residencia. También les planteamos que la atención sea lo más parecida posible en todas las partes de España, porque sea la mejor y haya mejor acceso a tratamientos y a prestaciones que se establezcan en el Consejo Interterritorial. En este sentido, proponemos uno específico de AP, con la conjunción de servicios sociales, para poder hacer frente a los problemas de dependencia, de pacientes crónicos y de los que tienen necesidades de cuidados específicos. El sistema sanitario por sí solo no puede cubrir todas las demandas y algunas de ellas son más del ámbito social ■

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





Avances en la aplicación clínica de terapias innovadoras

Las terapias innovadoras basadas en la terapia celular aún deben afrontar retos; mientras, las investigaciones avanzan arrojando datos esperanzadores en ámbitos como la Hematología, Dermatología y Oncología Infantil. España, por su parte, resulta pionera en este campo gracias a instituciones como la Red de Terapia Celular (TerCel), que agrupa a más de 150 investigadores, y que es ejemplo de cómo la investigación intenta acercarse a la clínica. Todos estos temas fueron objeto de debate recientemente en la 10ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, realizada por la Fundación Jiménez Díaz (FJD) y el Instituto de Investigación Sanitaria (IIS), en colaboración con el Instituto Roche.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



La ciencia avanza a pasos agigantados, y las terapias innovadoras, que buscan soluciones para patologías que antes no tenían otros tratamientos disponibles, ya no se basan solo en la química, sino sobre todo en la biología. Para debatir sobre los avances y retos de las mismas, la Fundación Jiménez Díaz (FJD) y el Instituto de Investigación Sanitaria (IIS), en colaboración con el Instituto Roche, convocaron en la 10ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, a cerca de 300 profesionales de distintos ámbitos de la investigación básica y clínica.

Dicha reunión era presidida por Carmen Ayuso, directora científica del Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz, que explicaba que el objetivo no era otro sino el de revisar especialmente los progresos que se están alcanzando con el empleo de terapias celulares, terapias génicas, los tratamientos antitumorales basados en inmunoterapia con células T de memoria, o la quimioterapia de nueva generación en Hematología. “Los grandes avances que nos llegan vienen de la mano de las innovaciones en terapia génica y celular, que empiezan a dar respuesta a viejos problemas médicos no solucionados”.

Por su parte, Federico Plaza, vicepresidente del Instituto Roche, exponía que si bien se están produciendo grandes avances, paralelamente estamos asistiendo a un desarrollo cada vez más complejo

de los fármacos innovadores, y esto se debe a diferentes factores. Por un lado, el hecho de que las moléculas sean cada vez más complejas, y es que ya no sólo hablamos de material químico, sino sobre todo de biológico, y eso lo cambia todo. Tal y como citaba el representante de Roche, “el tiempo medio desde que se

produce el conocimiento que soporta el nuevo fármaco hasta que este llega al mercado es de 10 a 12 años, y tenemos que acortar esos tiempos”. El otro punto pasa por la complejidad legislativa, y es que “las agencias reguladoras son cada vez más exigentes”.

De hecho, solo el 8 por ciento de los ensayos en fase I acabarán por llegar al arsenal terapéutico, pero es que, de los que llegan a fase III, del 30 al 45 por ciento acabarán en fracaso. “Necesitamos tener más ejemplos prácticos, tangibles, donde realmente exista la cercanía entre la fase experimental y la clínica, para que esos hallazgos lleguen más rápidamente a los pacientes”. De esta manera, dejaba fijado uno de los grandes retos que se repetirían a lo largo del encuentro: La necesidad de que el laboratorio esté más relacionado con la clínica.

Los retos por alcanzar y los avances conseguidos

Antes de entrar en el debate sobre las necesidades actuales de las terapias innovadoras, así como en los trabajos actuales en patologías concretas, Agustín Zapata, catedrático de Biología Celular de la Universidad Complutense de Madrid, relataba algunos

conceptos clave respecto al origen y a la situación actual de este tipo de investigación, así como los retos que se perfilan de cara al futuro. Para comenzar, Zapata situaba el comienzo de la investigación en tera-

pia celular hace 15 años, “cuando nos dimos cuenta de que existía la posibilidad de reducir o renovar los tejidos alterados con progenitores de la misma o distinta estirpe”. Aunque la idea de la terapia celular, en realidad, ya se trata de ir más allá, hasta el punto de poder utilizar las células de una estirpe para que se puedan repro-

gramar como células de otro linaje, “y aquí el problema es mucho mayor, porque este es el gran paradigma de la Biomedicina, saber cómo una célula prolifera, vive, etc., porque el día que sepamos realmente hacer eso, podremos curar casi todo”. Sin embargo, ese horizonte aún se perfila lejano, porque “sólo diferenciar una célula madre, sea embrionaria o adulta, a una estirpe en concreto, ya tiene unos problemas de bioseguridad importantes”, concluía el experto.

Si se observa todo lo logrado en estos últimos años, realmente el avance es espectacular en todos los campos, pero el hecho de avanzar, muchas veces supone encontrarse con nuevos desafíos a afrontar. Entre ellos el hecho de que las células embrionarias son mucho más heterogéneas de lo que se pensaba inicialmente, y que las equivalencias entre ratón y humano son mucho más complejas en este tipo de investigaciones. Pero no es el único obstáculo a superar, y es que otro de los grandes problemas que supuso el trabajo con células madre embrionarias fue su inmunogenicidad, “que se podía resolver con lo que se llamó, mal llamado, clonación terapéutica, lo que demuestra que la investigación va abriendo caminos pese a las dificultades que surgen en el mismo”, continuaba el experto.

Tras dejar claras estas ideas, en opinión de Agustín Zapata “hoy los dilemas que se plantean ya son otros, ya que las células se empiezan a diferenciar muy bien, pero las poblaciones que se van obteniendo son heterogéneas. Es por ello, que parte de los retos que hoy se perfilan en el horizonte de la terapia celular pasan por mejorar las condiciones de estas células y resolver sus problemas de diferenciación. En cuanto a las células pluripotentes inducidas (iPS), “no se pueden hacer sólo células de otras estirpes, sino que pueden ser utilizadas en cuestiones de terapia génica, y así pueden servir como target para poder diseñar nuevos fármacos”, insiste el experto, lo que supone sobre todo que puedan ayudar a modelizar enfermedades y a entender su patogenia.

El catedrático de la Complutense también resaltaba otras cuestiones, como que el avance pasa no sólo por las células madre embrionarias, sino también en estado adulto, y para ello, el ejemplo fundamental lo encontramos en la médula ósea. “Queda por investigar si en la sangre podríamos encontrar células primitivas que pudieran hacer aún más cosas”.

Por otra parte, si las células embrionarias fueron las estrellas en los años 70, hoy sin duda éstas son las células madre mesenquimales, cuya relevancia está en que no sólo se puede diferenciar de hueso a cartílago o a adiposo o a músculo, sino que tienen una serie de propiedades fundamentales, como su capacidad inmunomoduladora, pudiendo servir para múltiples funcionalidades, que abren la puerta a más usos clínicos. “La ciencia avanza, y logramos cosas que nunca pudimos imaginar, pensamos que podríamos hacer células similares, pero veíamos muy difícil integrarlas luego en un órgano, y hoy, sin embargo, cada vez se publican más trabajos de los llamados miniórganos de diseño”.

Concretando el concepto de mini órgano, cabe reseñar que se trata un conjunto de

tejidos que tiene estructuras tridimensionales y que ya produce parte de las funciones del órgano. Algunas veces el mini órgano creado a partir de las células madre es una versión pequeña del órgano completo, pero sin una forma exacta. Otras veces, como por ejemplo en el cerebro, lo que encontramos es una estructura similar a la que podemos encontrar en embriones. Es decir, que tenemos órganos que están empezando a desarrollarse en el laboratorio de una forma similar a la que se desarrollan en un embrión, pero que aún no llegan a un estado adulto.

En otro orden de cosas, Agustín Zapata también reseñaba que para obtener mejores resultados clínicos “tenemos que saber más de la biología de todas las células madre, tenemos que elegir bien qué célula vamos a utilizar, quitarnos de la cabeza que no todas las células madre valen para todos los tejidos o patologías, mejorar los métodos de aislamiento, tener métodos para expandirnos, conocer mucho mejor cuáles son los mecanismos

de pluripotencia y diferenciación de las iPS y diferenciación de las células madre”. Al margen de estas dificultades, la ebullición de iniciativas y la acumulación de éxitos es constante, como se puso de relieve en este foro.

En TerCel se encuentran aglutinados los mejores grupos de investigación en terapia celular de nuestro país

Red de Terapia Celular Española (TerCel)

Si estas son las ideas clave del panorama general en

cuanto a investigación, José María Moraleda, presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, aportaba una visión más nacional, actualizando el estado de actividad de la Red de Terapia Celular (TerCel), de la cual también es director. Se trata de un proyecto de investigación en red desarrollado por el Instituto de Salud Carlos III y formado por más de 150 investigadores aglutinados en 33 grupos, distribuidos por toda España. El objetivo de este centro pasa por mejorar los mecanismos de potencial curativo que tienen las células, “y si funcionan vamos a los modelos preclínicos





en animales, y si éste tiene éxito pasamos al ensayo clínico. Se trata de un modelo de mejora permanente”, resumía Moraleda.

Cuenta con un programa educativo y de formación, tanto para investigadores jóvenes como para adultos. Los programas de evaluación son constantes, se realizan de manera regular, además de tener capacidad de autofinanciación. Igualmente se realizan otras actividades con empresas “spin off”, y cursos educativos, así como colaboraciones con otros grupos de investigación de los CIBER.

Asimismo, el programa de investigación de TerCel está

distribuido en tres grandes áreas dedicadas a la investigación en enfermedades cardiovasculares (CardioCel), neurodegenerativas (Neurocel) y enfermedades osteoarticulares, inmunohematológicas y metabólicas (Osihmeta). Tal y como explicaba Moraleda, “la investigación nace para solucionar problemas, y nuestro problema es que la población está envejeciendo, y con ellos sus órganos, por lo que el objetivo es tener las herramientas adecuadas para repararlos. Somos los mejores del mundo en cuanto a donación y trasplantes gracias a la ONT, pero pese a eso no somos capaces de cubrir las necesidades de todos los pacientes, y por ello, el paso lógico es el de utilizar los mecanismos fisiológicos para cubrir estas necesidades. Necesitamos la Medicina Regenerativa para enfocar el futuro y resolver este tipo de problemas”.

En este sentido es claro que las células madre tienen que ser parte de la clínica, ya que son las que tienen esa capacidad de autorenovación y diferenciación, y de hecho hace muchos años que se vienen

utilizando las células para curar en la Medicina Transfusional. “Hemos desarrollado mucha tecnología alrededor de este concepto, y ahora sabemos cómo recoger las células, cómo utilizarlas o cómo viven en frío, incluso trasplantarlas. Tenemos todo el conocimiento para hacer que esta tecnología llegue a los pacientes, y poder curar al enfermo, que es el objetivo final”. La misión pasa por promover la investigación colaborativa en terapia celular y trasladar este conocimiento a la sociedad y a la clínica.

Actualmente, como informaba el coordinador de TerCel, “la Red se encuentra en pleno desarrollo de su actividad investigadora, estableciéndose

unas bases sólidas de colaboración científica y de gestión de la calidad del programa de investigación”. En su opinión, “en TerCel se encuentran aglutinados los mejores grupos de investigación en terapia celular de nuestro país, trabajando en colaboración, con el objetivo común de trasladar los conocimientos básicos a la clínica y beneficiar a los pacientes con tratamientos basados en células”.

Para dar una idea de la productividad de los grupos de TerCel, en su última evaluación trianual se habían reportado 601 publicaciones científicas con un factor impacto total de 3.266 y un factor impacto medio de 5,4. Los grupos habían generado 29 patentes, se habían creado 3 empresas biotecnológicas “spin-off” vinculadas a la terapia celular, y se habían puesto en marcha un total de 64 ensayos clínicos de los cuales 3 eran en fase III. Además, se han realizado un total de 30 cursos de formación y gran cantidad de estancias formativas de investigadores entre los nodos. Con estos datos, según José María Moraleda,

“puede afirmarse sin temor a equivocarse que la Red TerCel es la base del liderazgo que actualmente España ocupa en la investigación y el desarrollo de ensayos clínicos en Terapia Celular y Medicina Regenerativa en Europa”.

Proyectos concretos en Hematología, Dermatología y Oncología Infantil

Tras aportar estos datos generales sobre la investigación nacional, el siguiente paso es el de conocer proyectos concretos donde se estén llevando a cabo estas terapias, así como sus resultados, dentro del territorio nacional. Para ello, algunos expertos exponían en este foro sus trabajos y sus conclusiones en diferentes patologías.

El primer ámbito a analizar era el de las terapias génicas aplicadas a trastornos hematológicos, donde se pone de relieve que los nuevos ensayos clínicos de terapia génica de diferentes enfermedades monogénicas de la sangre están mostrando no sólo eficacia, sino también mucha mayor seguridad. Según resaltaba José Antonio Bueren, jefe de la División de Terapias en el Servicio Hematopoyético del CIEMAT-IIS- FJD, “hoy ninguno de los protocolos actuales de terapia génica de inmunodeficiencias primarias está generando efectos adversos, como los observados cuando se utilizaron los vectores gamma-retrovirales de primera generación”.

El experto resumía sus conclusiones exponiendo que la terapia génica de adición con vectores de segunda generación autoinactivados necesita de mejoras significativas de eficacia y seguridad. En cuanto a la terapia génica en Anemia de Fanconi, los resultados son satisfactorios en cuanto a eficacia y seguridad y ya existen estudios clínicos en marcha. En otras terapias, la terapia génica dirigida también tiene puestos ya en marcha los primeros ensayos clínicos, al igual que la reprogramación celular, con la que se esperan nuevos logros en las enfermedades hematológicas.

En cuanto a los avances con terapias innovadoras en el abordaje de enfermedades cutáneas, Marcela del Río, directora del Departamento de Ingeniería Biomédica del Centro Mixto UC3M-CIEMAT, exponía sus avances en el trasplante de epidermis genéticamente corregida para el tratamiento de la Epidermolisis Bullosa Distrófica (EBD). Si bien esta técnica ya se ha empezado a probar en un ensayo clínico en EE.UU. y se espera empezar en Europa a tratar pacientes en breve con una estrategia algo más ambiciosa, que incluye no lo sólo trasplante de epidermis, sino también dermis genéticamente corregidas (trasplante de epidermis + dermis = trasplante de un sustituto cutáneo). “La estrategia europea tiene por objeto trasplantar un sustituto cutáneo corregido que, además, cumpla con requisitos de seguridad biológica superiores (en términos del vector viral elegido) a los del estudio americano”, indicaba del Río. Tanto la estrategia americana como la europea tienen por objeto “curar” la EBD pero sólo a nivel cutáneo.

Dado que muchos pacientes presentan también fragilidad en sus mucosas internas, otra línea de investigación se centra en desarrollar un tratamiento celular sistémico (inyección), que podría alcanzar las mucosas. “En este caso se podrían emplear otros tipos celulares (mesenquimales, iPS), que bien podrían ser del propio paciente y modificarlas genéticamente (empleando los vectores virales desarrollados para la corrección genética de la epidermis y la dermis)”, finalizaba la experta.

Por último, en el ámbito del cáncer infantil también se presentaban en este foro significativos avances, resaltando especialmente la aparición de los tratamientos moleculares personalizados. Según afirmaba Luis Madero, jefe de Servicio de Oncohematología Pediátrica en el Hospital Niño Jesús, “la Medicina Personalizada y la incorporación del estudio de la biología de los tumores es el camino más importante para mejorar las

cifras de supervivencia del cáncer infantil”, considerando que el presente y futuro de la curación de muchos de los tumores infantiles puede encontrarse en las terapias innovadoras.

Si algo dejaba claro Madero es que se necesitan nuevos fármacos para el cáncer infantil, porque si bien la supervivencia ha mejorado gracias a ensayos colaborativos internacionales, “para tumores de alto riesgo la supervivencia sigue siendo mala”. Ejemplo de ello es la supervivencia en los casos de neuroblastoma, un tumor embrionario de los nervios simpáticos, que se trata de uno de los tumores extracraneales más frecuentes, y con un alto riesgo de reproducir metástasis en hueso y médula ósea. Su supervivencia a día de hoy es del 50 por ciento, pero lo cierto es que los supervivientes tienen muchas toxicidades a largo plazo.

Es por ello que hay una necesidad urgente de introducir tratamientos moleculares en la primera línea de tratamiento. Así, desde la perspectiva del experto, en líneas generales son necesarios cuatro grandes pasos para mejorar las tasas de curación de cáncer infantil. Primero conseguir el tratamiento multidisciplinario y de soporte; después alcanzar avances en quimioterapia; lo siguiente, la aplicación de protocolos terapéuticos y estudios multi-institucionales, y por último, la caracterización biológica de las neoplasias.

De las diferentes herramientas terapéuticas innovadoras que existen actualmente para hacer frente a estos tumores, la más prometedora es el análisis genómico del tumor de los pacientes, “que permite identificar vulnerabilidades específicas para las que hay nuevos fármacos”, aclaraba el Dr. Madero, que añadía que “en un futuro muy próximo los estudios de secuenciación genómica encontrarán nuevas dianas y los ensayos clínicos de los nuevos tratamientos moleculares identificarán los fármacos más potentes para atacar dichas vulnerabilidades de cada paciente”.

Romper barreras entre el laboratorio y la clínica

Tras exponer todos estos datos, tenía lugar un intenso debate tanto entre los propios ponentes como con los investigadores asistentes, donde uno de los temas que despertó más interés era la necesidad de romper barreras entre el laboratorio y la clínica, para lo cual era necesario dar pasos en diversos sentidos. Uno de ellos, lo señalaba precisamente Agustín Zapata, que opinaba que para dar este salto es necesario involucrar a la empresa privada en la investigación, tanto a un nivel económico en busca de una inversión más que necesaria, como a la hora de buscar proyectos con una repercusión más basada en la práctica clínica. “Falta participación de empresas privadas, independientemente de los recortes en Ciencia en España”, exponiendo que “desde luego las empresas farmacéuticas y tecnológicas son clave y nosotros estamos dispuestos a hablar con todo el mundo”.

A este respecto, Luis Madero opinaba que “los médicos ya han cambiado el chip”, refiriéndose a que el objetivo de la investigación ya no es sólo publicar sino llegar al paciente, pero que “hace falta más interrelación entre investigadores y clínicos”. Le daba la razón José María Moraleda, director de TerCel, que apuntaba a que “hay que derribar fronteras si queremos curar enfermedades, y derribar esas barreras supone apostar por la Medicina basada en la evidencia”. Todo ello pasa igualmente por acercar el laboratorio al hospital, e incluso integrando éste dentro del propio centro hospitalario ■

Documentación y fuentes

- 10ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada
- <http://www.aplicacionescelulasmadre.com/2013/11/crear-mini-organos-con-celulas-madre.html>

ESCUELA
ANDALUZA
DE SALUD
PUBLICA





Debemos ir a un enfoque
familiar
y
comunitario
de la Medicina con relaciones
con los pacientes
a largo plazo

Hernán Montenegro

Coordinador de Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y especialista en Salud Pública

Texto y fotos | Ángeles Huertas



ENTREVISTA Hernán Montenegro

“Debemos ir a un enfoque familiar y comunitario de la Medicina con relaciones con los pacientes a largo plazo”

Hernán Montenegro es coordinador de Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra y especialista en Salud Pública. Parte de su trabajo se centra en sistemas de salud integrados en los que las personas son el eje principal. Este especialista considera que hay que “reformular los sistemas de prestación porque son fragmentados, mayoritariamente curativos y centrados en la hiperespecialización con excesivo uso de medicamentos”. Para este experto mundial no sólo hay que preocuparse por los que enferman y habla de una Medicina de relaciones humanas con los pacientes, donde la Atención Primaria tiene un protagonismo esencial.

¿Qué papel juega en la OMS la Atención Primaria?

Mucha. Es una de nuestras principales líneas de trabajo, incluida en nuestro Departamento de Servicio de Salud y Seguridad del Paciente, que engloba desde Atención Primaria hasta hospitales pasando por el concepto de cuidados integrados.

Entonces, ¿hay un plan específico de trabajo centrado en ella?

Sí, en las personas y en los profesionales. De hecho, existe ahora mismo un proyecto que tiene como objetivo la creación de una plataforma web para el intercambio de conocimientos basada en la atención que los usuarios reciben en la Atención Primaria. Se trata de facilitar el acceso a nivel global a los profesionales para que tengan conocimiento sobre cuidados centrados e integrados en las personas.

Y España, ¿qué papel juega aquí?

Es un país en el que trabajar este tema,

pero también del que aprender, ya que la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) tiene bastante experiencia en este tipo de estrategias. Aquí podemos aprender no sólo el diseño de estas plataformas, también los roles, las funciones... Es un paso más en el impulso de nuestro objetivo desde la OMS del plan de “Servicios de salud integrados y centrados en las personas”.

¿Cuál es el gran reto?

Hay tres grandes agendas. La estrategia global de cuidados centrados en personas y sus cuidados en todo el mundo, desde Haití hasta Holanda, y el genérico común de que no haya gente sin acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, el gran reto está en la calidad y la seguridad de los servicios que prestamos. Aquí es donde la participación y la satisfacción de la ciudadanía son fundamentales. Hay que lograr la cobertura universal para todos en todos los sistemas sanitarios del mundo.

Parece un objetivo complicado y a largo plazo...

Puede serlo, pero aquí lo importante es trabajar con un enfoque holístico porque la persona es mucho más que una enfermedad. No se la puede ver como un órgano, en ella confluyen desde aspectos emocionales a físicos, pasando por su entorno o circunstancias personales.

¿El concepto de “centrado en la persona”?

Sí. Porque alguien puede ser diabético y

ser portador del VIH o sufrir una depresión. Todo ello se tiene que saber y tener un trato integral. Centrarse en la persona, además de ser positivo para el paciente, no duplica servicios, ni se pierden oportunidades de atención. A veces focalizamos en una cosa cuando hay varios frentes.

¿Qué tiene que cambiar para que todo esto sea posible?

El paciente, el profesional y la comunidad. Y, sobre todo, centrarnos mucho más en la prevención. Hay que reformar los sistemas de prestación porque son fragmentados, mayoritariamente curativos y centrados en la hiperespecialización con excesivo uso de medicamentos. Tenemos que hacer más promoción de la salud y más prevención.

¿Qué papel jugaría entonces la Atención Primaria?

Todo. Es fundamental y debe ser multidisciplinaria. Hay que preocuparse por mantener sana a la gente y no sólo por los que enferman. Es importante evitar las urgencias.

¿Una Medicina más humana?

Sí, porque quizás por temas culturales se piensa en medicación y hay que cambiar el concepto. Integrar conocimientos y

mejorar la atención a la persona. Para ello el intercambio de experiencia entre personal sanitario y países es fundamental.

¿Cuál es el mejor sistema sanitario?

España tiene un buen sistema sanitario, el problema ha sido la crisis

Las personas mayores de 65 años normalmente tienen más patologías y problemas que los jóvenes. Así que hay que atenderlos, pero también cuidar otras edades para llegar con buena calidad de vida a la vejez

Aquellos que garantizan la cobertura universal. El ideal son los modelos de familia y comunitarios que cubren a toda la población. Aquellos que no tienen barreras al acceso, ni financieras ni de ningún tipo.

¿Cómo estamos en España?

Este país tiene un buen sistema sanitario, el problema ha sido la crisis. En Europa, en términos generales, hay cobertura universal y eso es positivo, pero necesitamos cambiar algunas cosas. En Latinoamérica, Chile también está trabajando duro en este sentido y tiene un sistema universal. Tailandia es otro de los países que está haciendo un gran esfuerzo, e incluso Irán en Atención Primaria es bastante fuerte. Además, a veces confundimos con que debe ser costoso y no es cierto. Si nos centramos en la Atención Primaria ahorramos gastos.

¿Qué pasa con los enfermos crónicos?

Pues que cada vez son más porque la esperanza de vida es mayor y hay un envejecimiento general de la población. Las personas mayores de 65 años normalmente tienen más patologías y problemas que los jóvenes. Así que hay que atenderlos, pero también cuidar otras edades para llegar con buena calidad de vida a la vejez.

¿Cuál sería el eje de ese sistema que está dibujando?

La Medicina Familiar o Generalista con gente que trabaja en equipo y que enfatizan en la prevención. Debemos ir a un enfoque familiar y comunitario de la Medicina con relaciones con los pacientes a largo plazo. Equidad, mejor acceso y eficiencia.

¿Y lo que hay que evitar?

La preponderancia de la superespecialización. Hay gente que va directamente al hospital porque tiene la creencia de que



allí le van a atender mejor. Pero eso no es cierto y muchas de estas visitas serían tratadas de mejor manera por su médico habitual. También debemos hacer un esfuerzo para educar a la gente y erradicar esas creencias. Algunos buscan la pastilla mágica para curarse. En China, por ejemplo, se está invirtiendo mucho en Atención Primaria en este concepto.

¿Están los sanitarios preparados para ese cambio?

Hay que invertir en formación, sin lugar a dudas, y en cambio de conceptos. A veces un especialista parece que tiene más prestigio social cuando no debería ser así.

¿Cuál sería el gasto razonable?

Es complicado hacer cálculos, pero está claro que países como Estados Unidos que invierten un 18 por ciento de su Producto Interior Bruto en Sanidad (PIB) y no realizan una buena gestión ni tie-

nen un sistema adecuado tienen peores resultados que España. Pero eso depende de cada país y en el estado en el que se encuentre. Los mejores resultados se obtienen cuando se invierte una buena parte del presupuesto sanitario en Atención Primaria.

Todo este entramado, ¿tiene otros actores?

El liderazgo es el punto fuerte para cambiar los sistemas de salud. El compromiso político con políticas de estado más allá de los partidos es esencial. Todo ello junto con el liderazgo presente en todos los niveles de la comunidad porque hay transmitir este tipo de valores.

El proceso parece que se presenta con un panorama de años...

La gestión del cambio es saber qué hacer y cómo hacerlo. A veces hay que enfrentarse a los intereses de ciertos poderes y plantarles cara ■

Forrest Gump



¿Quién es un enfermo?

La respuesta está en el

● cine

Autor | Benjamín Herreros.
Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea de Madrid.
Unidad de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.



HISTORIA DE LA MEDICINA

¿Quién es un enfermo? La respuesta está en el cine

Definir la enfermedad

Según la concepción que se tenga de enfermedad se considerará a una persona enferma o no enferma, lo que condiciona el ejercicio de la Medicina. Porque lo propio del médico es ocuparse de la enfermedad. Es indudable que Jennifer Cavillierien (Ali MacGraw) en *Love story* (1970) está enferma por la leucemia que padece y que le llevará a la muerte. Pero ¿y Don Vito Corleone (Marlon Brando) en *El Padrino* (1972)? Tras ser tiroteado en la calle es ingresado en el hospital y consigue recuperarse. Pero queda mermado y débil, por lo que decide quedarse en un segundo plano en los negocios familiares. ¿Está enfermo cuando charla con su hijo Michael (Al Pacino) y le aconseja cómo actuar? Posiblemente no se siente enfermo. Es sencillamente una persona mayor que está convaleciente tras un grave atentado. Sin embargo, cae fulminado por un infarto de miocardio poco después de hablar con Michael.

Es muy complicado definir la enfermedad. ¿Es un concepto estadístico? ¿Es lo anormal? ¿Lo poco habitual? Tal vez *Forrest Gump* (Tom Hanks) sea entonces un enfermo. ¿Es la falta de equilibrio orgánico o de homeostasis? ¿O es no tener suficiente capacidad de adaptación ante los factores que pueden alterar un organismo? Otra posibilidad es que estar enfermo sea simplemente tener “malestar”, porque el componente subjetivo de la enfermedad, la vivencia de la misma, tiene una enorme importancia. Si es así, habría que negar que *Forrest Gump* sea un enfermo, porque él se siente bien siendo como es.

La Real Academia Española define la enfermedad como “alteración más o

menos grave de la salud”. Esta definición, como casi todas las que se han dado sobre enfermedad, es negativa: No da contenido a concepto “enfermedad”. Dice lo que no es, marca sus límites exteriores (es la ausencia o alteración de la salud). Por tanto, debemos remitirnos al concepto de salud para saber quién está enfermo.

Sobre la salud también existen definiciones negativas, y de hecho su origen etimológico, los términos “*Salus-ūtis*” y “*Salvatio*” se refieren a poseer las condiciones de poder superar un obstáculo. La salud sería evitar un obstáculo, la enfermedad. De esta manera entramos en un círculo sin sentido: La enfermedad es la

La definición de salud más conocida y que ha tenido más éxito es la de la OMS: “Completo estado de bienestar físico, mental y social, no sólo ausencia de enfermedad”

alteración de la salud, y la salud evitar la enfermedad. En el siglo XX se han dado numerosas definiciones positivas sobre la enfermedad: Eficacia funcional y metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como macro (social), o estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones: morfología, fisiología y comportamiento (Real Academia Española).

En las definiciones de salud, además de los términos normalidad y normofunción, suelen repetirse los conceptos mencionados de equilibrio orgánico y capacidad de adaptación. Es lógico, porque si un individuo no se adapta al entorno o a los estímulos que recibe puede perder el equilibrio (orgánico o psíquico) y enfermar. Si además, el remedio que encuentra es transitorio cuando vuelva a inadaptarse enfermará

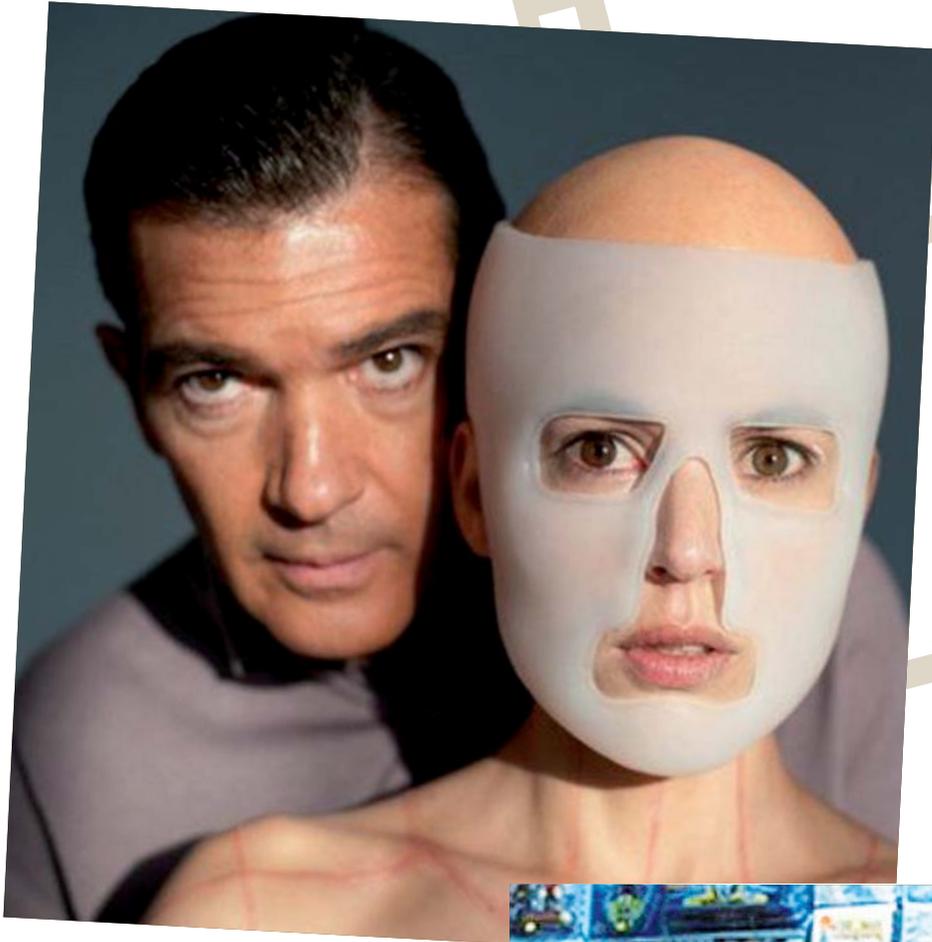
La definición de la OMS se refiere más a la satisfacción, e incluso a la autorrealización o a la alegría, que a lo que se entiende desde la Medicina como salud

de nuevo. Es lo que le sucede a Fedora en la película de Billi Wilder (*Fedora*, 1978). La antigua estrella de Hollywood se siente enferma porque no le gusta cómo es. Busca un arreglo a través de la Cirugía plástica, pero tras la intervención nuevamente se siente mal y quiere una nueva Cirugía.

El mal de Fedora entronca con la definición de salud más conocida y que ha tenido más éxito, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Completo estado de bienestar físico, mental y social, no sólo ausencia de enfermedad”. Considerando esta definición, no sólo Fedora estará enferma, también la Jennifer Cavillierien de *Love Story*, *Forrest Gump*, Don Vito Corleone y seguramente hasta su hijo Michael. Porque algo de malestar (físico, mental o social) debía de tener Michael cuando su esposa Kay Adams (Diane Keaton) amenaza con abandonarle, o cuando llega a asesinar a su hermano Fredo (John Cazale). La de la OMS es la definición positiva por antonomasia: Especifica que no es la ausencia de enfermedad y da un contenido determinado enormemente ambicioso.

¿Salud o felicidad?

Esta definición tan ambiciosa de la OMS resulta demasiado amplia. Porque bajo ese prisma, ¿quién no está enfermo? ¿Quién posee un completo estado de bienestar físico, mental y social? La salud se convierte en el bienestar (“estar bien”) en todos los ámbitos de la vida. Si es así, Erin Brockovich (Julia Roberts) está enferma cuando se estresa con el caso jurídico que investiga, porque no posee un completo bienestar mental. También estará enfermo Santa (Javier Bardem) en *Los lunes al sol* (2002) cuando se queda en paro. Porque,



en lo que quiere ser”, es el “estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde, por elección, está ubicado”.

El compositor argentino Rodolfo Sciamarella estuvo muy acertado cuando escribió la letra “*Tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor*”. Posiblemente se trata de los tres tesoros más apreciados por el ser humano. Habría que hacer una encuesta para conocer cuál de ellos escogeríamos si no hubiera elección, y es posible que fuera la salud, tal vez el valor más precioso para el ser humano. Si la salud falta, la infelicidad acecha. Qué felices eran en *Love story* Oliver Barret (Ryan O'Neal) y Jennifer Cavallerien a sus 24 años, recién casados y con toda la vida por delante. Pero una enfermedad les abofetea, y la tristeza y la desdicha irrumpen en sus vidas, a pesar de tener dinero y amor. Es posi-

claro, no posee un completo bienestar social. Y así hasta el infinito. La definición de la OMS es más bien la definición de felicidad o de vida plena que la de salud. Se refiere más a la satisfacción, e incluso a la autorrealización o a la alegría, que a lo que realmente se entiende desde la Medicina como salud.

Esta tendencia a identificar salud con felicidad no ha sido única de la OMS. Algo similar sucede con otras conocidas definiciones de salud dadas en el siglo XX, como la del científico judío Moshé Feldenkrais, que dice que “el sistema de vida se convierte en criterio de salud”, y que “una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente”. Por tanto, que puede ser feliz. O la del microbiólogo estadounidense René Dubos: “La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse





HISTORIA DE LA MEDICINA

¿Quién es un enfermo? La respuesta está en el cine

ble que de ahí proceda esa tendencia a identificar salud con felicidad. No porque sean lo mismo, sino porque si la salud falta es difícil ser feliz.

Obsesión por la salud

Identificar salud con felicidad, y por tanto pensar que la Medicina puede llevarnos a la felicidad, ha provocado una obsesión por la Medicina en las sociedades desarrolladas. Por la Medicina-salud entendida como bienestar (estar bien) y calidad de vida. Películas como *Brazil* (1985) reflejan esta obsesión. En una sociedad futura imaginada la Cirugía plástica es capaz casi de cualquier cosa, y el Dr. Jaffe (Jim Broadbent) mantiene joven a Ida Lowry (Katherine Helmond), hasta el punto de que su propio hijo se enamora de ella. En *La piel que habito* (2011), Pedro Almodóvar trata los límites de la Medicina. El Dr. Ledgard (Antonio Banderas), frustrado por el suicidio de su esposa tras sufrir una gran quemadura, fabrica una piel ignífuga que a la vez es sensible al tacto. El Dr. Ledgard lleva la Cirugía plástica-regenerativa y el cambio de identidad a términos insospechados. Actualmente, muchos ciudadanos creen que la Medicina lo puede todo, que se pueden satisfacer los deseos más íntimos con pastillas y un bisturí. Pero esto no es así, lo que genera una enorme frustración en los usuarios y entre los médicos.

Si a esta obcecación por la salud, por no perecer ante la enfermedad y salvarse de sus garras, le unimos el apogeo actual de la idea de libertad individual, del “derecho a decidir” en lo concerniente al propio cuerpo nos encontramos con una paradoja: Los pacientes y usuarios, cada vez más informados, valoran enormemente la Medicina (la salud), pero a la

vez son muy exigentes y demandantes con el sistema sanitario y con los médicos. Quieren decidir y cuestionan la autoridad del médico. En *El aceite de Lorenzo* (1992) el matrimonio Odone (Nick Nolte y Susan Sarandon) pelea con la comunidad médica y discute sus métodos.

Buscan un remedio para la enfermedad de su hijo Lorenzo (Zack O'Malley Greenburg), la rara y grave adrenoleucodistrofia. Los padres de Lorenzo son conscientes de que la investigación médica puede conseguir grandes avances y quieren que se haga todo lo posible con su hijo.

El caso del matrimonio Odone con su hijo Lorenzo, un caso real, es comprensible porque Lorenzo padece una enfermedad degenerativa mortal en pocos años. Nadie cuestionaría que Lorenzo está enfermo. El problema viene con personas como la Ida Lowry de *Brazil*. Si entendemos la salud como bienestar, la salud se convierte en una apreciación personal y entonces convertimos a la envejecida Ida Lowry en una enferma. Porque no “está bien” con su cuerpo actual. ¿Es el paciente quien debe decidir si está sano, o debe ser el médico? El traspaso de esta potestad de los médicos a los usuarios o pacientes es consecuencia de haber confundido salud con felicidad, y enfermedad con malestar.

¿Qué tipo de enfermo?: Los verbos en la Medicina

Dejando aparte la difícil definición de

enfermedad, otro aspecto importante es diferenciar de qué manera se está enfermo, si de forma permanente o transitoria, y si la enfermedad es grave. En español, según la condición del enfermo se dice que alguien “es un enfermo” o que “está enfermo”. El verbo “ser” tiene su origen en dos verbos latinos, “sedere” y “esse”. De cada uno derivan las diferentes formas verbales del verbo ser. “Estar” proviene del también verbo latino “stare”. Ser en castellano se aplica a cualidades permanentes e invariables del sujeto. A su esencia. No olvidemos que esencia, etimológicamente “essentia”, tiene la misma raíz (esse), y es “aquello que constituye la naturaleza de las cosas”. Por ello, con el verbo ser señalamos en ocasiones los aspectos más importante y nucleares del sujeto. Su naturaleza. En la película *El protegido* (2000) Elijah Price (Samuel L. Jackson) sufre osteogénesis imperfecta Tipo I, una enfermedad rarísima que le lleva a tener los huesos muy frágiles. De pequeño le llamaban “Don cristal”, y en su vida ha padecido 54 fracturas. Elijah se mueve en silla de ruedas y toma todo tipo de precauciones para evitar traumatismos. “Es” una persona enferma, “es” un enfermo de osteogénesis imperfecta.

Al decir “es” un enfermo, en cierto modo lo estamos definiendo, al igual que si decimos “es” alto o bajo, inteligente o brillante. Es un enfermo. Por este motivo el verbo “ser” habitualmente se aplica a enfermedades crónicas o que forman parte del núcleo de la persona.

Sin embargo, el verbo “estar” se utiliza para atributos accidentales o transitorios del sujeto. Para situaciones o modos actuales. Cuando en *El libro negro* (2006) Rachel Stein (Carice van Houten) padece

Los pacientes, cada vez más informados, valoran enormemente la Medicina (la salud), pero a la vez son muy exigentes con el sistema sanitario y los médicos

¿Es el paciente quien debe decidir si está sano, o debe ser el médico? El traspaso de esta potestad de médicos a pacientes es consecuencia de haber confundido salud con felicidad, y enfermedad con malestar

hipoglucemia porque le han inyectado insulina no es un enfermo de hipoglucemia, sino que “está enferma” como consecuencia de la insulina. Tras ingerir chocolate se pasa la afección y deja de estar enferma. Hay enfermedades en las que mezclamos ambos verbos. En patologías que no tienen cura y que se manifiestan por episodios u ocasionalmente. En *Mi Idaho privado* (1991) Mike Waters (River Phoenix) padece narcolepsia. Por lo tanto es un enfermo narcoléptico, y en ocasiones está con episodios de narcolepsia. Esta diferencia entre ser y estar es propia del español. En inglés se utiliza sólo el verbo “to be”. Lo que diferencia al que “es enfermo” del que “está enfermo” es únicamente la presencia del artículo indeterminado “a”: “*Rachel Stein is sick with hypoglycemia*” (Rachel está enferma), mientras que “*Elijah Price is a patient of osteogenesis*” significaría que Elijah Price es un enfermo. En francés se utiliza el verbo “être” tanto para ser y como para estar, y de nuevo es el artículo indeterminado lo que diferencia la condición de ser o estar enfermo: “*Il est malade*” vs “*Il est un malade*”.

Si una persona “es una enferma” se le confiere permanencia al evento morboso, pero no gravedad. Como tampoco “estar enfermo” señala que el cuadro sea leve. En la meritoria *Contagion* (2011) de Steven Soderbergh vemos el miedo en diversos países del primer mundo por una epidemia viral que puede ser mortal. La película muestra todas las fases de una epidemia, desde el “caso cero”, a la investigación de su causa, la de un posible remedio o las medidas de prevención. Los pacientes afectados del virus están enfermos, pero es un estar enfermo que puede ser letal. Y para muchos lo es. Por el contrario, en *Copycat* (1995) Helen Hudson (Sigourney Weaver) es una psicóloga con agorafobia, que padecerá dicha afección posiblemente el resto de su vida sin que se trate de una patología grave. Muchas personas padecen patologías incurables



y enfermedades crónicas con las que se puede vivir sin apenas limitaciones. Aunque no sea este el caso de Helen Hudson, recluida en su apartamento a consecuencia de la agorafobia. El “ser” o “estar” enfermo no añade gravedad, pero sí una determinada disposición ante la enfermedad. Porque el que está enfermo piensa que saldrá de la pesadilla, que despertará y podrá olvidar todo. Sea un infarto o una gripe, como le sucede a los enfermos de *Contagion*, que esperan superar cuanto antes la fiebre aguda que padecen. Mientras que el que sufre Parkinson o esclerosis múltiple, jamás podrá escapar de la enfermedad. En *Corazón indomable* (1993) Adam (Christian Slater) es portador de una grave afección cardíaca desde la infancia. Cansado de la Medicina y de los hospitales decide abandonar el tratamiento y disfrutar de una vida que, aunque sea más breve, también será más feliz para él.

Para indicar la gravedad de una enfermedad se utilizan verbos transitivos que señalan la relación del enfermo con la enfermedad, como tener, padecer, sufrir, o también estar. No el verbo ser. “Estar” de nuevo añade transitoriedad y en cierta medida levedad. El verbo “tener” se puede utilizar para patologías graves, para afecciones que “tiene” el enfermo y que parece que no puede desprenderse

de ellas. Walt Kowalski (Clint Eastwood) en *Gran Torino* (2008) tiene cáncer de pulmón. Es algo que posee en lo más íntimo de su ser. O Emma Greenway Horton (Debra Winger) en *La fuerza del cariño* (1983), a quien le diagnostican cáncer de mama. Tiene cáncer de mama, una enfermedad que le llevará la muerte. Pero “tener” también se puede aplicar a patologías banales. En *Chinatown* (1974) Jake Gittes (Jack Nicholson) tiene una herida en la nariz después de que se la hayan cortado con una navaja. Los otros verbos transitivos mencionados, padecer y sufrir, sólo se aplican en caso de gravedad o si la enfermedad repercute seriamente en la persona.

En *Spider* (2002), un magnífico retrato de la esquizofrenia realizado por David Cronenberg, Spider (Ralph Fiennes) “padece” esquizofrenia. Más allá de la gravedad de esta patología, sin duda la esquizofrenia es una pieza clave en la vida del atormentado Spider. *La escafandra y la mariposa* (2007) cuenta la vida de Jean-Dominique Bauby, redactor jefe de la famosa revista de moda *Elle*. Acostumbrado a llevar una vida vertiginosa “sufre” un ictus muy extenso con tan solo 43 años. El ictus le deja completamente paralizado, pero conserva las funciones mentales. Está enclaustrado en su cuerpo y debe aprender a vivir de nuevo. Sufre o padece síndrome de cautiverio ■



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

27 de febrero

El Plan Estratégico de la Hepatitis C destinará 727 millones para tratar a 52.000 pacientes, la mitad de los diagnosticados. Serán tratados con los nuevos medicamentos orales de última generación, para lo que serán necesarios 727 millones de euros. Así lo anunciaba el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso,



durante la presentación del Plan Estratégico Nacional contra la Hepatitis C, que establece por primera vez un censo "real" de la enfermedad en España y detalla cuánto costará su tratamiento a las comunidades autónomas, las encargadas de pagarlos. No obstante, avanza

que el Ministerio de Hacienda va a garantizar que tengan "suficiencia financiera" para su financiación en los próximos tres años. "Creo que las comunidades van a necesitar asistencia y apoyo, pero Hacienda va a garantizar su suficiencia financiera", defendía ■

4 de marzo

Sanidad y CC.AA. aprueban la redacción de un estudio sobre el grado de aplicación de la Ley de Dependencia. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordaba, por una parte, la modificación del acuerdo sobre criterios comunes de acreditación de calidad de los centros y servicios del Sistema de Dependencia, de modo que quede reforzada y garantizada. Por otra parte, comenzará a funcionar un Grupo de Trabajo para que, en un plazo de seis meses, se determinen las actuaciones a realizar por las administraciones competentes. El objetivo consiste en certificar la cualificación profesional de los cuidadores y auxiliares de ayuda a domicilio ■

12 de marzo

La Mesa del Médico es al fin una realidad: se reunirá por primera vez el día 7 de abril de 2015. El día 12 de marzo de 2015 pasará a la historia por ser el día en el que se creó, en una reunión en el Ministerio de Sanidad, el Foro de las Profesiones Sanitarias. Pero, fuera del título formal del Foro creado, la especial relevancia de esta jornada, en el caso de la profesión médica, es que se daba vía libre a una vieja y muy anhelada

pretensión: la creación de la Mesa del Médico, la Mesa del Conocimiento de la que tanto hablaron personas como el doctor Patricio Martínez, quien fuera secretario general de CESM. Muchos, quizás demasiados años más tarde, quien ahora es secretario general de CESM y a su vez portavoz del Foro de la Profesión Médica, el doctor Francisco Miralles, resumía su satisfacción: "Tenemos, tras muchos años de reivindicación, la mesa de interlocución entre los profesionales y el Gobierno" ■



El SNS se ha convertido en la mayor "ETT" de España, según la OMC. El 41,6 por ciento de los médicos que trabajan en el SNS sin plaza en propiedad lo hace con contratos precarios, entendiendo por estos aquellos de corta duración, parciales, por guardias, interinos por sustitución o bajas y por obras y servicios. Una cifra que lejos de disminuir respecto a la del pasado año, incluso aumenta levemente. Esa es la primera conclusión de la segunda oleada de la encuesta nacional "Situación laboral de los médicos en España", realizada por la Organización Médica Colegia (OMC), que presentaba Oscar Gorriá, vocal de Médicos en Formación. No era el único dato preocupante, y es que analizando los médicos en situación de desempleo se observa que alrededor del 27 por ciento de ellos no está apuntado al paro, por lo que las cifras ofrecidas desde el SEPE no concuerdan con la realidad. Esto ocurre porque muchos de los contratos llegan a ser por días, horas o por guardias, y en los periodos intermedios los profesionales renuncian a apuntarse al paro. "El SNS se ha convertido en la mayor Empresa de Empleo Temporal de España", declaraba Gorriá ■

13 de marzo

El Consejo de Ministros da el visto bueno al catálogo homogéneo de categorías profesionales que "garantizará la movilidad del personal estatutario de los servicios de salud". En virtud de esta norma, el personal estatutario (médicos, enfermeros, personal no sanitario...) podrá acceder a plazas vacantes en otras comunidades autónomas, mejorando la calidad de la asistencia y haciendo efectiva la garantía de su movilidad, tal y como recoge la Ley de Calidad y Cohesión de 2003. El proyecto prevé, asimismo, que el catálogo no se constituya en una "foto fija", sino que pueda estar permanentemente actualizado, estableciendo el procedimiento para su actualización. Esto supone la homologación de 351 categorías profesionales a 131 categorí-

as de referencia, lo que permitirá, con mayor simplicidad y de manera más fácil, la movilidad ■

Rubén Moreno dice que la gestión clínica y los pactos con los profesionales serán "una prioridad" en los próximos meses. "El Gobierno ha situado la consolidación y el desarrollo del Estado del Bienestar, y especialmente del Sistema Nacional de Salud, entre sus prioridades". Así lo aseguraba el secretario general de Sanidad, Rubén Moreno, en su comparecencia, a petición propia, en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados, y así lo reconocen, explicaba, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en su estudio 'Health at Glance 2015' y la Comisión europea en el documento sobre España publicado el pasado 26 de febrero. Moreno situaba la mejora de la atención a los pacientes y el desarrollo de los pactos con los profesionales como los dos ejes sobre los que girará la política llevada a cabo desde la Secretaría General. "Nuestro único objetivo es dar una respuesta a las necesidades de los pacientes y de los profesionales ■

18 de marzo

Alfonso Alonso asegura que la defensa de los profesionales sanitarios es una "prioridad" de su departamento y, especialmente, lo referido a la lucha contra las agresiones que sufren en su práctica clínica diaria. Alonso se pronunciaba así durante la entrega de una placa de reconocimiento a la labor del Ministerio contra la violencia a los sanitarios otorgada por la Organización Médica Colegial (OMC), coincidiendo con la celebración del Día Nacional contra las Agresiones a los Profesionales Sanitarios. "Tenemos que tener tolerancia cero con la violencia en el ámbito sanitario y debemos realizar una defensa a ultranza de estos profesionales porque cuidar de ellos es cuidar el SNS", señalaba. Alonso destacaba la importancia de concienciar a la población sobre este tema y de que la lucha contra la violencia en el ámbito sanitario sea una prioridad política ■

El Ministerio insiste en que son receptivos a mejoras en cuanto a la Troncalidad, pero rechaza a todos los "irrealistas e imposibilistas". "Podemos ir valorando posibilidades de mejora, y el Ministerio no va a perder la oportunidad de estar en este tipo de jornadas y hacer partícipes a los actores, pero son las normas las que determinan cómo, cuándo y quiénes son los actores oficiales", con estas palabras clausuraba la Jornada "Troncalidad en España", organizada por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) y la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), Juan Antonio López Blanco, subdirector de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad. Hacía esta diferenciación refiriéndose a los

propios estudiantes a quienes también invitada a participar de forma "oficiosa" en este proceso. La primera idea que dejaba claro el representante ministerial era que si bien el proyecto a la aplicación de la Troncalidad es complejo, "no es imposible de llevar a cabo", y que si bien el Ministerio era receptivo a escuchar propuestas de mejora, rechazaba a los "irrealistas e imposibilistas", ya que "trabajamos desde la realidad de los que han trabajado en elaborar los papeles, y todos los actores han pisado tierra" ■

20 de marzo

El Gobierno penalizará a las CC.AA. si su gasto en medicamentos crece por encima del PIB nacional. Así se desprende de una enmienda parcial del Grupo Parlamentario Popular a la reforma de la ley de financiación autonómica que se está tramitando en el Congreso, que fija la creación de un instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario al que podrán adherirse de forma voluntaria las comunidades. El Gobierno obligará a las comunidades autónomas a informar a partir de junio de su gasto farmacéutico en hospitales y podrá penalizar a aquellas cuyo gasto global en medicamentos, que incluye también el destinado a pagar las medicinas que se compran en las farmacias, crezca por encima del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española ■

25 de marzo

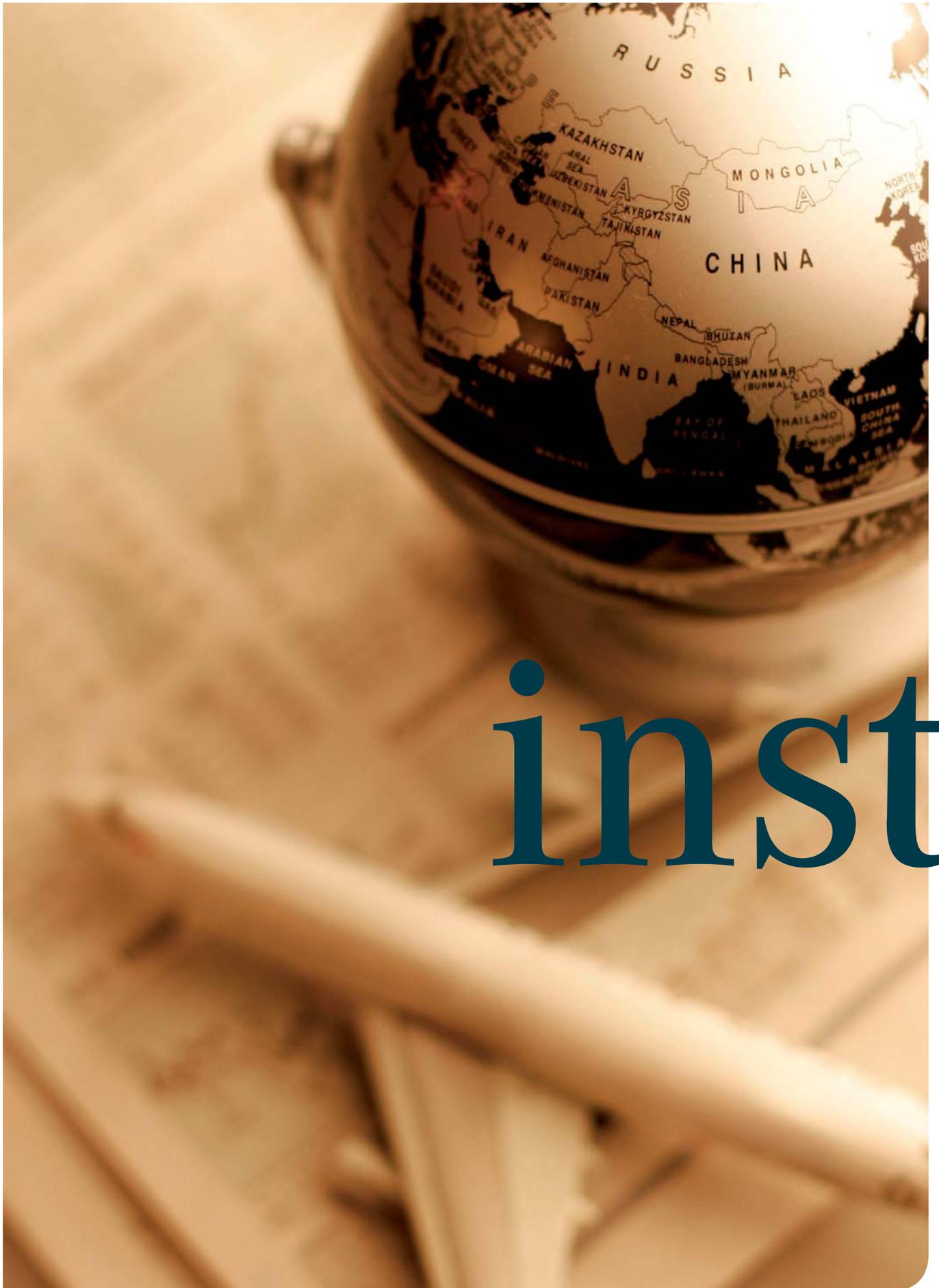


España apuesta por exportar su "cultura de trasplantes" y promover acciones penales contra el tráfico de órganos. Lo señalaba el ministro de Sanidad, Alfonso

Alonso, participante en la firma del Convenio del Consejo de Europa contra el Tráfico de Órganos, un acuerdo que tiene como objetivo la lucha contra esta práctica ilegal, la protección de las víctimas y el fomento de la cooperación nacional e internacional en este ámbito ■

NOTA: Cronología del 27 de febrero al 25 de marzo de 2015.

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



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica

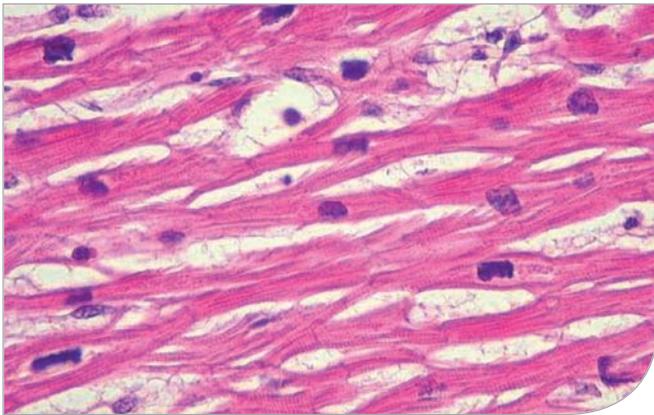


INVESTIGACIÓN NACIONAL

La instantánea médica

Una sustancia natural ayuda al corazón a recuperarse tras un infarto

Investigadores de la Red de Investigación Cardiovascular (RIC), perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, han encontrado que una sustancia natural administrada tras el infarto de miocardio consigue niveles de recuperación que dejan al corazón funcionalmente casi en la situación anterior al infarto. Por tanto, el hallazgo, publicado en la revista científica 'Biochem Pharmacol', demuestra el potente efecto cardioprotector que tiene un terpeno al ser administrado tras un infarto de miocardio. Y es que, los productos naturales de naturaleza lipídica como los terpenos u Omega 3 tienen una amplia difusión como antiinflamatorios o en algunas actuaciones quimioterápicas, aunque en el campo cardiovascular hay "muy poca experiencia" con estas sustancias. En este sentido, hace tres años los investigadores de la RIC demostraron que al aplicar algunos terpenos a células cardíacas (cardiomiocitos) que habían sido sometidas a isquemia o hipoxia, es decir, cuando se les reduce a la cantidad de oxígeno, éstas mantenían una alta viabilidad. Descubrieron que a dosis muy bajas (micromolares)



entre 5 a 10 minutos tras el restablecimiento del flujo sanguíneo en modelos experimentales presentaban una excelente función cardíaca manteniendo excelentes volúmenes de eyección, es decir, tenían mucho menor grado de infarto, reduciéndose un 88 por ciento el área infartada. La principal novedad del hallazgo radica en que hasta ahora se habían probado moléculas cardioprotectoras pero, por lo general, añadidas antes de hacer la isquemia, es decir, antes de que se produzca el infarto de miocardio. El terpeno utilizado por los investigadores de la RIC actúa después del infarto. Por tanto, la traslación futura de este hallazgo a la práctica clínica consistiría en que añadiendo este terpeno minutos después del infarto de miocardio, las consecuencias de éste serían mucho menores y el corazón quedaría en una situación funcional "mucho mejor" ■



Investigadores españoles desarrollan un nuevo método para sintetizar benzodiazepinas

Investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) han desarrollado un método de síntesis de las benzodiazepinas, indicados para el tratamiento de varias enfermedades mentales como la ansiedad, el insomnio y la epilepsia, que permite examinar nuevas áreas de aplicación biológica a nivel estructural, funcional y estereoquímico hasta ahora inexploradas. Gracias a su capacidad para modular dianas biológicas distintas, los anillos heterocíclicos proporcionan un considerable número de fármacos para tratar patologías de muy distinta índole, entre otras cosas por su baja incidencia de efectos adversos. Además, permiten avanzar de manera más rápida y racional durante las distintas fases de búsqueda y descubrimiento de fármacos. En este caso, un trabajo dirigido por el profesor Eddy Sotelo ha permitido definir una estrategia sintética eficiente, rápida y respetuosa con el medioambiente, demostrando que la complejidad molecular no está reñida con la simplicidad experimental. El nuevo método, publicado en la revista 'Journal of Organic Chemistry', ha permitido obtener más de 80 moléculas representativas, cuya singularidad estructural ha sido validada durante la fase de evaluación farmacológica. Además de compuestos con excelente acción ansiolítica, y previa manipulación estructural para eliminar los efectos sobre el sistema nervioso central, se han identificado también moléculas muy potentes sobre dianas terapéuticas validadas en enfermedades como la diabetes, el asma o la tuberculosis. Los resultados de esta investigación, en la que también han participado científicos de las universidades de Vigo y Valencia, suponen un hito en el trabajo del equipo, que centra

buena parte de sus esfuerzos en el desarrollo de estrategias sintéticas multicomponente con el objetivo de acelerar los procesos de generación y optimización de candidatos a fármacos, especialmente aquellos orientados a patologías como el glaucoma, la enfermedad de Parkinson, el asma o el cáncer ■

Sebastián, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona), el Hospital Universitario de Salamanca, el Hospital Universitario de Valencia y el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga ■

Desarrollan una herramienta para mejorar el seguimiento de enfermos con Parkinson

Investigadores de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) han desarrollado una herramienta para mejorar el seguimiento de los pacientes con Parkinson basada en un sistema de sensores "vestibulares" que mide los síntomas de forma continua y avisa a los profesionales sanitarios en caso de detectar alguna anomalía. El grupo ha desarrollado una herramienta de apoyo a la decisión para profesionales sanitarios que les ayude a gestionar toda la información que se genera a partir de unos sensores vestibulares 'low-cost' o bajo coste portados por los enfermos. Estos sensores recogen y procesan señales de acelerometría de forma continua, y detectan y cuantifican los síntomas del paciente de forma automática. Una vez hecho esto, la información con los síntomas del paciente se envía al hospital y se genera un informe diario que alertará al médico en caso de que se detecte algún valor anómalo. También se consigue crear un perfil de la enfermedad para cada uno de los pacientes y, finalmente, lograr la personalización de su tratamiento. Los investigadores han trabajado en el diseño de los sensores y de los algoritmos que se utilizan para monitorizar a los pacientes, y también cómo mejorar la experiencia de usuario de forma que se facilite la adopción de este tipo de sistemas incluso entre las personas poco familiarizadas con las nuevas tecnologías ■



Médicos españoles prueban una terapia pionera con células madre para reparar el corazón tras un infarto

El Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid coordina el primer ensayo clínico que se realiza en el mundo con una terapia pionera de células madre cardíacas alogénicas, procedentes de otros pacientes, para reparar el daño de tejido causado por un infarto agudo de miocardio. El tratamiento ha sido desarrollado por la biotecnológica española Coretherapix, del Grupo Genetrix, y consiste en administrar mediante un catéter—similar al que se usa en otras intervenciones coronarias como las angioplastias— células sanas en el corazón infartado entre 5 y 10 días después del ataque, ya que la situación clínica del paciente se ha estabilizado y se cree que el efecto cardio-reparador puede ser más eficaz. Las células trasplantadas se extraen previamente mediante una biopsia a pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica cardiovascular por otro motivo pero no tienen el corazón dañado. Tras ser analizadas para identificar las células con un mayor potencial reparador, pasan a un sistema de cultivo en el que se expanden hasta conseguir los 35 millones de unidades necesarias para cada paciente. En principio la terapia se probará en grandes infartos, que son aquellos en los que el tejido cardíaco resulta más dañado. De momento ya han sido tratados 7 pacientes en el hospital madrileño y todos evolucionan de forma satisfactoria. Además, el estudio ha permitido probar que la terapia es segura y no provoca ningún tipo de rechazo. Asimismo, actualmente se está llevando a cabo la fase de reclutamiento ya que quieren contar con un total de 55 pacientes. Para ello, se sumarán al estudio el Hospital Universitario de Donostia de San





La OMS anuncia la creación del primer fondo mundial contra la demencia

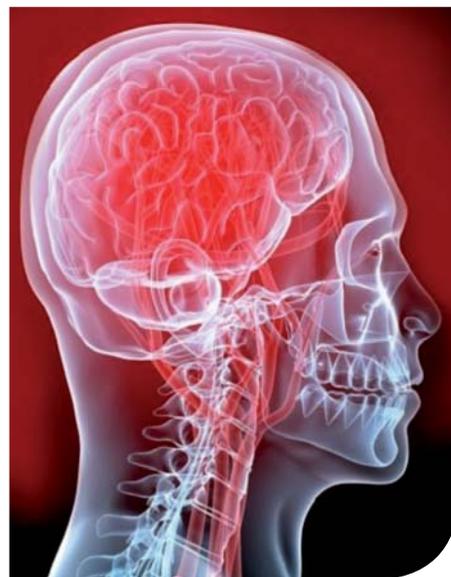
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado la creación del primer fondo mundial contra la demencia, al que se han sumado las principales compañías farmacéuticas, con el objetivo de impulsar investigaciones para mejorar el tratamiento de esta enfermedad mental que afecta a 47 millones de personas en el mundo. La iniciativa ha sido impulsa-



da por los Gobiernos de Reino Unido e Irlanda del Norte y la fundación Alzheimer Research UK, y contará con una inversión inicial de más de 100 millones de dólares, unos 93 millones de euros, según el acuerdo alcanzado en la primera conferencia ministerial de la Acción Mundial contra la Demencia que se ha celebrado en la sede de la OMS en Ginebra (Suiza). Al tratarse de una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, este organismo de Naciones Unidas prevé que el progresivo envejecimiento de la población triplique el número de casos a nivel mundial de aquí al año 2050. Además, se estima que el 60 por ciento de los afectados vive en países bajos y medianos ingresos. Ante esta situación, en la conferencia los participantes destacaron que este problema "creciente" representa un reto para la salud pública mundial, ante lo que la OMS se ha comprometido a "liderar y coordinar" todos los esfuerzos internacionales al respecto. Actualmente se estima que al menos 19 países cuentan con un plan nacional contra la demencia, pero la OMS cree que en ellos es necesario establecer iniciativas específicas centradas en la sensibilización sobre la enfermedad y sus factores de riesgo, la formación para mejorar el diagnóstico, dar apoyo al cuidador y mejorar la reinserción laboral ■

Los suplementos de ácido fólico reducen el riesgo de accidente cerebrovascular en hipertensos

En un estudio realizado en China con más de 20.702 adultos con hipertensión pero sin antecedentes de accidente cerebrovascular o insuficiencia cardiaca, el uso combinado del medicamento enalapril para la hipertensión y ácido fólico, en comparación con sólo el fármaco, redujo significativamente el riesgo del primer ictus, según un estudio que se publica en *JAMA*, coincidiendo con su presentación en la Sesión Científica Anual del Colegio Americano de Cardiología. Los investigadores, Yong Huo, del 'Peking University First Hospital', en Beijing, China, y sus colegas asignaron al azar a 10.348 personas a recibir tratamiento diario con una combinación de una sola dosis de enalapril (10 mg) y ácido fólico (0,8 mg), y a 10.354 individuos a tomar o sólo un comprimido de enalapril (10 mg). El ensayo se realizó desde mayo de 2008 a agosto de 2013 en 32 comunidades de Jiangsu y Anhui en China y se evaluó en los participantes las variaciones en el gen MTHFR C677T (genotipos CC, CT y TT) que pueden alterar los niveles de folato. Los análisis también mostraron reducciones significativas entre los participantes en el grupo de ácido fólico- enalapril en el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico (2,2 por ciento frente al 2,8 por ciento) y los eventos cardiovasculares compuestos, muerte cardiovascular, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (3,1 por ciento frente al 3,9 por ciento). No hubo diferencias relevantes entre los grupos en el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico, infarto de miocardio o muerte por cualquier causa o en las frecuencias de los eventos adversos. Los autores subrayan que



este ensayo ('China Stroke Primary Prevention Trial'; CSPPT) aporta pruebas convincentes de que línea de base del nivel de folato es un determinante importante de la eficacia de la terapia con ácido fólico en la prevención del ictus ■

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 norgestimat. 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 teratogena, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$). Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: anti-infecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma 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 caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng·h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas 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, Dioxido de titanio (E-171), Edetato de sodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. 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.

BAMA — GEVE

Imagen en segunda de cubierta

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

REPORTAJE

FOROS EL MÉDICO

La Atención Primaria



En el número de mayo de la Revista EL MÉDICO se publicarán las conclusiones de un nuevo Coloquio. Un espacio de reflexión y debate en el que, de manera periódica, expertos analizan temas de gran actualidad. En esta ocasión los “Coloquios EL MÉDICO” se centrarán en abordar la situación actual de la Atención Primaria, tomando como referencia la celebración del Día Nacional de la AP. La solución más eficiente para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se concreta, precisamente, en dotar a la Atención Primaria de las reivindicaciones históricas: eliminación de la alta frecuentación, burocratización y medicalización, creación de medidas que eviten la descoordinación entre niveles asistenciales o instauración de sistemas que permitan el reconocimiento e incentivación de los méritos productivos y científicos, formación, investigación, docencia, entre otros, como se ha puesto de manifiesto en ocasiones anteriores.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Dra. Inés Galende Domínguez

Médico especialista en Farmacología Clínica y Máster en Bioética por la UCM. Presidenta de ANCEI:
“Panorama actual de los CEIC/ CEI en España”

Teresa Molina

Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. AETSA:
“Metodología y criterios de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias innovadoras”

Honorio-Carlos Bando

Profesor honorífico de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Académico de las reales Academias Nacionales de Farmacia, de Jurisprudencia y Legislación, y de Doctores:
“El eje vertebral del derecho a la salud”

ENTREVISTAS

Joaquín Sastre Domínguez



Presidente de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)

Brian O'Connor

Director de ECHAlliance, organizador del Health and Wellness Mobile World Congress 2015



REPORTAJE



XVII Congreso de la Sociedad de Directivos de Atención Primaria

INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Kristian Hart-Hansen, director general de LEO Pharma España



DESCUBRA
UNA AMPLIA
**GAMA DE
SEGUROS**
PENSADOS PARA
EL COLECTIVO
SANITARIO

SU TRABAJO ES GENERAR CONFIANZA,
**el de A.M.A. Seguros
es que usted siempre
tenga en quien confiar**



A.M.A. MADRID

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

www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síganos en     

LA CONFIANZA ES MUTUAL



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas, Sulodexida (D.C.I.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinógenesis; inhibir el factor X activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS; Excipientes: laurilsarcosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinita A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes: Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinita A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluso 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. **PVP/IVA:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 555.545. **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