



SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1169. Diciembre 2015

Medio siglo legislando para asegurar la mejor salud a los europeos

Entrevistas

Manel Santià.
Presidente de la
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

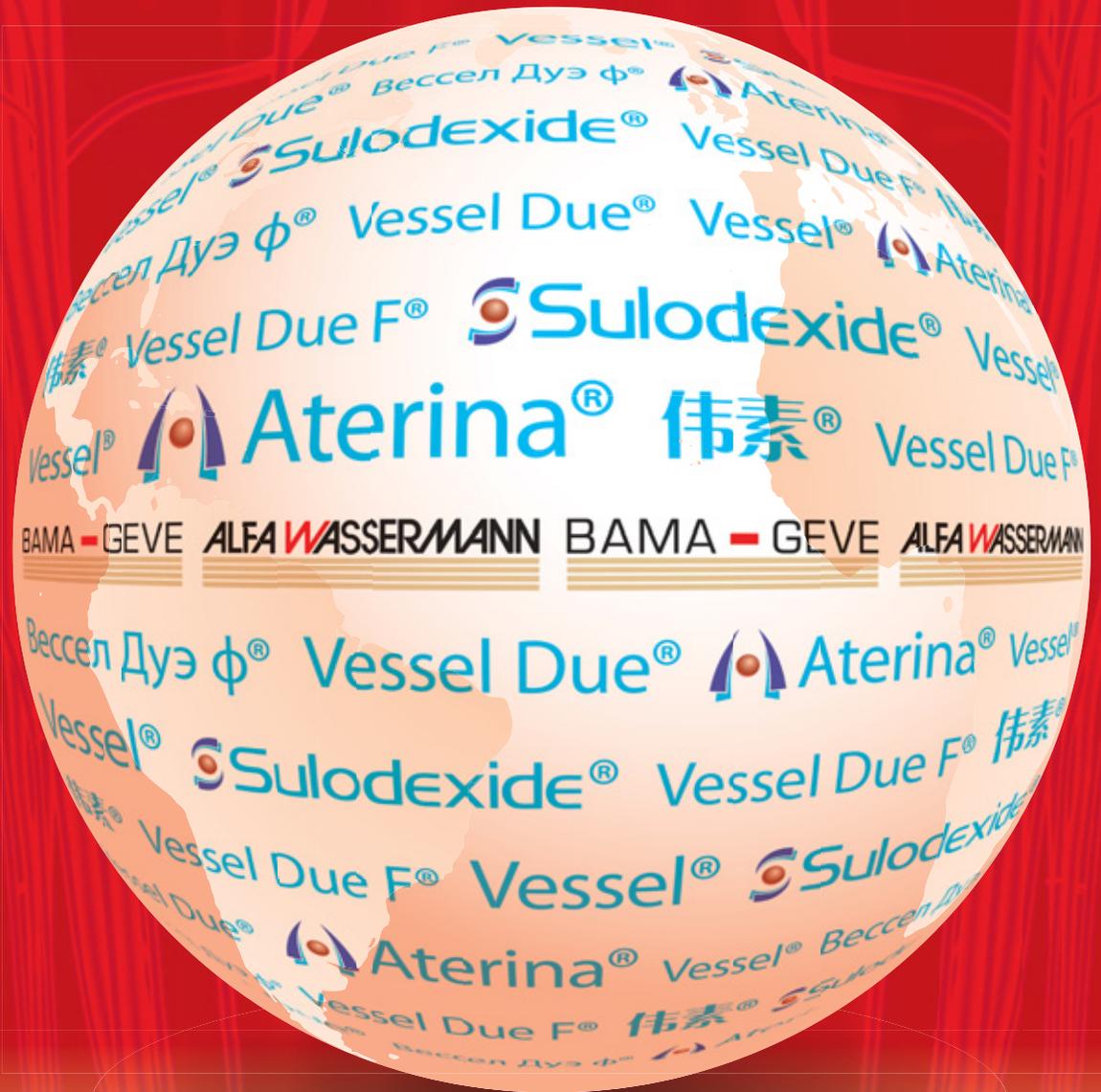
Antonio Fernández-Pro.
Presidente de la
Sociedad Española
de Médicos Generales
y de Familia

Investigación en sistemas de salud

Estudio ATENCION:
Práctica clínica en el
manejo de la hipertensión
y la diabetes en AP



Aterina® Sulodexida



SULODEXIDA, la ÚNICA indicada en el TRATAMIENTO de la Insuficiencia Venosa Crónica

 **Aterina®** protege y restaura el endotelio vascular y mejora el flujo sanguíneo.

 **Aterina®** presenta un alto perfil de seguridad y una muy buena tolerabilidad.



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

EN PORTADA

REPORTAJE



Medio siglo legislando para asegurar la mejor salud a los europeos
18

ENTREVISTAS



Antonio Fernández-Pro
Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
24

Manel Santià
Presidente de la SECA y de la Fundación Española de Calidad Asistencial
30



FORO DE EXPERTOS

FRANCISCO DE ASÍS BABÍN
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
8



SERAFÍN ROMERO
Vicepresidente de la Organización Médica Colegial (OMC)
12



MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
14



ROGER HOSTALOT
Business Development Manager de Palex Medical
16



INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD



Estudio ATENCION: Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en Atención Primaria
54

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



¿Adaptar o transformar el Sistema Nacional de Salud?
36

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Juana Mateos Rodilla



Directora enfermera de Procesos y Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

42

FACME/ENTREVISTA

Rafael Cantón

Presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

48



REPORTAJE

La Salud Mental, un gran reto sociosanitario para el Siglo XXI

62

OTROS TEMAS

Fue noticia

68

La instantánea médica

72

Sala de lectura

80

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-ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas*: Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona).
Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

● DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 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.

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

Especialistas en Sistema Nervioso Central



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

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

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

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



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

La mirad

a maestra de la actualidad



Francisco
de Asís Babín



Dr. Serafín
Romero



Marciano
Sánchez Bayle



Roger
Hostalot



XXX Aniversario Plan Nacional Sobre Drogas

Autor | Francisco de Asís Babín. Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

Hace 30 años en un contexto distinto a la realidad actual, cuando la droga, especialmente la heroína, era motivo de gran alarma social, nació el Plan Nacional sobre Drogas con el objetivo de coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las Administraciones Públicas, las entidades sociales, las sociedades científicas y toda la sociedad en su conjunto, haciéndolo además con un evidente equilibrio entre el esfuerzo por controlar la oferta de drogas y por desarrollar acciones de reducción de su demanda.



Francisco de Asís Babín

España fue el primer país de la Unión Europea en contar con un Plan Nacional sobre Drogas y, gracias a él, las políticas de adicciones en nuestro país han contado y siguen contando con el mayor nivel de consenso político que se puede encontrar en políticas sectoriales, un consenso basado, además, en las evidencias científicas, como base de las estrategias, planes y programas.

Desde ese momento, todos los actores implicados hemos ido avanzando juntos, haciendo frente a los retos que se han ido presentando, y dando ejemplo vivo de cómo en España la coordinación y la cooperación entre las Administraciones y entre éstas y la sociedad civil, no sólo son posibles, sino que son el cauce imprescindible para ofrecer respuestas válidas a los problemas que preocupan a los ciudadanos, a través de políticas de drogas que han conseguido el máximo reconocimiento y prestigio a nivel mundial.

Es por ello que hoy, después de 30 años, podemos afirmar que no sólo tenemos un Plan Nacional sobre Drogas, sino que éste ha conseguido grandes logros.

Es importante recordar y revindicar que fuimos de los primeros países en entender que no se podía castigar, penalizándolo, al adicto por el hecho de serlo, que el consenso en este sentido en nuestro país fue claro en cuanto a la necesidad de afrontar el problema desde la perspectiva de un enfoque equilibrado que contemple la persecución, sin tregua, del narcotráfico y la consideración del adicto como enfermo que tiene derecho a ser tratado a través de un modelo integral que aborde el problema desde las perspectivas sanitaria y social y no solo en el plano individual, sino también familiar.

A lo largo de estos 30 años, hemos asegu-

rado, asimismo, la disponibilidad de medios e instrumentos policiales para prevenir el narcotráfico y luchar contra el crimen organizado.

En el año 1995, la Ley del Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados dio respuesta, y la continúa dando a una importante demanda social, haciendo posible que los beneficios obtenidos en el tráfico ilícito se destinaran a la lucha contra el narcotráfico y, sobre todo, a la puesta en marcha de programas de prevención, de atención a los drogodependientes y a su incorporación social.

La lucha contra el narcotráfico recibió también un impulso extraordinario, gracias a la labor de la Fiscalía Especial Antidroga, creada en 1988, y a la excelente labor de las Fuerzas y Cuerpos de Seguri-



dad del Estado que han alcanzado, con la creación en el año 2006 del Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (actual Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen organizado), dependiente del Ministerio del Interior, de amplio reconocimiento internacional.

Desde la perspectiva de la reducción de

España fue el primer país de la Unión Europea en contar con un Plan Nacional sobre Drogas

la demanda, pese a que nos preocupen, y mucho, los consumos que se dan en algunos colectivos y circunstancias, el balance global ha sido eminentemente positivo: hemos mantenido una importante reducción general de los consumos que constituyeron verdaderas epidemias, como la heroína o la cocaína, y con ello, hemos alcanzado para la sociedad en ge-

neral una importantísima reducción de los riesgos asociados a dicho consumo, tanto para la salud, como para la seguridad y, por tanto, hemos generado mayor calidad de vida.

Disponemos de potentes sistemas de información, reconocidos a nivel mundial; se ha incrementado la percepción de riesgo de determinados consumos como la cocaína o los estimulantes; hemos incorporado las adicciones sin sustancia a las políticas de programas de prevención y atención integral; somos líderes en los programas de reducción del daño, de demostrada eficacia en términos sociales, y tenemos una red asistencial con excelentes profesionales.

Se ha mantenido una intensa y fructífera actividad de representación institucional en todos los foros internacionales relevantes. Los intereses y la experiencia de España tienen peso en los ámbitos de toma de decisiones relacionados con la respuesta al problema de las adicciones. En América Latina hemos liderado un gran proyecto de cooperación, el proyecto COPOLAD que, fruto de la excelente evaluación obtenida, verá posible su continuación en los próximos 4 años, con el proyecto COPOLAD II.

Y en el ámbito de la mejora del conocimiento hemos asistido a avances científicos fundamentales. La investigación clínica, la epidemiológica, la social, han recibido un fuerte impulso, han mejorado nuestros conocimientos y nos han proporcionado instrumentos más eficaces de prevención, herramientas para los tratamientos terapéuticos y medios para el desarrollo de programas de reinserción.

En estos años se ha incrementado de manera importante el presupuesto destinado a formación, además de introducir nuevos canales, que han dado entrada a las nuevas tecnologías.

Todos estos logros nos dan idea del éxito alcanzado en estos treinta años por el



Plan Nacional sobre Drogas, concebido como un espacio común de todo el trabajo en adicciones.

Y dentro de ese espacio de trabajo común, enfrentamos los nuevos retos 30 años después, desde premisas fundamentales como la participación estable de todos los agentes implicados, tanto en el ámbito de la reducción de la demanda como en el del control de la oferta, a través del Consejo Español de Drogodependencias, creado por la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativas.

- Desde el mantenimiento del consenso a todos los niveles, para poder ofrecer a la sociedad un trabajo bien hecho y unas posibilidades amplias de mejorar lo mucho y bueno que ya se ha venido haciendo a lo largo de toda la existencia del Plan Nacional sobre Drogas.

- Desde el conocimiento de la realidad que garantizan nuestras encuestas de consumos y los indicadores establecidos que venimos vigilando, ampliamente reconocidas a nivel internacional por su metodología y calidad, y que proporcionan información que orienta el desarrollo

y evaluación de nuestras intervenciones y la calidad, medición y evaluación como motor de los cambios.

Y con el objetivo siempre del retraso en la edad de inicio como paradigma de la prevención; del mantenimiento del modelo de abordaje bio-psico-social de las adicciones; del trabajo con la persona y su familia como centro de la acción terapéutica y la reinserción como objetivo último imprescindible de la actuación. Todo ello teniendo en cuenta la importancia de la cooperación y el respeto a los tratados internacionales.

Durante tres décadas hemos realizado entre todos un esfuerzo ímprobo que nos ha llevado a un punto esperanzador pero todavía con grandes retos por delante.

- Retos en el ámbito de la política global de adicciones, manteniendo el enfoque

equilibrado en el abordaje integral del problema de las drogas.

- El reto de la mejora de la eficacia de la prevención y, especialmente, de la prevención de los consumos en menores de edad.

- El de consolidar el modelo de atención atendiendo a la calidad de la prestación y a la personalización del itinerario terapéutico, teniendo en cuenta que si somos eficaces disminuirá además el coste social del problema.

- El reto de la atención a patología dual, a las adicciones sin sustancia, y la intervención precoz en situaciones de alto riesgo.

- El de las nuevas drogas, para el que ya se ha puesto en marcha el sistema de alerta temprana con objeto de vigilar periódicamente su consumo e intervenir cuando sea necesario.

- O el reto de luchar contra la banalización de los consumos y la percepción social del riesgo, ya que el éxito obtenido hasta ahora puede también convertirse en

Uno de los retos es el de consolidar el modelo de atención atendiendo a la calidad de la prestación y a la personalización del itinerario terapéutico, teniendo en cuenta que si somos eficaces disminuirá además el coste social del problema

un arma de doble filo, al desaparecer la percepción de riesgo que comportan los consumos de determinadas sustancias.

Llevamos un largo camino recorrido juntos y, sin embargo, tenemos un gran trabajo todavía por delante.

Celebramos hoy todos el 30 aniversario del Plan Nacional sobre Drogas porque hemos demostrado que, con el esfuerzo de todos, sí se pueden conseguir resultados exitosos y porque estamos seguros de que también con el esfuerzo de todos seguiremos alcanzando metas ante los nuevos retos presentes y por venir ■

Medicinas y servicios en salud de alta calidad a 7.000 millones de habitantes. Persona a Persona.

“En Mylan, creemos que su
fármaco debe ser siempre
de la más alta calidad.”

Heather Bresch

Heather Bresch, Consejera Delegada, Mylan

**La mejor salud
para un mundo mejor**
7B:1

En Mylan, nuestra misión es conseguir la mejor salud para un mundo mejor. Nos comprometemos a proporcionar acceso a medicamentos y servicios de salud para los 7.000 millones de habitantes en el mundo, persona a persona. A esta aspiración la llamamos 7B:1.

Puede obtener más información en mylanmundomejor.es

 **Mylan**
Seeing
is believing



La Validación Periódica de la Colegiación (VPC): obligación y responsabilidad

Autor | Dr. Serafín Romero. Vicepresidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Estatutos, leyes, directivas europeas y el Código de Deontología justifican la necesidad de que el médico, a lo largo de su vida profesional, precise estar en constante actualización de competencias; y cómo desde la profesión se deben desarrollar los mecanismos que acrediten la misma. Este compromiso de la profesión médica y de los médicos refuerza la trascendencia social de la Medicina y revaloriza el papel de la OMC como garante de la misma. Y estos argumentos son los que justifican procesos de actualización de la credencial de ejercicio, como la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) puesta en marcha por los Colegios de Médicos de España. La OMC apuesta así por un profesionalismo renovado, sustentado en anteponer el interés del paciente por encima de cualquier otro interés y en comprometerse a poner a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

Es función de los Colegios de Médicos la promoción, por todos los medios a su alcance, de la constante mejora de los niveles científicos de sus colegiados. Igualmente, como recogen nuestros estatutos, es responsabilidad de nuestras corporaciones actualizar la competencia profesional de los profesionales, procurando el perfeccionamiento de la actividad profesional y la formación permanente, promoviendo -por sí mismas o en colaboración con instituciones públicas y privadas- actividades de Formación Médica Continuada (FMC) y ejerciendo las funciones de acreditación y registro oficial, que le sean delegadas por las Administraciones públicas.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) recoge en su artículo 6 que los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida una formación continuada y acreditarán regularmente sus competencias profesionales.



Dr. Serafín Romero

Recientemente, la directiva 2013/55/UE en relación al Desarrollo Profesional Continuo (DPC) insta a los Estados miembros de la Unión Europea a impulsar el DPC de los médicos y comunicar a la Comisión las medidas que adopten en este ámbito. El DPC debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión.

Nuestro actual Código de Deontología, en su artículo 7.3, dice que "la formación

médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional". También en su artículo 21 refiere que "el médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica".

Como se puede constatar, tanto estatutos como leyes y directivas europeas, así como el Código de Deontología, justifican la necesidad de que el médico a lo largo de su vida profesional precise estar en constante actualización de competencias; y

cómo desde la profesión se deben desarrollar los mecanismos que acrediten la misma.

Este compromiso de la profesión médica y de los médicos refuerza la trascendencia social de la Medicina y revaloriza el papel de la OMC como garante de la misma.

Y estos argumentos son los que justifiquen procesos de actualización de la credencial de ejercicio, como la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) puesta en marcha por los Colegios de Médicos de España. Esta VPC recoge aspectos tan esenciales del ejercicio, como la salud, la continuidad en el ejercicio profesional y la buena praxis médica, como garantes ante el ciudadano de que quién atiende sus problemas de salud reúne las condiciones necesarias.

En España, aún estamos llegando más lejos. La necesaria complicidad con las Sociedades Científicas y la puesta en marcha de procesos de DPC harán que, en un futuro inmediato, los médicos de nuestro país puedan presentar ante el ciudadano y ante la sociedad una credencial que aúne las competencias actualizadas con las credenciales obligadas para el ejercicio profesional.

Tanto la VPC como la DPC no deberían ser vistas como una imposición, ni como una evaluación punitiva, sino como una manera de garantizar el reconocimiento desde la profesión al esfuerzo y a la actualización de

los conocimientos, una garantía para el ciudadano y una oportunidad para la profesión de renovar la confianza que la sociedad pone en nuestras manos.

La necesaria complicidad con las Sociedades Científicas y la puesta en marcha de procesos de DPC harán que los médicos puedan presentar ante la sociedad una credencial de sus competencias actualizadas junto a las credenciales obligadas para el ejercicio profesional

de cualquier otro interés y en comprometerse a poner a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restable-

cer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

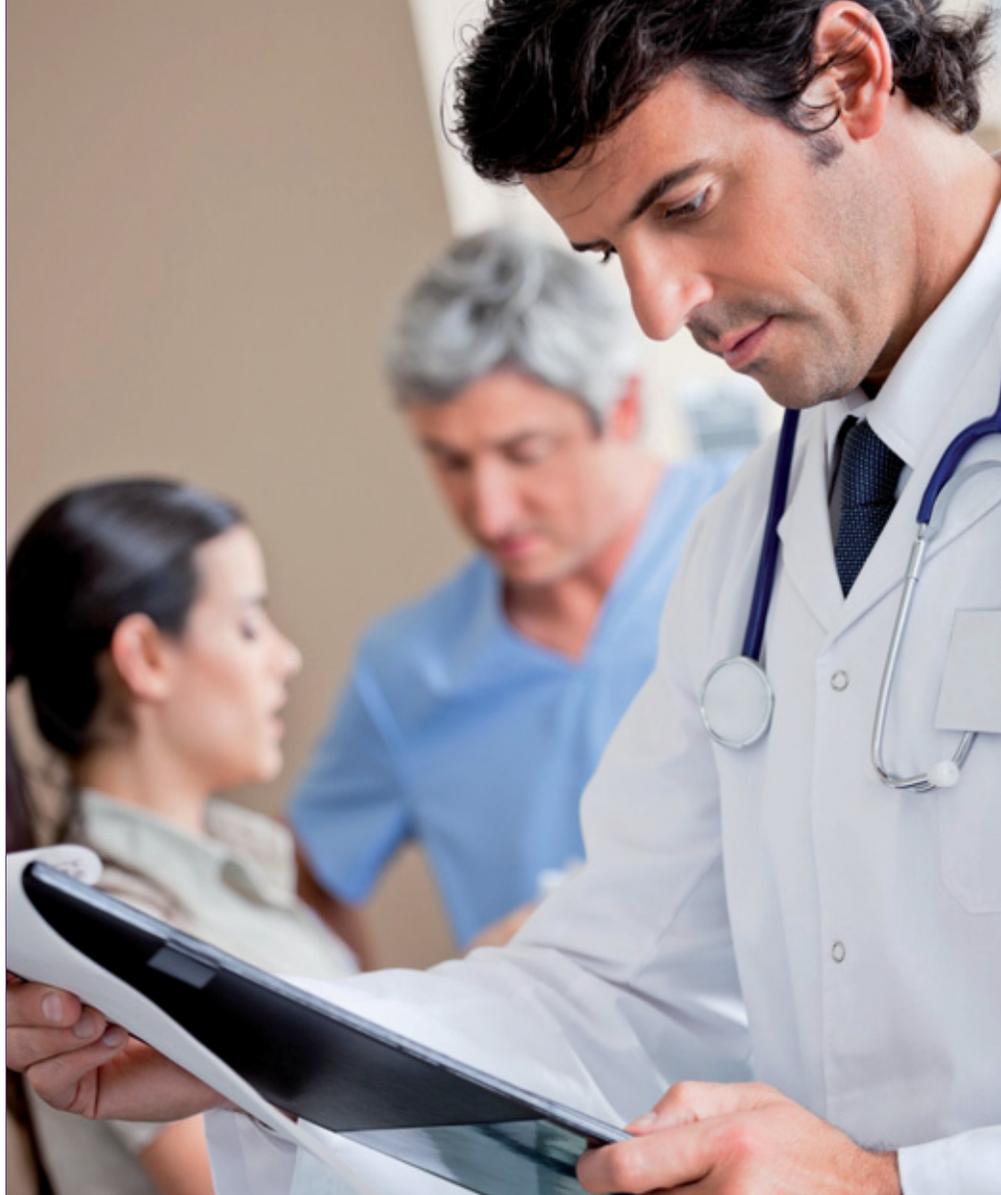
La OMC ha iniciado un camino hacia la superación de la cultura de la no evaluación y, especialmente, una ruptura decidida con la cultura de la queja permanente. Se trata de la puesta en escena de un profesionalismo renovado, sustentado en anteponer el interés del paciente por encima

de cualquier otro interés y en comprometerse a poner a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restable-

cer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

Para ello proponemos una co-regulación compartida entre todos los agentes implicados, modulando los deseos, necesidades, esfuerzos, oportunidades y las tentaciones de protagonismo en un esfuerzo común compartido.

Estamos convencidos de que estamos ante una oportunidad histórica y un reto para la profesión médica. De este necesario paso adelante se derivará el reconocimiento social de los Colegios de Médicos y de las Sociedades Científicas, el liderazgo del médico en el reconocimiento social y se sentarán las bases del reconocimiento efectivo del esfuerzo del médico individual ■





La participación social y la profesional en Sanidad

Autor **J** Marciano Sánchez Bayle. Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La participación ciudadana y profesional es una necesidad en el sistema sanitario público. Es uno de los principios establecidos por la Ley General de Sanidad (1986) que además establecía consejos de salud de área y zona básica, pero la realidad es que el gerencialismo que se impuso en Sistema Nacional de Salud pronto dejó de lado los organismos de participación que, en muchos casos, no se reunieron, y en otros lo hicieron de forma esporádica y con escaso o nulo contenido.



Marciano Sánchez Bayle

La participación ciudadana y profesional es una necesidad en el sistema sanitario público, la primera porque es a la población a quien se dirige este servicio público fundamental y es la ciudadanía la que la sufraga con sus impuestos, y los trabajadores de la Sanidad porque son quienes hacen posible el funcionamiento del sistema sanitario y son además quienes tienen los conocimientos técnicos.

No cabe olvidar que ambos tienen limitaciones, los primeros porque pueden verse in-

fluídos por intereses particulares y son más fácilmente manipulables por informaciones sesgadas y acientíficas, de lo que hay muchísimas evidencias, y los segundos porque pueden defender intereses

corporativos y/o laborales por encima de los del sistema sanitario y de la población.

Pero existe una razón que comprende a ambos. Para asegurar un buen funcionamiento del sistema sanitario se precisa de la colaboración y la actuación combinada de ambas partes porque los resultados en salud son el producto de acciones

ciudadanas (especialmente en el ámbito de la prevención y la promoción, pero además de la utilización racional de los recursos y en la detección de los principales problemas de funcionamiento del

sistema sanitario) y por supuesto de los profesionales para que hagan un uso adecuado de los recursos de acuerdo con las evidencias científicas disponibles. La participación de ciudadanos y profesionales es clave para poder garantizar la eficacia y la eficiencia de la Sanidad Pública, también porque hace que la población vea al sistema sanitario como algo suyo, que lo es de todos modos ya que lo sufraga con sus impuestos, y se sienta concernido de su funcionamiento. Precisamente por eso, la participación es un elemento importante en la defensa de la Sanidad Pública, puesto que una ciudadanía que se siente ajena al sistema sanitario es más difícil que se comprometa en su defensa, mantenimiento y mejora.

La participación es uno de los principios establecidos por la Ley General de Sanidad

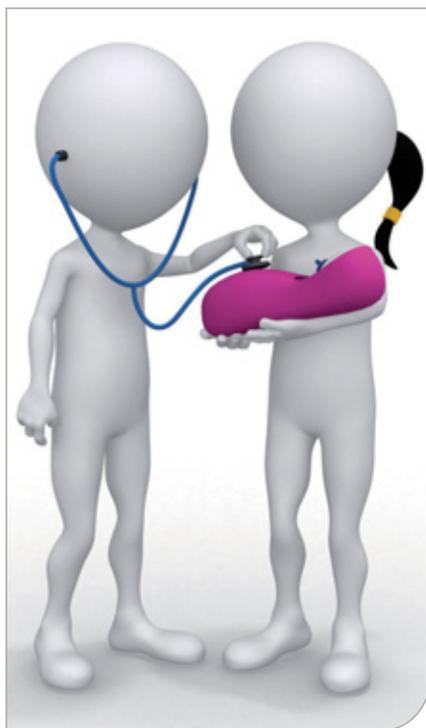
La colaboración y la actuación combinada de acciones ciudadanas y de los profesionales son claves para un buen funcionamiento del sistema

(1986) que además establecía consejos de salud de área y zona básica, pero la realidad es que el gerencialismo que se impuso en Sistema Nacional de Salud pronto dejó de lado los organismos de participación que, en muchos casos, no se reunieron y, en otros, lo hicieron de forma esporádica y con escaso o nulo contenido. Solo algunas CC.AA. como Aragón y Castilla La Mancha avanzaron en su momento fórmulas de participación más concretas que, sin embargo, desaparecieron tras las victorias del PP en ambas autonomías.

La experiencia demostró que existía una política de marginación sistemática de los órganos de participación a la hora de adoptar decisiones y que se mantenía a estas estructuras en el ámbito de la consulta y/o del conocimiento de decisiones ya adoptadas por las administraciones sanitarias. Fue precisamente esta marginación de los ámbitos de decisión lo que acabó favoreciendo el desinterés de la ciudadanía sobre estos organismos que acabaron convirtiéndose en un sistema de realizar reclamaciones o de mantener cuotas de representación institucional.

Un problema a la hora de avanzar en la participación ciudadana y profesional es la característica ausencia total de transparencia de la Sanidad Pública y la frecuencia con la que las administraciones sanitarias “maquillan” y/o manipulan los datos asistenciales, de manera que resulta realmente difícil poder realizar una evaluación del funcionamiento de Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Regionales de Salud.

El Ministerio de Sanidad puso en marcha un portal estadístico que, por supuesto, mejoró la información disponible, pero que básicamente se nutre de datos desactualizados con lo que el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema sanitario se queda muy limitado. Con frecuencia es más fácil encontrar datos actualizados para España en la OCDE y/o Eurostat que en nuestro país, y por su-



puesto, en muchas ocasiones resulta imposible encontrar algunos datos importantes, como por ejemplo, las listas de espera desagregadas por CC.AA. o el gasto farmacéutico hospitalario, que parecen ser secretos de estado. Por otro lado, las webs de las CC.AA. suelen ofrecer datos que no solo están falseados sino que son increíbles. Un ejemplo es el denominado “Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud” que lo que ofrece es propaganda (p. ej.: se dice que la espera media para intervenciones quirúrgicas es de 15,5 días cuando las encuestas la sitúan en 7,3 meses).

En esta situación no es posible la evaluación del funcionamiento del sistema sanitario de manera detallada y se dificulta de manera extrema cualquier decisión sobre organización y planificación del mismo y, por lo tanto, la participación. Otra ausencia notable es la existencia de mecanismos de evaluación de las tecnologías sanitarias, que debería de realizarse mediante una agencia pública de evaluación al estilo de NICE británico (Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Sanitaria). Algo que se echa en falta

especialmente ante la agresiva política de la industria a la hora de imponer las “innovaciones” sanitarias (medicamentos, equipos médicos, etc).

Recuperar la idea estratégica de la participación ciudadana y profesional debería de pasar por:

1. Establecer sistemas de participación ciudadana y profesional en todos los escalones del sistema sanitario público: servicios regionales de salud, áreas, zonas básicas de salud y centros sanitarios.
2. Garantizar la presencia en los mismos de representantes de la ciudadanía, de los trabajadores sanitarios y de la administración sanitaria.
3. Las fórmulas concretas en que configura esta representación deben de ser consensuada, y también se debe tener en cuenta que no tiene la misma lógica la representación en ámbitos muy cercanos a la ciudadanía (por ejemplo, las zonas básicas y los centros de salud) que en otros más alejados de la misma (los grandes centros sanitarios de referencia, las áreas de salud y, más aún, el consejo regional de salud). En los primeros habría que facilitar la participación directa de los ciudadanos y en los segundos debería realizarse a través de organizaciones representativas y/o de elecciones organizadas con ese fin.
4. Conferirles capacidad de decisión y de control sobre la gestión y el funcionamiento de la Sanidad Pública.
5. Garantizar la transparencia del SNS, para que los principales datos de funcionamiento del sistema sanitario sean accesibles a todo el mundo de forma actualizada.
6. Crear una agencia pública de evaluación del sistema y las tecnologías sanitarias ■



Higiene de manos: cómo evitar la transmisión de infecciones

Autor | Roger Hostalot. Business Development Manager de Paalex Medical

El sector sanitario es cada vez más consciente de la importancia que tiene la higiene de manos tanto para la seguridad de los pacientes como para el ahorro en los hospitales. Su defecto puede provocar el contagio de infecciones, normalmente resistentes a los antibióticos utilizados, en los centros de salud.



Roger Hostalot

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el 7 por ciento de los pacientes hospitalizados en países de ingresos elevados contrae alguna infección relacionada con la atención sanitaria. Las infecciones adquiridas durante estancias en hospitales dan lugar a 16 millones de días extra de hospitalización en Europa cada año y son las causantes directas de 37.000 muertes.

Para seguir sensibilizando a la población sanitaria de la importancia de la higiene de manos, la OMS impulsa desde hace años campañas que tienen como objetivo reducir las enfermedades intrahospitalarias. Según datos de la propia organización, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a más de 4 millones de pacientes al año en Europa.

A su vez, la limpieza de manos influye de forma directa en el control de costes del sistema sanitario ya que las infecciones que se producen por su defecto aumentan la necesidad de asistencia, causando unas pérdidas aproximadas de 7.000 millones

de euros anuales a los sistemas sanitarios europeos.

Momentos clave para la higiene de manos

Las infecciones nosocomiales más comunes son en las vías urinarias, en partes que han sido intervenidas quirúrgicamente, neumonías y septicemias. La resistencia es muy frecuente en bacterias aisladas en centros de salud y está demostrado que una

buena higiene de manos del personal sanitario reduce las infecciones relacionadas con la atención sa-

nitaria causadas por microorganismos resistentes.

Como también aconseja la OMS, hay cinco momentos clave en los que se debe

Se debe velar por una buena higiene de manos: antes de tocar a un paciente, durante la limpieza, después de tener contacto con líquidos corporales, de tocar a un paciente y su entorno

velar por una buena higiene de manos para proteger al paciente de infecciones de difícil tratamiento. Estos cinco momentos son: antes de tocar a un paciente, antes de los procedimientos de limpieza y asépticos, después de tener contacto

con líquidos corporales, después de tocar a un paciente y después de tocar el entorno de un paciente.

Para asegurar que el personal sigue la disciplina de higiene de manos en los centros sanitarios es esencial el uso de soluciones limpiadoras a base de alcohol para las manos. Estas pueden utilizarse rápidamente en el punto de atención al paciente, en el que se precisa una buena higiene, a fin de garantizar su seguridad y, además, tienen un mayor efecto antimicrobiano que el agua y el jabón.

Seguridad mediante la automatización

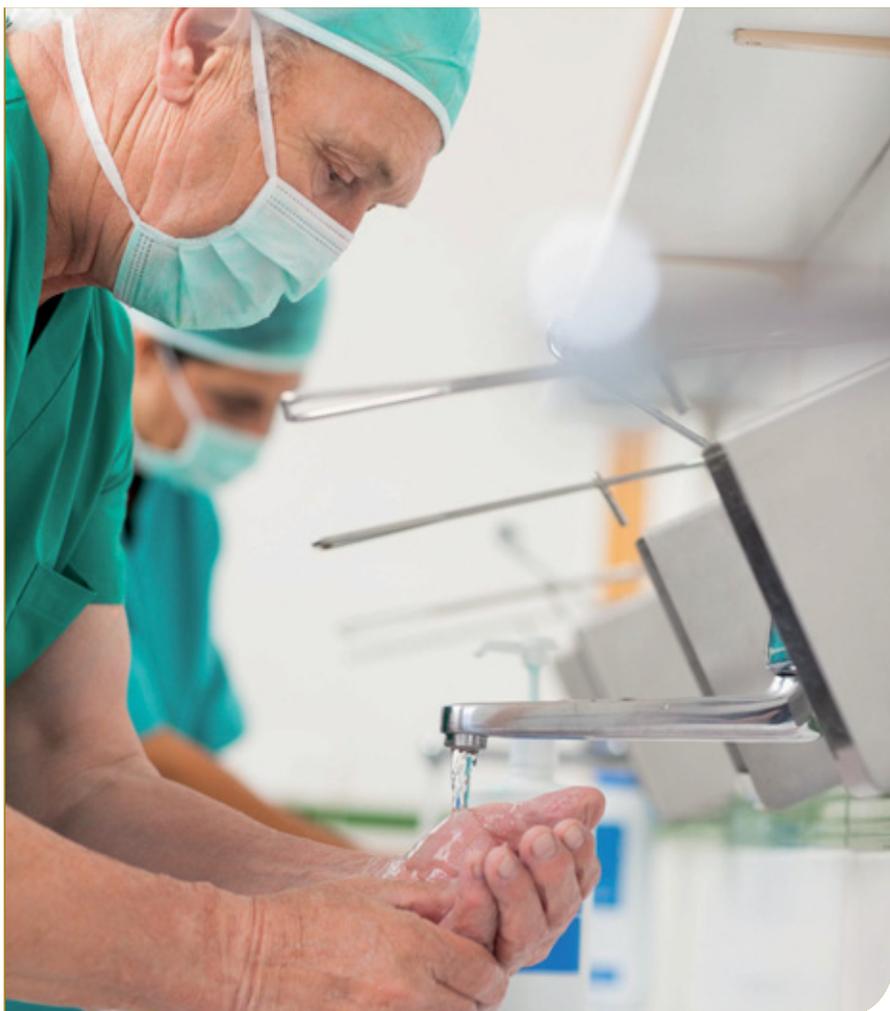
Los centros sanitarios son conscientes de que la higiene de manos de su personal es crucial para prevenir y cortar la transmisión de enfermedades infecciosas y, por eso, dedican personal a medir que los facultativos realicen la higiene de manos en

los momentos establecidos. Hoy en día, existe la figura del observador que monitoriza estos procedimientos en determinados entornos del hospital, como los quirófanos. Sin embargo, la observación no se hace sobre todas las ocasiones en las que un profesional tendría la oportunidad de lavarse las manos. Diversos estudios científicos, como los conducidos por la Dra. Petra Gasmair, del Centro Nacional de Referencia para la Vigilancia de Enfermedades Nosocomiales alemán, indican que la figura del observador distorsiona la cifra de higiene de manos y recomiendan una combinación entre observadores y sistemas automatizados de higiene de manos.

Aunque resulta complicado imaginar que se pueda usar tecnología para asistir al personal en la higiene de manos, existen

sistemas que permiten automatizar esta supervisión. En comparación con la figura del observador, la tecnología aumenta la objetividad y la fiabilidad de los datos, ya que la figura del observador puede sesgar el comportamiento del cuerpo médico e incrementa su consumo, ya que está siempre activo. Esto permite al observador el poder centrarse en la explotación de los datos y no en el proceso mismo de observación.

Las soluciones automatizadas aportan información muy valiosa para los profesionales, relacionada con la monitorización de la higiene, facilitando al centro sanitario detectar tendencias de higiene y su influencia en infecciones, así como aportar datos para analizar y actuar de forma más eficiente ante crisis y brotes infecciosos.

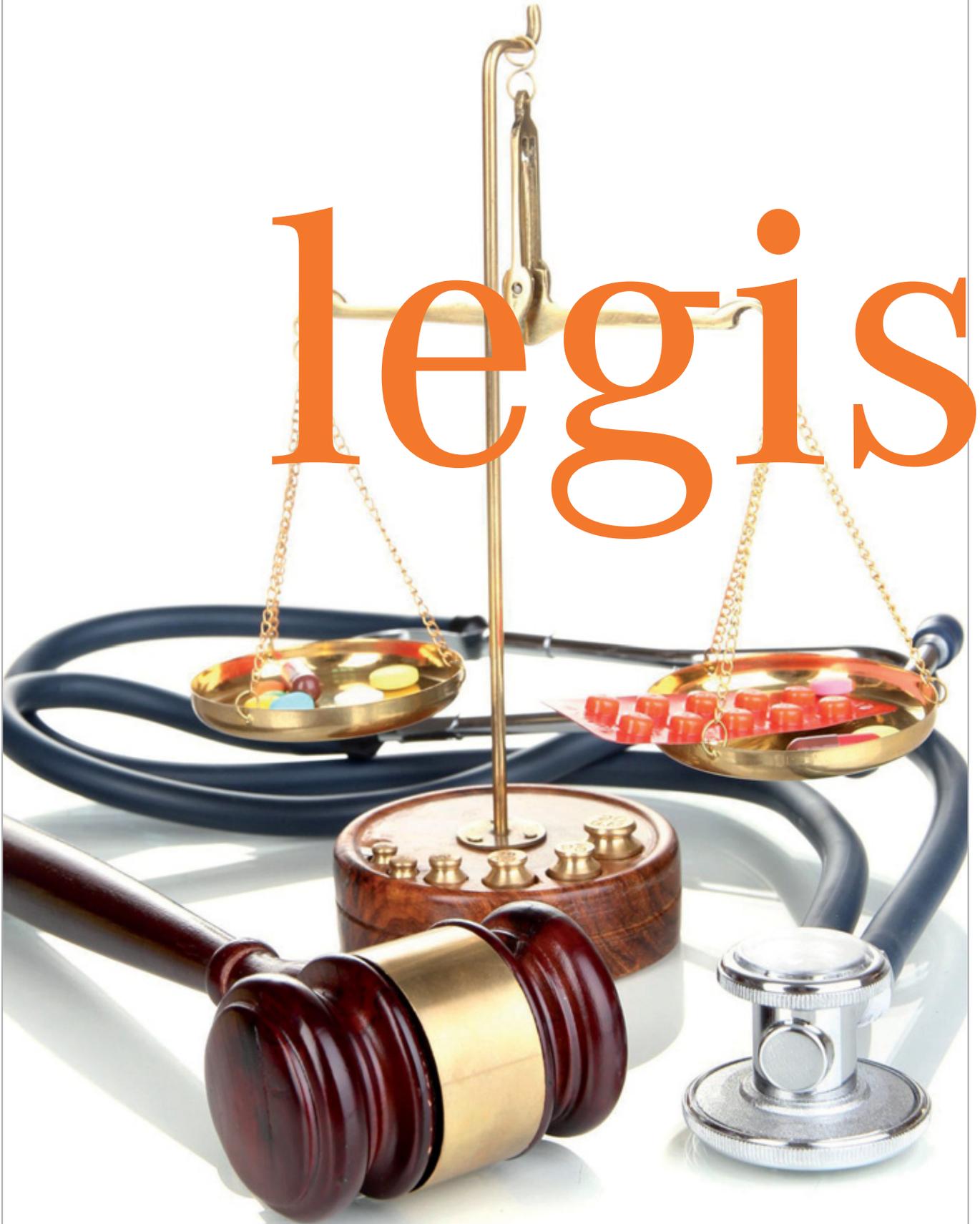


Estos sistemas se ubican en los dispensadores de jabón o del preparado higiénico, independientemente del fabricante, y se activan cada vez que se acciona el dispensador. En ese momento, el sistema registra la ubicación del dispensador y la cantidad exacta de líquido que ha sido dispensada, siempre de forma automática, objetiva y no distorsionada por la observación clásica y durante las 24 horas ininterrumpidamente.

Con los datos que estos mecanismos proporcionan, también cabe la posibilidad de analizar en profundidad el resultado de campañas específicas de formación dirigidas a determinados colectivos y asociaciones, en el caso de España, al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. También permiten a posteriori analizar el resultado de formaciones y el impacto real que generan sobre los resultados.

El principal objetivo del sistema sanitario es aportar todas las soluciones posibles para frenar la transmisión de infecciones dentro de sus propios centros y reducir los costes de la atención sanitaria, por lo que las soluciones automatizadas serán un mecanismo cada vez más común en los centros hospitalarios ■

legis





Medio siglo luchando para asegurar la mejor salud a los europeos

2015 marca los cincuenta años de progreso en el esfuerzo por asegurar productos medicinales beneficiosos para los europeos. Este año se cumple el 50 aniversario de la introducción de la primera legislación de la UE sobre medicamentos de uso humano. Desde entonces, esta normativa ha ido sufriendo una gran transformación en el campo farmacéutico con el objetivo esencial de salvaguardar la salud pública.

Texto | Irene Tato

Fotos | UE



REPORTAJE DE PORTADA

Medio siglo legislando para asegurar la mejor salud a los europeos

La legislación europea ha ido sufriendo una gran transformación en el campo farmacéutico con el objetivo esencial de salvaguardar la salud pública. Este año se cumple el 50 aniversario de la introducción de la primera normativa de la UE sobre medicamentos de uso humano. Por este motivo la DG Sanco de la Comisión Europea celebraba una jornada de celebración para repasar los hitos por armonizar la legislación en materia farmacéutica en las últimas décadas, que no han sido pocos.

La cita, denominada “Conferencia del 50 aniversario de la legislación europea en materia farmacéutica” tuvo lugar en Bruselas y fue presidida por el Comisario Andriukaitis, quien afirmó en sus palabras de bienvenida: “Se ha recorrido en estas cinco décadas un largo camino que ha dejado varias medidas concretas en una serie de áreas: validación de procesos de transparencia en los ensayos clínicos, seguridad para que podamos denunciar presuntos efectos secundarios, medidas sobre medicamentos huérfanos, medicamentos de uso pediátrico, medidas para la supervisión adicional de ciertos medicamentos, medidas para la protección contra falsificados y la compra segura de medicamentos. Ahora tenemos nuevos retos, como encontrar solución a la falta de tratamiento para la resistencia a los antimicrobianos y trabajar para poder ofrecer un acceso rápido a la innovación entendiendo que el presente se llama Medicina personalizada.”

La primera Directiva en el ámbito del mercado farmacéutico vio la luz en enero del año 1965. Se conoce como la 65/65/CEE y recogía entonces la aproximación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos, ofreciendo algunos principios fundamentales que siguen siendo válidos



Un hito importante fue la puesta en marcha de la Agencia Europea del Medicamento en el año 1995

hasta la fecha, a pesar de haber sido luego modificada y ampliada por otras directivas que fueron viniendo, como fue la de 1975 que detalló las normas y protocolos analíticos, tóxico-farmacológicos en materia de pruebas de medicamentos, y otra que describió las especialidades farmacéuticas.

Después, el trabajo de miles de personas (funcionarios de la UE, empresas, asesores externos, organizaciones de pacientes) ha contribuido a lograr avances significativos, muestra de ello son los enormes esfuerzos que preceden a cada aprobación de una norma o procedimiento, por ejemplo el reconocimiento mutuo de autorización de mercado para los nuevos fármacos, la creación de un comité de expertos europeos previo a la aprobación o autorización de nuevos productos innovadores, las normas para el etiquetado de fármacos, su prescripción y distribución, su transporte y su publicidad, la

extensa normativa relativa a los medicamentos genéricos y los biosimilares, la de los medicamentos derivados de sangre o la de las terapias avanzadas. Todo ello, medidas que han ido favoreciendo a la par que hayamos sido testigos de grandes avances en el área terapéutica con nuevos tratamientos farmacológicos que han mejorado significativamente la salud y la calidad de vida de millones de personas.

Agencia Europea del Medicamento

Sin duda un hito importante fue la puesta en marcha de la Agencia Europea del Medicamento en el año 1995. Su nacimiento no fue fácil, con la definición del mercado interior en 1985. La comisión liderada por Jacques Delors prestó una atención especial al sector farmacéutico, de hecho en el Libro Blanco para la consecución del mercado interior, se observa que 13 de los 300 pasos identificados, se relacionaban directamente con productos medicinales. A pesar de los esfuerzos por lograr una completa armonización, el mercado farmacéutico permaneció fragmentado hasta 1990 y las autorizaciones siguieron de-

pendiendo únicamente de los Estados Miembros.

En noviembre de 1990, la Comisión propuso al Consejo y al Parlamento la creación de la Agencia Europea del Medicamento, y tras un intenso debate se puso en marcha la EMEA (ahora EMA), el 26 de enero de 1995, con sede en Londres y no en Barcelona como así se había propuesto. Igualmente, la aprobación de un procedimiento centralizado permitió por fin la primera autorización europea para un fármaco contra la infertilidad, se trataba de Gonal-F, para estimular el desarrollo folicular múltiple. En estos 20 años, la agencia ya ha autorizado más de mil medicamentos de uso humano así como medicinas de uso animal.

Farmacovigilancia

Otra de las mesas del encuentro reunió a representantes de organizaciones de pacientes, de agencias de evaluación, y de agencias nacionales de medicamentos y productos sanitarios. En ella participó Dolores Montero, jefa de la unidad de farmacovigilancia de la Agencia Española del Medicamento AEMPS, quien afirmó que

“una vez que el medicamento se ha autorizado en la Unión y se coloca en el mercado, su seguridad se controla durante toda su vida útil para garantizar que en caso de reacciones adversas la acción apropiada es tomada rápidamente, incluyendo advertencias adicionales, restricciones de uso o incluso la retirada del producto del mercado”.

Tal y como señalaba, “a través de normas de farmacovigilancia supervisamos la seguridad de los medicamentos y tomamos medidas para reducir los riesgos y aumentar sus beneficios. La legislación farmacéutica ha fortalecido las actividades de farmacovigilancia y estamos trabajando para simplificar los procesos”.

Dolores Montero ponía como ejemplo la recopilación y gestión de datos sobre la

seguridad de los medicamentos, tratando de detectar cualquier problema nuevo o cambio de seguridad, así como el esfuerzo por la comunicación e infor-

mación a los interesados y al público general, “porque los pacientes tienen ahora el derecho de reportar efectos secundarios sospechosos directamente a sus autoridades nacionales”.

Protección contra los medicamentos falsificados

Para proteger a los pacientes de los riesgos asociados a medicamentos no autorizados o medicamentos 'falsificados', la UE introdujo estrictas normas a principios de 2013 sobre la importación de principios activos procedentes de terceros países, los controles e inspecciones. También las hay para el mantenimiento de registros mantenidos por los distribuidores al por mayor, así como la obligación de que los fabricantes y distribuidores reporten cualquier sospecha de medicamentos falsificados.

La venta de medicamentos falsificados a través de Internet también está regulada por la legislación farmacéutica de la Unión Europea. El 24 de junio de 2014, la Comisión Europea adoptó un nuevo logotipo común y ahora los Estados Miembros han de asegurar la aplicación de las disposiciones sobre este logotipo común que deben mostrar todas las farmacias con venta on line así como minoristas que legalmente operan en la UE. El logotipo ayudará a identificar los sitios web que operan legalmente y con ello se garantiza la seguridad de los productos.

Por su parte, la regulación europea sobre

En noviembre de 1990, se propuso la creación de la Agencia Europea del Medicamento, y tras un intenso debate se puso en marcha la EMEA (ahora EMA), con sede en Londres y no en Barcelona como así se había propuesto





REPORTAJE DE PORTADA

Medio siglo legislando para asegurar la mejor salud a los europeos

medicamentos huérfanos fue un motivo de orgullo para el Comisario Herman Van Rompuy, primer presidente del Consejo Europeo. Hasta la fecha, la EMA y el trabajo del comité para medicamentos huérfanos, operativo desde marzo del año 2000, han designado 1400 medicamentos

huérfanos y 111 han recibido la autorización de comercialización para el beneficio de los pacientes que sufren algunas de las llama-

das enfermedades raras. Este comité científico fue, por cierto, el primero en el mundo en aceptar como miembros permanentes a tres representantes de organizaciones de pacientes que se sumaron a los grupos de trabajo.

Los laboratorios responsables de estos medicamentos se benefician de incentivos tales como la exención de cuotas para los procedimientos reglamentarios de comercialización y también de una exclusividad en el mercado Europeo de 10 a 12 años.

Dado que sólo un número muy pequeño de la población se ve afectada por estas enfermedades, la industria farmacéutica era reacia en el pasado a invertir en I+D para buscar medicamentos en estas patologías. En respuesta a esta situación y con el fin de estimular la investigación y desarrollo de medicamentos huérfanos, en el año 2000 la UE introdujo una nueva legislación con el objetivo de ofrecer incentivos para el desarrollo de los huérfanos y otros medicamentos para enfermedades raras.

Medicamentos pediátricos

Más del 50 por ciento de los medicamentos que se usan para los niños podrían no haber sido probado para su uso en este grupo de edad específico. La falta de fármacos apropiados para esta franja de edad puede ser explicado por

el hecho de que las compañías farmacéuticas a menudo no llevan a cabo la investigación y el desarrollo necesarios para adaptar los productos medicinales a las necesidades de la población pediátrica. Esto provoca que haya profesionales de la salud que no tengan más alternativa que utilizar

procedimientos fuera de indicación, llamados "off label" por no venir su recomendación especificada en el prospecto como válida para uso en población pediátrica, con el riesgo asociado de ineficacia o de reacciones adversas.

La última legislación que rige el desarrollo y la autorización de medicamentos para uso pediátrico entró en vigor en la Unión Europea en enero del 2007. El reglamento establece un sistema de requisitos, recompensas e incentivos, que garantizan que los medicamentos son investigados, desarrollados y autorizados para satisfacer las necesidades terapéuticas de los niños. Los objetivos fundamentales del reglamento son garantizar la investigación de alta calidad en el desarrollo de medicamentos para los niños y que la mayoría de los medicamentos utilizados por los niños están específicamente autorizados para tal uso.

Ensayos clínicos

Por su parte, el reglamento de ensayos clínicos pretende crear un entorno que sea favorable para la realización de los mismos, con los más altos estándares de seguridad de los pacientes, para todos los Estados miembros de la UE. El trabajo de simplificación de las normas actuales buscaba tener un procedimiento de solicitud simplificado y un único procedi-

miento de autorización de todos los ensayos clínicos, lo que permite una evaluación rápida y exhaustiva de una aplicación por todos los Estados miembros afectados, y la garantía de un resultado de evaluación individual y autorización por cada Estado Miembro. El Reglamento entró en vigor en junio del año pasado y será de obligada aplicación en el 2016.

En cuanto a las terapias avanzadas, son productos cuya fabricación implica la transferencia de genes, las manipulaciones de las células o la ingeniería de tejidos. Estos medicamentos ofrecen esperanza para enfermedades que son una amenaza para la vida y para aquellas necesidades médicas no cubiertas como pueden ser el cáncer o los trastornos neurodegenerativos relacionadas con el envejecimiento de la población. La falta de un marco regulador de la UE durante el pasado ha dado lugar a enfoques nacionales divergentes que lo que ha producido es una obstaculización al acceso de dichas terapias por parte de los pacientes, impidiendo también con ello el crecimiento de esta industria emergente y la competitividad en un área clave como es la biotecnología.

Por ello, en el año 2007, la UE acordó un Reglamento relativo a las terapias avanzadas que fue diseñado para garantizar un alto nivel de protección de la salud pública y la libre circulación de estos productos en la UE. Des-

taca el procedimiento centralizado de autorización de marketing (llamada de comercialización) con el fin de beneficiarse de la puesta en común de conocimientos a escala europea y el acceso directo al mercado de la UE, así como también los incentivos especiales para las pequeñas y medianas empresas ■

En sus 20 años de funcionamiento, la EMA ha autorizado más de mil medicamentos de uso humano

que utilizar procedimientos fuera de indicación, llamados "off label" por no venir su recomendación especificada en el prospecto como

La última legislación que rige el desarrollo y la autorización de medicamentos para uso pediátrico entró en vigor en la Unión Europea en enero del 2007

Llevamos la **investigación** en la sangre



Los glóbulos rojos y los glóbulos blancos son esenciales para la vida. Sin embargo, en algunas ocasiones, su alteración puede causar enfermedades como las Leucemias, los Linfomas o el Mieloma Múltiple. En España, cada año se diagnostican más de 8.000 nuevos casos de estos cánceres hematológicos.

Desde hace más de 20 años, **en Janssen tenemos un firme compromiso con la hematología** aportando fármacos innovadores para ayudar al especialista en el tratamiento de enfermedades como:

- Mieloma Múltiple
- Leucemia Mieloide Aguda
- Leucemia Linfática Crónica
- Linfoma de Células del Manto
- Enfermedad de Castleman
- Macroglobulinemia de Waldenström
- Anemia asociada a quimioterapia e insuficiencia renal
- Tricoleucemia Activa

Janssen, el valor de innovar

Janssen-Cilag S.A.

janssen 





Las
sociedades
tendríamos que
autofinanciarnos,
pero hacen falta unos mimbres
que aún no tenemos

Antonio Fernández-Pro

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales
y de Familia (SEMG)

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



ENTREVISTA

Antonio Fernández-Pro

“Las sociedades tendríamos que autofinanciarnos, pero hacen falta unos mimbres que aún no tenemos”

Todos los expertos señalan el papel que debe de asumir la Atención Primaria en la Sanidad actual; y sin embargo, desde la SEMG, su actual presidente ve claro que esos discursos no se acompañan con algo que es clave: el aumento de los presupuestos. Si bien esta es una cuestión ya antigua, Antonio Fernández-Pro plantea nuevos debates, como cuál es el modelo más acertado para la recertificación de los médicos, que ve inexcusable, o cómo debería financiarse la formación continuada de los profesionales, o incluso, las propias sociedades científicas.

¿Qué retos y proyectos se plantea en esta nueva andadura como presidente de SEMG?

El primer reto que nos estamos planteando es el de la transparencia, que es algo que creo que las sociedades científicas deben empezar a asumir clara y rotundamente. Otro tema tremendamente importante es el de aumentar la calidad de la formación médica continuada, que al final es para lo que estamos. Junto con eso, el servicio a los socios que, por supuesto, también pasa por seguir manteniendo un congreso que sea el paradigma de los congresos de Atención Primaria. En esta misma línea está el caballo de batalla de la universidad, es decir, el seguir insistiendo con el tema de nuestras cátedras en el pregrado, porque nadie te elige si no te conoce. Por otra parte, trabajamos en el área de la investigación a través de nuestra fundación. Así, estamos intentando dotar de suficientes apoyos a la investigación y hemos dado mucha preponderancia al grupo MAI (Me-

todología y Apoyo a la Investigación), poniéndolo al servicio de cualquiera que llame o cualquiera que quiera publicar.

Ya que menciona la investigación, ¿hay una verdadera capacidad investigadora en Atención Primaria?

Hoy por hoy la hermana pobre de la investigación es la Atención Primaria. Hay quien cree que no puede llegar a desarrollar un nivel de investigación de cierta cualificación, pero yo estoy absolutamente en contra de esa afirmación. En Atención Primaria se puede desarrollar perfectamente cualquier investigación, siempre que tengamos los medios. Si tengo los medios tendré las capacidades; pero sin ellos, será imposible entrar en este juego. Por todo ello, desde SEMG dejamos claro en todos los foros que la investigación debe ser implícita a lo que es la Atención Primaria, y las tres sociedades que la representamos estamos en total sintonía en este tema. De hecho, ya estamos esbozando las que serían las II Jornadas de Investigación en AP.

Habla de las tres sociedades, ¿van a seguir trabajando en común, como parece que es ahora la dinámica?

Sí, ya no hay un paso atrás en esto. Creo que la tan nombrada unidad de acción ya es real, porque en temas de cierto calado siempre vamos de la mano. Sí es verdad que tenemos un abultadísimo número de médicos que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria y que, dependiendo de ámbitos laborales o sensibilidades, eligen entre una u otra. Lo importante al final es trabajar con el mismo paraguas, y en lo científico estamos siempre de acuerdo, como no puede ser de

otra manera.

Otra área en común es la formación, ¿cuáles son los objetivos a alcanzar en la formación continuada del médico de familia?

Respecto a la formación, vemos que si cualquier empresa soporta la formación continuada de sus trabajadores, en Sanidad no pasa igual. No digo que no haya



mejorado en los últimos años, que lo ha hecho, pero si nos fijamos en modelos como el de Inglaterra vemos, por ejemplo, que el sistema, en horario laboral, permite a sus trabajadores la formación. Aquí es que ni siquiera hay un trato fiscal adecuado, porque si yo me pago un libro, un curso o un congreso, no me lo puedo deducir en Hacienda a no ser que tenga algún tipo de actividad privada, y eso es algo que no se entiende. Es un camino que tenemos que empezar a andar, porque tenemos que hacer un planteamiento muy serio de lo que va a ser la formación continuada en el futuro, qué modelo que-

remos. Hoy por hoy, todos sabemos que la formación la soporta la Industria Farmacéutica, y se pone en duda la limpieza de ese tipo de colaboración; por lo que, para que no sea así, debemos trabajar con rigor, con muchísima transparencia, expresar los conflictos de intereses y que las cosas sean claras. Por otra parte, es necesario que la Administración y los sistema públicos re-

almente empiecen a facilitar la formación continuada de sus trabajadores.

Si definimos la recertificación como la capacidad de retirar una licencia de trabajo, estamos hablando de cosas muy serias

La formación va a ser un pilar fundamental en lo que será el futuro de la recertificación de los profesionales sanitarios, ¿cuál sería su modelo ideal? ¿Será una reali-

dad?

El modelo que yo planteo es muy básico y muy complicado a la vez. Si definimos la recertificación como la capacidad de retirar una licencia de trabajo, estamos hablando de cosas muy serias. Es un tema novedoso, en el que aún no tenemos mucha cultura, pero que es inexcusable. Primero tenemos que explicar bien de lo que estamos hablando, que es la caducidad de una licencia de trabajo, y hay que hacer una pedagogía tremenda para que el médico no lo viva como una agresión. No se trata tanto de destapar al no competente, como de aumentar la competencia general de la profesión. No es por tanto ni un castigo, ni un examen, sino que es un proceso que tiene un destino y en el que se van haciendo una serie de fotos fijas que muestran mi competencia profesional para el puesto que desempeño. Y hay que tener en cuenta que no es lo mismo ser jefe de un servicio de investigación que médico de urgencias en un punto de atención continuada. En definitiva, la propuesta que la SEMG pone encima de la mesa es que no se trata de poner de manifiesto la excelencia profesional del médico, sino que simplemente se trata de hacer una foto fija en cada uno de los puestos de trabajo en los que estamos desempeñando nuestra función para demostrar nuestra competencia profesional. Es algo fácil de hacer, con indicadores que se pueden medir. Lo que hay que plantear es quién lo paga, y no solo el proceso, sino la formación del médico para pasar por este proceso. Debe ser una





ENTREVISTA

Antonio Fernández-Pro

apuesta lo suficientemente barata para que lo podamos asumir. Aquí la primera pregunta a la que habría que contestar es si estamos dispuestos a autofinanciarnos que, por mi parte, creo que sería el sistema ideal. Crear una plataforma multimedia blanca, en la cual no hubiera ningún tipo de patrocinio, y que partir de ahí, el médico se financiara su formación. Otra cuestión a tener en cuenta es que cada CC.AA. va a hacer un desarrollo formativo diferente y no nos puede pasar, por ejemplo, como en el carné de conducir, que en un lugar sea más fácil que en otro.

La OMC, que conoce bastante bien, también propone su modelo, ¿qué diferencias hay entre las propuestas de la OMC y de las sociedades?

La diferencia básica es que la OMC es autosuficiente. Así, si cada médico paga entre 300 y 400 euros obligatorios al año por unos 140.000 médicos que somos, no se tiene la misma capacidad económica que en una sociedad científica, donde las cuotas más caras son de 50 euros al año.

¿Habría que replantear entonces la financiación de las sociedades científicas?

Tendríamos que autofinanciarnos, pero para eso hacen falta unos mimbres que ahora mismo no tenemos. Tenemos que cambiar nuestro propio ADN, el marco legislativo, jurídico y fiscal en el cual desenvolvemos. Por mi parte soy partidario de, por lo menos, abrir este debate y de hacerlo con todas las consecuencias. Al final estamos hablando de dinero, de mucho dinero, que es lo que supone el coste de la formación médica continuada; un coste que ha soportado hasta ahora la industria farmacéutica. De lo que estamos hablando es de la posibilidad de cambiar este modelo, y para cambiarlo lo que

hace falta es eso, dinero. Por otra parte, no digo que tenga que mantenerse la perpetuidad de todas las sociedades, porque en ese discurso ni entro ni creo. Hay entidades que en un momento son útiles para la sociedad y en otros momentos dejan de serlo, desaparecen y no pasa nada. Por eso debe ser un debate amplio, limpio y sensato, además de realista.

Hablando de presupuestos para las sociedades, centrémonos en los presupuestos de su especialidad, ¿cómo va a trabajar para conseguir ese antiguo y ansiado aumento del presupuesto de Atención Primaria?

Ha habido un cambio, y hay que entender que vivimos una mala época, por lo que hay que ser razonables y coherentes. Estamos ante unas elecciones generales y un posicionamiento de ruptura con el Ministerio por parte de FACME, que es el paraguas que nos acoge a todas las sociedades científicas; no en vano le estamos reclamando a la Administración que no está cumpliendo lo pactado. Y lo pactado al final es muy simple, el tener presupuestos suficientes e iguales para todos los españoles, y además finalistas. El día que consigamos que los presupuestos para la Sanidad sean finalistas, otro gallo nos cantará. Lo que tampoco puede ser es que cada sistema de salud se divida en pequeños reinos de taifas, lo que tiene que haber es una cartera de servicios suficiente y potente que sea igual para todos los españoles, y a partir de ahí que cada Comunidad se rompa la cabeza pensando cómo quiere hacer sus carteras suplementarias.

¿Han supuesto las estrategias de crónicos un aumento del papel de la Primaria en el SNS, o es una idea más de la teoría que de la práctica?

Al político gestor se le llena la boca siempre que habla de la Atención Primaria. Ideas como que la Atención Primaria debe ser el eje del sistema, o la puerta de entrada al SNS, etc., no van paralelas al apoyo presupuestario. Si realmente queremos una puerta de entrada de calidad necesitamos los recursos suficientes para ello; sin embargo, vemos como de una forma, casi escandalosa, vamos bajando los presupuestos año a año. Simplemente hay que analizar lo que está pasando realmente en cada CC.AA. y los programas de crónicos que se están implementando en diferentes sitios. Al final, aunque la mona se vista de seda, mona se queda. Estamos haciendo lo mismo, cambiando nombres, pero no cambiando formatos. El que lo ha abordado seriamente es el País Vasco, y la diferencia con los demás es algo tan obvio como los presupuestos. En los últimos años, el País Vasco ha bajado los presupuestos en global solo un tres por ciento, que ha sido el sueldo de los profesionales, y eso se nota en los programas. Porque para hacer realmente un

Le estamos reclamando a la Administración que cumpla lo pactado: tener presupuestos suficientes e iguales para todos los españoles, y además finalistas

programa de crónicos hay que olvidar el cortoplacismo, y fijarnos en una de las claves, que es el tiempo médico. Es decir, el tiempo que el médico necesita para dedicarse a estas otras funcio-

nes, y actualmente es cero.

¿Y no ha ayudado la receta electrónica a mejorar ese tiempo médico?

La receta electrónica ha servido y es mejorable, pero lo que no podemos hacer es 17 recetas electrónicas y que aun tengamos el problema de que una receta de Illescas no valga en Getafe. Tenemos que

empezar a poner un poco de sensatez, aunque sea complicado a nivel político. Eso se solventa contando con gestores profesionales, no con gestores de perfil político, que sean capaces de ver claras las estrategias. En el fondo, lo cierto es que si no cambiamos las formas de hacer las cosas, tampoco vamos a cambiar los resultados.

Hablando de recetas, ¿qué opina de la prescripción enfermera?

En esto hay que entender que una receta viene tras un proceso deductivo que tiene su complejidad, aunque en la rutina laboral esté automatizado. No es un hecho aislado, viene después de una exploración, unas pruebas complementarias y un diagnóstico. Me da igual quién recete, no es un problema de competencias profesionales, pero debe de tener el conocimiento y las competencias necesarias en todo el proceso. Otra cosa es el manejo de ciertos fármacos, como insulinas, analgesias, etc., que ya veníamos manejando conjuntamente. Pero al final lo que hay que entender es que la seguridad del paciente está en el conocimiento y la competencia profesional; si al personal de Enfermería se le amplían esas competencias no hay problema, pero tendrán primero que verse reconocidas esas competencias profesionales.

En la prescripción parece que también interfiere lo económico. Pese a todas las medidas, las últimas cifras muestran que ha aumentado el gasto farmacéutico, ¿sigue el médico presionado a la hora de prescribir?

Sí, sigue y seguirá. El mensaje de los gestores es que las áreas de mejora son muy amplias, pero de lo que no se está dando cuenta el gestor es de que está limitando las capacidades de prescripción al médico y al ciudadano de ciertos fármacos que son novedosos.

¿Como por ejemplo los NACOS?

Sí, es un caso que siempre cito. No es ló-



gico que en unas comunidades se pueda prescribir por el médico de familia y en otras no. Aunque actualmente creo que de las 17 en 14 ya es posible, siguen existiendo algunas que no. Estoy de acuerdo en que hay que hacer una buena política de gestión y de gastos evitables, pero hemos llegado a un límite en el que se está impidiendo hacer una prescripción de fármacos que están aprobados.

También relacionado con la prescripción, ¿qué medidas son las que propondría para mejorar las cifras de adherencia a los tratamientos?

Es una de las áreas que nos complica la vida día a día, aunque es precisamente uno de los casos en los que sí ha habido mejoras gracias a la receta electrónica. Hay fármacos que tienes prescritos que

ahora puedes consultar en el sistema, y ves que no han sido retirados de la farmacia. Es un tema en el que el farmacéutico, por ejemplo, sí que tiene mucho que hablar porque tiene un papel básico. Necesitamos comunicación, que el farmacéutico pueda explicar que no se están retirando esos fármacos y que podamos coordinarnos en los tratamientos. Hay que tener en cuenta también que el paciente es cada vez más mayor, y llegamos a edades en las que hay que cuestionarse si es capaz de autogestionar su medicación, que yo lo dudo. Más si entramos a valorar cuestiones que no dependen de nosotros, como es la bioapariencia, y ese es otro problema que tenemos que analizar. Ante todo esto, seguro que los profesionales tenemos que hacer autocrítica en muchas cosas, pero seguramente el político también ■





La
excelencia
no es un objetivo ambicioso,
es el
objetivo deseable



Manel Santiñà

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y de la Fundación Española de Calidad Asistencial

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cosials



ENTREVISTA Manel Santiñà

“La excelencia no es un objetivo ambicioso, es el objetivo deseable”

¿Cuál es el estado de la calidad asistencial en España?

Buena, a tenor de los datos que periódicamente va publicando el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) recogidos a través del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Los últimos datos publicados, referidos al año 2014, muestran que el 88 por ciento de la ciudadanía considera buena o muy buena la atención recibida en la Atención Primaria, y el 84 por ciento lo considera en relación a la atención hospitalaria. Aunque es mejorable, pues el grado de satisfacción que manifiestan está en una media de 7,35 sobre 10 cuando opinan sobre la asistencia primaria y de 6,77 sobre 10 cuando lo hacen sobre la asistencia hospitalaria.

¿Qué aspectos positivos tiene?

La excelencia de los profesionales que trabajan en el SNS permite mantener ese buen nivel de calidad reflejado en los indicadores que se monitorizan a través del Sistema de Información Sanitaria, que permiten reducir la morbimortalidad de la población. Ejemplos hay muchos, por poner alguno: la puesta en marcha del código infarto o el código ictus, el programa de trasplantes de órganos, los programas de cribado poblacionales, los programas de prevención y control de la hipertensión, hiperlipidemias, diabetes... Otro aspecto relevante es la cada vez más decidida participación de los ciudadanos en los programas de salud a través de las asociaciones de pacientes que permiten mejorar aspectos comunicativos y de alfabetización en salud.

¿Qué áreas de mejora existen?

La comunicación con el paciente es un área de mejora, principalmente en lo relativo a



su participación en las decisiones sobre su problema de salud y sobre el tratamiento que debe seguir, pues solo el 73,9 por ciento de la población considera que su nivel de participación ha sido el deseado, según los datos publicados por el Barómetro Sanitario del MSSSI y referidos al año 2014.

¿Es similar en todo el SNS?

En este aspecto hay diferencias entre comunidades autónomas. Así Navarra alcanza el 92,8 por ciento en este punto, Cataluña el 79,2 por ciento, Castilla La Mancha el 78,1 por ciento, mientras que en otras como Cantabria solo se alcanza el 58,7 por ciento, Astu-

rias el 63,3 por ciento, País Vasco el 68,4 por ciento. Por tanto hay una importante variabilidad entre comunidades. Sin duda, este es un aspecto que, en general, hay que mejorar.

¿Es comparable la calidad asistencial española a países de nuestro entorno?, ¿y a nivel mundial?

Sin duda, la calidad asistencial española es de las más altas del mundo, como demuestran los datos sobre la salud de los ciudadanos de la Unión Europea (UE) que se publican periódicamente; así la esperanza de vida en España es de 82,3 años, siendo junto con Italia los dos únicos países de la

UE que superan los 82 años. Y los años de vida saludables, que es otro indicador sanitario que se maneja al comparar los países de la UE, muestran los últimos datos publicados que en España es de 65,3 años en hombres (la media de la UE es 61,8) y de 65,8 años en mujeres (la media de la UE es 62,2). Solo nos superan Suecia, Malta, Grecia, Irlanda y Luxemburgo.

¿Hasta qué punto ha perjudicado la crisis económica a la calidad asistencial que se ofrece? ¿Ha sido por igual o ha afectado más a algunas comunidades autónomas que a otras? ¿Es posible, como propugnan algunos políticos, “hacer más con menos”?

Para responder a estas preguntas hay que mirar la evolución de los últimos años de los indicadores de funcionamiento del SNS que publica el MSSSI: en ellos no se observa que la crisis haya empeorado, en general, la calidad de los servicios sanitarios que se prestan a la población ni que ésta se manifieste globalmente mal atendida, pero sí que hay algunos indicadores que

no han evolucionado positivamente, principalmente los referidos a los tiempos de espera para ser atendidos. Sin duda es ahí donde se refleja mayormente el efecto de los ajustes presupuestarios. La frase “hacer más con menos” que se utiliza, viene a referirse a que hay que

hacer más eficientes los servicios sanitarios, pues los recursos son limitados y están condicionados por el presupuesto que se decide dedicar a los mismos, que siempre tiene y tendrá un tope. Por tanto, hay que gastar con eficiencia cada euro que se dedica al sector salud. Trabajar con eficiencia siempre es deseable, pero una vez maximizada la eficiencia y viendo la evolución de determinados indicadores,

Trabajar con eficiencia siempre es deseable, pero una vez maximizada la eficiencia y viendo la evolución de determinados indicadores quizás tocaría realizar otros planteamientos para mejorar la situación

como es el caso del de los tiempos de espera, quizás tocaría realizar otros planteamientos para mejorar esta situación, como de hecho ya se ha empezado a realizar, poniendo, por ejemplo, un tiempo máximo para ser intervenido de unas determinadas patologías.

Llegar a la excelencia es un objetivo ambicioso pero, ¿es realista?

La excelencia es un deseo, un concepto al cuál tenemos que dirigirnos en aras de la mejora. No es un objetivo ambicioso, sino que es el objetivo deseable, aunque en calidad hablamos de mejora continua por lo que siempre se pueden hacer las cosas mejor. La excelencia es difícil de conseguir, difícil de mantener y difícil de alcanzar en todas las dimensiones de la cali-

dad y en todos los servicios que prestamos los servicios sanitarios.

¿Mejora la calidad con el *benchmarking*?

El *benchmarking* ha demostrado ser un buen instrumento para la mejora de la calidad asistencial, al buscar

las mejores prácticas para aprender de ellas y aplicarlas en el conjunto del SNS.

¿Ha supuesto modificaciones en la calidad asistencial el cambio de rol del paciente, ahora que está más informado?

Está suponiendo principalmente modificaciones en el modelo de relación que se

establece entre paciente y profesional sanitario, que sobre todo implica una mejora en la manera en que ambos se comunican.

De hecho, como se puede ver en los indicadores del barómetro sanitario del MSSSI, los ciudadanos están pidiendo más protagonismo en las decisiones sobre su salud.

¿Hasta qué punto es enriquecedor –y complicado– manejar equipos multidisciplinares para mejorar la calidad asistencial?

La calidad es cosa de todos, con lo cual es condición sine qua non trabajar con equipos multidisciplinares. Ello conlleva las dificultades propias del trabajo en equipo, lo cual requiere saber realizar una buena conducción del mismo, una excelente comunicación y tener muy bien definidos y consensuados los objetivos a conseguir.

Vivimos en la era de los datos y supongo que contarán con infinidad de ellos. ¿Es complicado manejarlos y saber cuáles son útiles y cuáles no? ¿y cuáles pueden servir como elemento de comparación y mejora?

Los árboles o las ramas de los árboles no nos han de impedir ver el bosque. Para ello hay que tener bien definido qué queremos conocer y qué información vamos a buscar, de lo contrario nos perdemos, tanta es la información actualmente disponible. También es importante conocer cuáles son las fuentes de datos fiables. Habitualmente, en calidad, definimos primero los datos (indicadores) de calidad que queremos conocer para evaluar un determinado servicio y luego recogemos o buscamos la información, con lo cual es relativamente más sencillo manejar aquellos datos que son útiles para mejorar la



ENTREVISTA Manel Santiñà

asistencia que ofrecemos a los pacientes y para compararnos con otros centros.

¿Qué objetivos tiene la Sociedad Española de Calidad Asistencial?

La difusión de la cultura de calidad es el principal objetivo de nuestra sociedad. Nuestros esfuerzos se dirigen a convencer y comprometer a los profesionales de todas las especialidades, a las sociedades científicas, a los colegios y todo tipo de organizaciones profesionales, de forma que incorporen a su quehacer diario los conocimientos de mejora de la calidad y sean capaces de trasladarlos al paciente. Nuestro objetivo también es trabajar con políticos y gestores, sin cuyo compromiso no es posible la implantación de programas de calidad duraderos en los centros sanitarios. El segundo gran objetivo es la consolidación de una estructura territorial que permita la difusión de la cultura de calidad. Se trata de que, allá donde exista masa crítica suficiente, se establezcan sociedades autonómicas o regionales que faciliten, por la proximidad geográfica, el compartir conocimientos y trabajar en ámbitos de mejora de la asistencia, integrando el mayor número de profesionales. Ello debemos hacerlo compatible con una estructura que a nivel de todo el Estado nos permita ir más allá de lo que podríamos cada uno por separado. En tercer lugar es necesario mantener el rigor metodológico. Le corresponde a la SECA y a cada uno de sus miembros mantener una línea de rigor científico y promover una metodología de trabajo adecuada.

¿Cuáles son las principales actividades que realizan?

Nuestras principales actividades se articulan en cinco ámbitos: en primer lugar, favorecer el intercambio de información y

experiencias en todos los aspectos relacionados con la gestión de la calidad. También promovemos el debate sobre los problemas relacionados con la calidad asistencial y las medidas a adoptar para solucionarlos y promocionamos y orientamos la investigación en materia de gestión de la calidad. Por otro lado, elaboramos proyectos, estudios, informes o cualquier tipo de aportación científica en este ámbito, a iniciativa propia o por encargo o colaboración con otras entidades. Por último, organizamos actividades de carácter profesional, de investigación, formativas, culturales o asistenciales en el ámbito de la calidad asistencial, de forma individual o en colaboración con las administraciones públicas, centros de salud, hospitales, colegios profesionales, universidades, sociedades científicas y cualquier entidad pública o privada.

Acaban de celebrar en Gijón su 33º congreso, ¿qué balance se puede realizar?

El balance es francamente positivo a tenor de los resultados obtenidos en las encuestas de opinión que recogemos al final de cada congreso. Los temas principales que se han tratado han gustado a los congresistas, como los sistemas de gobernanza para mejorar la atención a los pacientes crónicos, la historia clínica electrónica y la seguridad del paciente y qué dejar de hacer: reducir la utilización de intervenciones innecesarias. La participación de los congresistas ha sido extensa, con más de trescientas comunicaciones orales y otras tantas en formato póster. Y la organización ha sido espléndida.

¿Qué retos se plantea en su presidencia?

Varios, que se pueden resumir en estos tres: el primero es dar continuidad al buen trabajo realizado en estos 33 años de historia de SECA por los diferentes compañeros que han liderado y participado en las diferentes Juntas Directivas de SECA. Ellos han permitido que nuestra sociedad esté plenamente reconocida por las otras sociedades científicas sanitarias, por las diferentes Consejerías de Salud autonómicas y por el Ministerio de Sanidad. Lo que estamos haciendo bien hay que continuar haciéndolo mejor. En segundo lugar, mejorar aquellos aspectos en que hay que hacerlo, porque el entorno sanitario es cambiante, aparecen nuevos retos y nuevas situaciones en el ámbito de la salud y en todos los ámbitos, que debe conllevar la incorporación de nuevas líneas de trabajo de SECA o cambios en alguna de las que ahora tenemos en marcha, todo ello haciéndolo desde el trabajo en equipo y el consenso entre todos los miembros de la Junta Directiva de SECA. Hay que analizar lo que debemos mejorar, ver cómo lo tenemos que hacer y poner en práctica las acciones de mejora. Y, en tercer lugar, ser capaces de poder hacer cada año o cada

El entorno sanitario es cambiante, aparecen nuevos retos y nuevas situaciones en el ámbito de la salud y en todos los ámbitos

avanzar y mejorar en aquello que sea necesario. Los sistemas de salud más avanzados mejoran a partir de la información objetiva, de compartir reflexiones entre los diferentes actores del sistema, de la discusión abierta y positiva que posibilita el acuerdo en aquellos puntos a mejorar y a desarrollar. SECA quiere continuar aportando su granito de arena a la mejora de la calidad asistencial en España ■

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

EQUIPO

Médicos

Farmacia

Enfermería

Taller

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo



¿Adaptar o transformar el Sistema Nacional de Salud?

Las VIII Jornadas Nacionales de SEDISA han reunido a expertos para debatir qué cambios son necesarios hacer dentro del SNS en materias como la gestión de la innovación o conseguir una mayor colaboración entre organizaciones, basada en la transparencia, pero a la vez conservar las garantías y virtudes que tiene nuestro sistema sanitario, como la universalidad y la gratuidad de las prestaciones.

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | SEDISA



San Sebastián ha sido la sede de las VIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), celebradas el pasado octubre con la colaboración de Osakidetza bajo el lema “¿Qué hacer con nuestro sistema de salud? ¿Adaptar o transformar?”. Y es que, gran parte del debate se ha centrado en la idea de mejorar el actual sistema sanitario para hacerlo sostenible, pero sin modificar los aspectos positivos que hacen de la Sanidad española una de las más elogiadas a nivel internacional.

La incorporación de la innovación terapéutica en la práctica clínica habitual, de forma rápida y equitativa, es uno de los retos más importantes de la gestión sanitaria actual

A dicho encuentro asistían alrededor de 400 profesionales de la gestión sanitaria, superando en cifras a jornadas anteriores, y también alumnos del Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de la Salud, organizado por SEDISA en colaboración con la Escuela de Postgrado de la Universidad Europea; y profesionales del mundo académico-universitario en general. En este sentido, las Jornadas Nacionales de SEDISA se pusieron como objetivo la actualización y formación de los profesionales de la gestión sanitaria, que son la base de la profesionalización.

Inauguró el evento el viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, Guillermo Viñegra García, que ya adelantaba que los temas más importantes de las mismas se centrarían en cómo gestionar la innovación y garantizar al mismo tiempo la sostenibilidad, además de en la coordinación y colaboración entre organizaciones sanitarias.

Reformar el sistema o adaptarse

Jon Guajardo, gerente de la OSI Barrualde Galdakao y organizador de este encuentro, explicaba a la Revista EL MÉDICO que el título de estas jornadas nacía

de “una preocupación importante por parte de los gestores directivos de la salud, pero también de otros actores, como puedan ser los planificadores más políticos, por ver cómo podemos mantener este sistema de salud”. Así, en este foro “uno de los aspectos que más relevancia tuvo, y que intentamos trasladar a las mesas, fue qué es lo que podemos

cambiar de nosotros mismos para hacer que el sistema funcione mejor, que sea más eficiente, que sea más eficaz, y en ese sentido se abordaron experiencias tanto de Osakidetza como de otras CC.AA. Es decir, cómo podemos compartir nuestros propios recursos y gestionarlos de manera diferente”.

Bajo esta premisa se situaba el debate de si el camino a tomar era adaptar el modelo a las circunstancias, como ha ocurrido durante la crisis económica, o de “si tenemos que buscar un cambio más radical y transformador del modelo”; llegando a la conclusión de que “necesitamos caminar en los dos sentidos. Por una parte tenemos que ir haciendo adaptaciones progresivas, transformando el modelo que tenemos en un modelo colaborativo, más eficiente, en un modelo más de mostrar resultados en salud. Pero también debemos garantizar lo que ya tenemos en positivo, como la universalidad y la gratuidad de las prestaciones”.

En este sentido, Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, hacía hincapié en que, pese al panorama de cambio político importante en el que nos encontramos, sería importante optar por modificaciones que ayuden a “implementar una forma de gestionar los procesos asistenciales para aportar resultados en salud, ser eficientes y fomentar la calidad profesionalizada y transparente, independientemente del partido político

que gobierne, como una prioridad para todas las Comunidades Autónomas”.

Por todo ello, Joan Guajardo insistía en que otro de los retos es afrontar estos cambios en el seno de organizaciones públicas que, como se evidenciaba a lo largo de las jornadas, son organizaciones mucho menos flexibles y más lentas a la hora de afrontar los cambios. “Estamos en un marco público que nos limita a veces las posibilidades de compra, las relaciones con los profesionales etc. Es un marco que, sobre todo en el ámbito de gestión del personal, supone una gestión diferente a cómo se puede hacer en una entidad más privada, por lo que en ocasiones se entretienen los procesos por temas burocráticos. Pero aunque es un marco rígido, también hay que destacar que se puede hacer más de lo que hacemos con las herramientas que ya tenemos”.

Gestión de la innovación

Uno de esos cambios y de mejoras del sistema, en opinión de Jon Guajardo, es aclarar “qué hacemos con la innovación que nos llega y cómo la podemos incorporar a nuestras organizaciones y a nuestros pacientes, teniendo en cuenta que cada vez esas innovaciones son más caras, sean tecnologías o nuevos fármacos”. Este fue otro de los temas que centró las mesas de debate. No en vano, la incorporación de la innovación terapéutica en la práctica clínica habitual, de forma rápida y equitativa, es uno de los retos más importantes de la gestión sanitaria actual y precisa de estrategias coordinadas a largo plazo que puedan garantizar la sostenibilidad del sistema sin renunciar a la incorporación de los nuevos tratamientos. Para ello, según Joaquín Estévez, “se debe desinvertir en lo poco útil, en lo ineficiente y en lo innecesario, con el fin de disponer de los recursos financieros que se necesitan para garantizar el acceso a las innovaciones farmacológica de forma equitativa, así como buscar

fórmulas de gestión innovadoras adaptadas a la realidad actual e incorporar acuerdos de riesgo compartido centrados en resultados”.

La cuestión es que la innovación supone un reto importante, no solo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista de la propia gestión. En esta línea, en los últimos años, la gestión clínica ha cobrado un gran papel en el objetivo de combinar eficiencia y calidad asistencial en pro de ofrecer a los ciudadanos la mejor atención sanitaria.

“La gestión clínica implica a políticos, directivos y profesionales de la Sanidad. Así que se trata de establecer un sistema que facilite la participación de los clínicos en la mejora sistemática de la eficiencia, mediante el desarrollo de prácticas de gestión adecuadas”, explicaba durante su intervención Joaquín Estévez.

Otro de los participantes de la jornada que se centraba en hablar de innovación era Lluís Blanch, director de Investigación e Innovación en la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, que refería que “la innovación tiene una tremenda importancia en los resultados en salud, la sostenibilidad y la eficiencia”. Y es que, para este experto, la innovación favorece la “transformación de ideas en productos útiles para mejorar la salud de los pacientes, que a su vez proporcionen retornos al hospital”.

Blanch explicaba asimismo que cuando se habla de innovación dentro de un hospital, se hace referencia a profesionales que tienen ideas, de cómo estas se analizan, cómo se construye una relación con las empresas, qué marco legal ha de existir, etc. Por lo tanto, abogaba en este foro por que en los

hospitales existan o se creen Unidades de Innovación. “Los departamentos de innovación están formados por un tipo de perfiles que ayudan a los profesionales sanitarios que tienen la idea (nuevo tratamiento, aplicación, equipo médico, etc.) a que la puedan llevar a término. Estos equipos habitualmente han de estar en las Unidades de Innovación”, agregaba.

El futuro pasa por una mejor coordinación entre todos los agentes sanitarios para hacer que el paciente sea el verdadero eje del sistema

instituciones. “Nuestro país está tomando conciencia, pero nos falta apoyo firme de las administraciones y de los gerentes de hospital, y un marco legal que permita, dentro de la transparencia y la legalidad, ser más competitivos y correr ciertos riesgos en cuanto a inversión de proyectos, gestión de patentes o fondos de inversión de fondos públicos”.

La alianza de las organizaciones por el cambio

Más allá de cómo innovamos, otra de las ideas que circulaba en las mesas de este encuentro era plantearse cómo debemos aliarnos para cambiar; y es que está claro que el futuro pasa por una mejor coordinación entre todos los agentes sanitarios para hacer que el paciente sea el verdadero eje del sistema, y no que circule perdido dentro del mismo. Al preguntar a Jon Guajardo si esta coordinación debe hacerse a todos los niveles administrativos, incluyendo las propias

Comunidades Autónomas, el experto respondía que durante las jornadas “se ha hablado más de propuestas de integración de niveles, es decir, entre Atención Primaria y Hospitalaria, o entre distintas organizaciones que avancen hacia lo sociosanitario, pero también se trabaja entre autonomías, sobre todo entre comunidades limítrofes”.

A este respecto, dentro del debate, Manuel Huerta, director gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir de Sevilla, apuntaba que “las organizaciones están obligadas a aliarse. Se trata de un camino sin retorno en el que es imposible seguir avanzando si cada institución abarca todo de forma aislada”; añadiendo que “lo que debemos hacer ahora es ver de qué manera se producen estas alianzas para que sean algo útil”.

Tomando como ejemplo Andalucía, este experto indicaba que existen iniciativas al respecto ya instauradas y con resultados desde hace años. “Es el caso de las unidades de gestión clínica, con un

Aunque es importante trabajar por innovar procesos y crear acciones conjuntas, estos cambios deben ser evaluados, porque de nada sirve cambiar si no sabemos si lo estamos haciendo para mejor

funcionamiento transversal, intercentros, laboratorios centrales, plataformas de compra centralizada y área de diagnóstico por imágenes, que hace posible que los radiólogos puedan estudiar cualquier prueba realizada independientemente

del centro en el que se haya realizado”.

Un cambio con mayor transparencia

Aunque es importante trabajar por innovar procesos y crear acciones conjuntas, estos cambios deben ser evaluados, porque de nada sirve cambiar si no sabemos

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

si lo estamos haciendo para mejor. Por ello, en este nuevo paradigma que exige más evaluación a las nuevas iniciativas, también se pide una mayor transparencia para tener datos objetivos que sirvan además para comparar. “La transparencia es una necesidad que la sociedad va a reclamar”, insistía a EL MÉDICO Jon Guajardo. De hecho, explicaba, “en cuanto a la transparencia de resultados en salud de las organizaciones sanitarias, tenemos que avanzar en que la información que generamos y gestionamos sea una información cada vez más transparente. Algunas comunidades están haciendo avances en este sentido, para mejorar nuestras organizaciones”.

Pero la transparencia no pasa solo por las organizaciones, sino también por los agentes. Así, algunos organismos, como Farmaindustria, o sociedades científicas, como las representantes de los médicos de Atención Primaria, ya se han mostrado por la labor de crear portales de transparencia de su propia actividad. En esta línea, Guajardo explicaba que “el movimiento social está llevando a analizar la transparencia desde todos los prismas”; y en el caso concreto de SEDISA, “ya somos una sociedad transparente, que no pecamos de oscurantismo y que nuestras cuentas son públicas, que es como deben ser las sociedades”.

Asimismo, el presidente de SEDISA mataba que en cuestión de la propia gestión sanitaria “la despolitización de la gestión y la transparencia son prioritarias, de forma que el perfil de directivo debe establecerse como el de un profesional de la

gestión, un cargo sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva”. Esto conlleva la definición y evaluación de objetivos evaluables, lo que supone medir resultados y compararlos. Y es que, si bien en la actualidad en España se miden los resultados, Jon Guajardo insistía en que “medimos con poca transparencia y solo aquellos factores relacionados con la actividad realizada y el coste que supone dicha actividad, pero no se analiza de forma estandarizada si lo que estamos haciendo tiene resultados en salud y si

son los resultados a los que queríamos llegar”. Esta situación responde, asimismo, a la falta de indicadores de salud que deberían estar basados en unos objetivos concretos que, junto al modelo sanitario, deben evolucionar.

Profesionalización de la gestión

Joaquín Estévez aprovechaba igualmente este foro para insistir una vez más en la necesidad de avanzar en la profesionalización directiva, reivindicación que parece que comienza a tener calado en algunas autonomías, como es el caso de la Comunidad de Madrid, en la que el consejero de Sanidad, Jesús Sánchez Martos, ya ha anunciado que piensa poner en marcha “una ley para la que nos hemos dado de plazo hasta el 15 de marzo”, tras la cual “se acabó el dedo y comienza la profesionalización con formación”. Precisamente Estévez explicaba que “la profesionalización parte de una formación y acreditación

académicas y de la acreditación laboral en base a la experiencia. Se deben adquirir conocimientos técnicos, habilidades directivas y actitudes que se sustenten en habilidades sociales, tolerancia y flexibilidad, así como de competencias tales como liderazgo, trabajo en equipo, integridad, ética, comunicación, dirección y desarrollo de personas, orientación a resultados y al cliente interno, entre otras”. Además, se deben establecer tramos de experiencia, en razón a la complejidad de las instituciones sanitarias, “a través de los que se llevara a cabo una acreditación laboral realizada por las organizaciones sanitarias reconocidas en el Sistema Nacional de Salud, tras el ejercicio de un puesto de dirección”.

El presidente de SEDISA hacía hincapié en el papel que para ello juegan los directivos de la salud. El sistema sanitario “debe contar con directivos con la necesaria cualificación profesional en gestión de centros y procesos sanitarios”, pues la gestión sanitaria se enfrenta a importantes encrucijadas, con la eficiencia y la excelencia como referentes, en el camino a seguir en las decisiones a tomar. “Este contexto obliga a todos los actores implicados a llegar a consensos, aportar soluciones y tomar medidas apoyados en una gestión profesional e innovadora, en busca de la mejora de los resultados en salud”, concluía Joaquín Estévez ■

El perfil de directivo debe establecerse como el de un profesional de la gestión, un cargo sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva

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





Estrategia de
Calidad de los
Cuidados de
Atención Primaria

Presentación

2
DERAR
on, inspiración
tegridad

Confianza
empresario
competencia
de calidad
Cuidados

ESTRATEGIA DE CALIDAD DE
LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA
Competencia, compromiso, confianza

Se pueden mejorar las cosas
potenciando
el
capital
humano
con el que ya contamos

La Estrategia de Calidad de los Cuidados de la Comunidad de Madrid pretende mejorar la asistencia sanitaria a través de estrategias innovadoras que surgen del propio personal sanitario. Si bien es una carrera de fondo, durante su primer año de rodaje ya ha dado resultados, como su implementación en todos los centros de salud o la creación de materiales propios.

Juana Mateos Rodilla

Directora enfermera de Procesos y Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Juana Mateos Rodilla

“Se pueden mejorar las cosas potenciando el capital humano con el que ya contamos”

Parece que estamos obsesionados con las cuestiones económicas y de gestión en materia de Sanidad, ¿pero se sigue apostando también por la calidad?

La calidad sigue importando y va unida al tema económico, porque una de las dimensiones de la calidad es la eficiencia, es decir, dar los mejores servicios con el coste más óptimo, teniendo en cuenta que somos una administración pública. Hay que dar cada vez mejores servicios, y eso incluye usar de manera adecuada los recursos que tenemos.

En este contexto, ¿por qué se decide diseñar la Estrategia de Calidad de los Cuidados de la Comunidad de Madrid?

En estas últimas décadas estamos asistiendo a una transformación progresiva de la sociedad, de sus expectativas y necesidades, así como a la presencia de profundos cambios demográficos y sociales que perfilan nuevos escenarios y dan lugar a nuevas prioridades y áreas de actuación desde las que atender más adecuadamente a las necesidades emergentes de la sociedad. Todo ello nos conduce a orientar nuestra mirada hacia áreas que aportan valor y respondan a las necesidades de nuestros ciudadanos y de nuestras ciudadanas. Entre ellas, se encuentra, evidentemente, la orientación hacia los cuidados. En este contexto se enmarca la “Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria”. Queremos que los ciudadanos y ciudadanas perciban que las enfermeras y los enfermeros de Atención Primaria son sus profesionales de referencia, que contribuyen a mejorar su salud, su vida y bienestar y que les proporcionan cui-

dados de calidad: efectivos, accesibles, seguros, a tiempo.

¿Cuál es su objetivo? ¿Podría concretar un poco su contenido?

La Estrategia de Calidad de los Cuidados define los caminos para mejorar los cuidados enfermeros en los centros de salud. Es la hoja de ruta que recoge las actuaciones a acometer en los próximos años, puesto que se enmarca en el periodo 2014-2018. Lo que hacemos en la estrategia es definir como queremos que sea la calidad de los cuidados que prestan las enfermeras en los centros de salud. Para ello, hemos cogido los ocho principios fundamentales de la excelencia del modelo europeo de calidad, y así hemos traza-

do cada camino. El primer punto está centrado en los ciudadanos, en los pacientes, marcando lo que queremos hacer en estos cuatro años para mejorar la atención de los pacientes. El segundo camino habla del liderazgo, de las responsables de enfermería, es decir, los mandos intermedios en el centro de salud. El camino tres va a dedicado a mejorar la competencia de las enfermeras, para lo que hemos diseñado unos planes de desarrollo y de formación. El cuarto punto se centra en desarrollar la capacidad de la organización, que tiene que ver con los recursos para cuidar y con las alianzas. El quinto va dirigido a los procesos, al proceso enfermero, las actividades en los centros, etc. El sexto, por tanto, se basa en los resultados, en cómo vamos a evaluar el



avance, qué indicadores tenemos, cómo va a ser el cuadro de mano. El séptimo punto trata sobre la investigación y la innovación, cómo vamos a favorecer la creatividad y la innovación en los cuidados. Por último, está el octavo punto que es el de contribuir a un futuro sostenible, es decir, centrarnos en la responsabilidad social corporativa, en la que también hay un compromiso de gestión medioambiental con la eliminación de los residuos y en el uso eficiente de los recursos.

¿Quién interviene en la misma? ¿Involucra solo a las enfermeras o también otros profesionales sanitarios?

Hemos creado una estructura organizativa en red para que participen y se impli-

quen los profesionales. Existe la Comisión Central de Calidad de los Cuidados, constituida por 23 enfermeras asistenciales, gestoras y técnicos y siete comisiones locales de cuidados, presididas por las directoras asistenciales enfermeras, donde participan 262 responsables de Enfermería de los centros de salud. Estas profesionales, en su papel de líderes y gestoras de los cuidados en los centros de salud, facilitan que las enfermeras y enfermeros de los centros participen de las acciones y de los proyectos a desarrollar. Pero sí, también involucra a otros profesionales, y de hecho ha habido participación de los directivos y del resto de profesionales en el análisis de situación. Realizamos un estudio utilizando una metodología Delphi, para describir las expectativas de los profesionales y directivos en relación a los servicios que presta la enfermera/el enfermero en Atención Primaria.

¿Qué más destacaría?

Destacaría igualmente que es fundamental la participación del director o directora del centro para la comunicación, el despliegue y evaluación de

las acciones a realizar. No hay que perder de vista también que muchos de los proyectos van a repercutir también en el médico de familia o en el pediatra, ya que si mejoramos la accesibilidad a las consultas de Enfermería esto repercute en otros profesionales al compartir coordinadamente la atención de los ciudadanos.

Ya que menciona la participación de los directores de centro, ¿qué se pro-

pone concretamente para mejorar la capacidad de organización?

Para mejorar la capacidad de la organización se propone cuidar la tecnología del cuidado cotidiano y terapéutico. Es decir, el uso apropiado del aparataje, del material sanitario y de las tecnologías de la información y la comunicación. Se propone también cuidar en alianza con los profesionales de otros ámbitos asistenciales y con otros agentes de la salud externos a nuestra organización.

También hablan en esta estrategia de la importancia de mejorar el compromiso de los profesionales, ¿cómo se consigue eso en un tiempo de recortes y mayor presión laboral?

El compromiso de las personas se mejora con metas inspiradoras y motivantes.

Cuidar el liderazgo de los responsables de Enfermería y marcar metas que merezcan la pena, inspiradoras y motivantes, ayuda a mejorar el compromiso de los profesionales

Esta estrategia propone metas que compartimos y que merecen la pena: cómo aumentar la visibilidad de las enfermeras y enfermeros de los centros de salud, cómo reconocer nuestra aportación a la salud de los ciudadanos, siendo referentes de sus cuidados, etc. Facilita centrarnos en lo mejor, en ser líderes de nuestro propio trabajo, sentirnos parte del equipo líder. Los profesionales se comprometen si tienen líderes que conversan con ellos, que se comunican, que escuchan y valoran su opinión, que expresan y reconocen los logros y esfuerzos, que implican y hacen que las personas participen. Por eso, en este pro-





GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Juana Mateos Rodilla

yecto estamos cuidando el liderazgo de las responsables de Enfermería. Los profesionales se comprometen con líderes que construyen confianza.

Otra de las claves de este proyecto es el *benchmarking*, ¿qué prácticas ya instauradas han servido de guía para mejorar la calidad de los cuidados?

En los proyectos del análisis de situación, realizamos una identificación de las mejores prácticas de calidad del cuidado en el entorno interno y externo. Se localizaron las

buenas prácticas de los centros de salud con mejores resultados, con el objetivo de utilizarlas en la estrategia como prácticas de éxito. De esta manera, se recopiló toda la documentación sobre cuidados de nuestra organización para su revisión y posterior uso. También se realizó una búsqueda en otras organizaciones nacionales e internacionales de estrategias y planes de mejora de la calidad de los cuidados, realizando el mismo proceso de asimilación de las mejores prácticas para nuestra organización. Las prácticas más destacadas que han servido de guía son: tener documentación referencial de calidad sobre los cuidados, afianzar la formación continuada en el propio centro, crear un centro de recursos de aprendizaje en la intranet, dar *feedback* de manera sistemática sobre los resultados conseguidos, tener un cuadro de mando integral y tener líderes con competencias directivas.

El proyecto se plantea en el periodo

de 2014 a 2018, ¿pero ha habido ya alguna evaluación o algunos primeros resultados?

La estrategia se hace operativa en un plan de calidad de los cuidados anual, por lo que ya está evaluado el primer plan de calidad 2014. Al finalizar el año en curso, evaluaremos el plan 2015.

Las buenas prácticas de los centros de salud con mejores resultados se utilizan de guía en la estrategia como prácticas de éxito

La libertad de elección ha supuesto visibilidad para las enfermeras y enfermeros de los centros de salud, al estar identificados en las tarjetas sanitarias de los ciudadanos

tados son que más del 60 por ciento de las actividades, acciones o proyectos se han realizado. Hemos conseguido una difusión de la estrategia en el cien por cien de los centros de salud y que en el 70 por ciento de los mismos se hayan hecho planes y acciones específicas para implementar la estrategia. Asimismo hemos desarrollado nuevos productos para la Enfermería, tales como la carta de compromisos con los cuidados, el espacio de recursos de aprendizaje en la intranet o talleres de educación para la salud para los cuidadores, entre otras muchas cosas. Es una estrategia muy ambiciosa pero somos muchos trabajando en ella.

¿Cómo se analiza la satisfacción de los pacientes a este respecto?

Mediante los resultados de la encuesta de satisfacción que realiza nuestra organización anualmente para cada centro de salud. Se valora la opinión de la

¿Y cuáles es el balance de la estrategia en 2014?

Estamos muy satisfechos, hemos evaluado en primer lugar la ejecución de las actividades y los resultados

población atendida en los centros de salud en relación a la eficacia, amabilidad, tiempo dedicado, explicaciones que realiza y el tiempo de espera hasta el momento de entrar en consulta, así como la satisfacción global con el personal de Enfermería. También analizamos y evaluamos lo que nos expresan los ciudadanos y ciudadanas en las reclamaciones, sugerencias y felicitaciones, para que nos sirva de aprendizaje y mejora.

Precisamente relacionado con la satisfacción, se ha incidido en conocer lo que ha supuesto la libre elección de enfermera en AP, ¿qué se ha observado al respecto?

La libertad de elección ha supuesto visibilidad para las enfermeras y enfermeros que trabajan en los centros de salud, ya que están identificados en la tarjeta sanitaria individual de cada ciudadano y ciudadana. En los estudios que realizamos se observa que va unido el cambio de médico y de enfermera en la mayoría de los casos, y que se ejerce más entre los profesionales del mismo centro que en otros centros.

Muchos expertos opinan que pese a la elaboración de estos programas, las mejoras no son posibles en un momento en el que se restringen más los presupuestos, ¿qué opina al respecto?

Tener recursos es una ayuda, qué duda cabe. La mejora es un camino continuo que no tiene fin, porque las oportunidades de hacerlo mejor son infinitas. A veces las mejoras pasan por cuidar y mejorar el liderazgo y eso, no necesariamente implica más recursos. En esta estrategia en concreto no hemos necesitado dinero extra, porque fundamentalmente con lo que contamos es con el capital humano e intelectual de las personas. Me explico, hay mucho conocimiento en las organizaciones, tenemos líderes de cuidados muy potentes, grandes expertos en el mundo de la Enfermería y

la Atención Primaria, así que lo que hemos utilizado básicamente son herramientas de gestión del conocimiento. La idea pasa por potenciar el trabajo en grupo para sacar adelante nuevos proyectos. Así han surgido ideas innovadoras como lo que llamamos “el radar de los cuidados”, que es un reto de la estrategia que tiene que ver con la innovación. No hemos necesitado recursos extras, porque también se pueden mejorar las cosas potenciando el capital humano con el que ya contamos. El mayor valor son las personas, su experiencia y su conocimiento.

Dentro de esta iniciativa, ¿cómo se enmarcan nuevas medidas como la prescripción enfermera?

Esta estrategia trabaja para mejorar la capacidad de las enfermeras y enfermeros de Atención Primaria, fortaleciendo sus competencias. En la línea C 1.4, dedicada a la oferta asistencial de las enfermeras, contemplamos ya la prescripción enfermera, pendiente de su regulación normativa. Es decir, que desarrollaremos la prescripción enfermera conforme se desarrolle la normativa que lo legisle. Actualmente lo que está previsto es que las enfermeras acrediten su formación para poder hacerlo, y ayudaríamos a eso seguramente con cursos de formación continuada. Pero hay que mencionar que en lo que se refiere a la indicación y utilización de fármacos sujeta a protocolos, lo cierto es que en nuestra organización ya trabajamos así. Por ejemplo, en la gripe A, los pacientes pasaban por enfermería, teníamos el protocolo y la enfermera indicaba el uso de antitérmicos o analgésicos. O por ejemplo, las enfermeras también son expertas en el cuidado de las úlceras de la piel, y de hecho la indicación de los productos la hace la enfermera. Por tanto, el decreto lo que nos va a permitir es regular algo que ya se está haciendo, además desde hace mucho tiempo.

Igualmente, el consejero de Sanidad, Sánchez Martos, ha anunciado que va



a profesionalizar la gestión directiva, incluidos los puestos del personal de Enfermería, ¿qué repercusiones tendrá en este modelo?

Será una oportunidad para el desarrollo de nuestro camino estratégico 2, dedicado a “liderar con visión, inspiración e integridad”. En las líneas de acción de este camino está el mejorar las competencias

para el liderazgo y la dirección de las y los responsables de Enfermería de los centros de salud, por lo que la profesionalización de la gestión contribuirá de manera eficiente a este despliegue. Así contaremos con personas que trabajen y desarrollen el empoderamiento personal y del de sus equipos, fomentando la autonomía, el aprendizaje continuo y la autoresponsabilidad ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



La especialidad en
Enfermedades
Infecciosas
sigue sin tener
reconocimiento oficial

Rafael Cantón

Presidente de la Sociedad Española de Enfermedades
Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos Luis Domingo



La especialidad en Enfermedades Infecciosas sigue sin tener reconocimiento oficial

Una de las preocupaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) es el borrador del Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centro, servicios y establecimientos sanitarios y se determinan los requisitos mínimos comunes para su autorización. El presidente de dicha sociedad, el Dr. Rafael Cantón, muestra su sorpresa porque no están incluidas las enfermedades infecciosas, aunque sí se nombra a los microbiólogos clínicos no se hace mención a los especialistas en enfermedades infecciosas.

pecialistas que se dedican a las enfermedades infecciosas. En la SEIMC tenemos 1.500 socios. El problema es que no tienen una formación reglada ni un título oficial. Y es que esa es una de las reivindicaciones del Real Decreto de Troncalidad.

¿Cuál es la postura de la SEIMC en este sentido?

Respecto a la Troncalidad tenemos una posición clara; no se ha creado la especialidad de enfermeda-

des infecciosas y en el tronco del laboratorio está incluida la Microbiología. Queremos que la Microbiología sea no troncal para dar una formación en tiempo que sea adecuada para las competencias que tienen que adquirir los especialistas.

Queremos que la Microbiología sea no troncal para dar una formación en tiempo que sea adecuada para las competencias que tienen que adquirir los especialistas

¿Cómo tiene que ser esa formación?

Para el microbiólogo, durante dos años debe seguir una formación común con otros profesionales y

Ante esta situación, ¿qué medidas ha tomado la SEIMC?

La Junta Directiva de la SEIMC ha trabajado y elaborado una serie de alegaciones como sociedad científica. Además, FACME también nos pidió alegaciones y se las remitimos para que ellos las centralizasen.

¿En qué consisten las alegaciones?

Hemos manifestado nuestra disconformidad y nuestra inquietud porque no se incluyese a los especialistas en enfermedades infecciosas en este proyecto de Real Decreto. También hay algunos aspectos de disconformidad con relación a la Microbiología, aunque sí que está presente. La Dirección General de Salud Pública o el Ministerio de Sanidad no reconocen en este borrador de Real Decreto lo que es la realidad de las enfermedades infecciosas y su presencia en los hospitales españoles.

¿Cuántas Unidades de Enfermedades Infecciosas hay en España?

Más de 90. Tenemos un censo de los es-



los otros dos años de formación específica que se establece en el RD de Troncalidad son absolutamente insuficientes para que un profesional adquiriera las competencias necesarias para llevar a cabo las competencias específicas de la Microbiología.

¿Cómo está planeada la troncalidad común?

La parte común es con otras especialidades del tronco de laboratorio como Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, Genética Clínica, que es de nueva creación, e Inmunológica Clínica.

¿Cómo proponen que sea la formación específica?

Queremos que sea no troncal, lo mismo

que ocurre con Anatomía Patología. De forma que esa trayectoria de los cuatro años se pueda distribuir en función de las necesidades de la especialidad. Esto no quiere decir que no tengamos alguna competencia transversal con otras especialidades, incluidas las de laboratorio, como son, por ejemplo, los temas de manejo de datos, sistemas informáticos y de historia clínica, que siempre es común. Tengo que recordar que Anatomía Patológica, que es una especialidad de laboratorio, es no troncal.

Entonces, ¿por qué Microbiología es no troncal?

Habría que preguntárselo al Ministerio, pero los argumentos que dan es que somos pluridisciplinarios, lo mismo que las otras, aunque no tiene porqué ser una razón.

Una vez definida su postura sobre la troncalidad, si volvemos al borrador del Proyecto del Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centro, servicios y establecimientos sanitarios, y se determinan los requisitos mínimos comunes para su autorización, ¿qué medidas tienen previsto tomar?

Tenemos que esperar a ver si las alegaciones, no solo las de la SEIMC sino también las de otros profesionales, son revisadas. Un hecho que hay que tener en cuenta es que el citado borrador aún no ha pasado por el Interterritorial para su aprobación. Una vez que pase por el Interterritorial,

el ministerio tiene que mandarlo al Consejo de Estado. Si pasa de este punto, sabremos si se han considerado las alegaciones que enviamos y si han tenido su efectividad.

Para la SEIMC, ¿la formación es un objetivo prioritario?

Uno de los objetivos es la formación y la investigación; y en eso estamos haciendo grandes esfuerzos.

¿Puede concretar los proyectos que tienen en marcha?

Por el momento, hemos desarrollado una plataforma de formación dentro de la sociedad, que se denomina Campus SEIMC y está dando ya sus frutos, puesto que se han realizado ya algunos cursos dentro de esta plataforma. Estamos en vías de elegir un consejo editorial de esta plataforma para ofrecerla a

los socios y poner en marcha servicios más amplios.

¿Esta plataforma es para especialistas o para médicos en formación?

Sí, pueden acceder también los médicos residentes. Otra cosa es que en España la formación continuada va por una vía, en cuanto a acreditación o certificación, y otra es que los residentes que están

en un periodo formativo no acceden a créditos formativos, sólo tiene un valor curricular, pero no el mismo que se le otorga a un especialista.

¿Las cuestiones abordadas en los cur-





Un médico con una pequeña paciente en brazos en el centro de tratamiento de Ébola de Médicos Sin Fronteras en Paynesville, Liberia. © John Moore/Getty Images

Envía STOP EBOLA al 28033

**Ayúdanos a luchar contra la epidemia
en África occidental**

**www.StopEbola.es
#StopEbola**



¿Cómo se materializa esa transversalidad?

Los contenidos pueden partir de la propia junta directiva o a iniciativa de los socios, como por ejemplo, con los casos clínicos. También ha tenido muy buena acogida un curso de PROA (Programa de Uso Racional de Antimicrobianos), que se ha elaborado en la línea del programa de lucha contra las resistencias de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitario.

A estos cursos, ¿tienen acceso profesionales de otras especialidades?

Sí, tienen acceso. Es por una vía distinta, pero sí. Nuestros socios no tienen que pagar la cuota de inscripción al curso, los de otras especialidades sí.

¿Qué relación tienen con otras sociedades científicas?

En el tema de los PROA con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que sintió la necesidad de explicar los conceptos a los farmacéuticos. Por eso, adaptamos el curso de PROA a lo que era la especialidad. Pero se pueden hacer cursos específicos adaptados a las necesidades; por ejemplo, por aspectos más relacionados con el diagnóstico; no tiene que ser exclusivamente con el manejo clínico del paciente. También tenemos un grupo muy activo en nuestra sociedad que es el de pacientes VIH donde hay desarrollados cursos de formación. De hecho, tenemos relación con todas las especialidades que estén relacionadas con el paciente infectado. Así, por ejemplo, con la especialidad de críticos, con Farmacia Hospitalaria, con Atención Primaria tenemos sinergia sobre la utilización de pruebas diagnósticas y el

manejo del paciente extrahospitalario. Somos una sociedad muy transversal.

¿Cómo está la investigación en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica en España?

Hemos hecho diferentes actividades, entre las que destacan documentos de consenso, sobre todo con intensivistas, con preventivistas.

¿Cómo es la formación en España respecto a los países de nuestro entorno?

Al más alto nivel. Cuando acudimos a reuniones fuera de

España con grupos de investigadores siempre nos preguntan que por qué España es tan eficaz en la producción científica en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Como país, ocupamos la cuarta posición a nivel mundial, por detrás de Estados Unidos, Alemania, Inglaterra. Eso quiere decir que mal no lo estaremos haciendo y que precisamente esa sinergia entre el infectólogo y el microbiólogo está funcionando. De hecho, trabajamos en redes de investigación comunes.

¿Con qué redes trabajan?

Con la REIPI, la red española de investigación en patología infecciosa. Esa red funciona muy bien y algunos CIBER relacionados con infecciosas, como el de Salud Pública o el de enfermedades respiratorias. Por eso, no entendemos las reticencias del ministerio cuando es una realidad. Si España es el cuarto país en producción científica, alguien podría decir que, si funciona con el sistema actual, podríamos seguir manteniéndolo.

Entonces, ¿no existe un curriculum europeo común?

El problema que tenemos es que los especialistas o los expertos en enfermedades infecciosas no se pueden formar de una manera reglada. Hay unidades que admiten residentes de otras especialidades que luego terminan trabajando como infectólogos o se han ido a formar fuera de España y luego vuelven, pero en España trabajan con su primera especialidad y no con el título de especialista en enfermedades infecciosas. Si no existe en España no se reconoce.

No, y lo estamos viviendo con mucha preocupación. Si nos vamos a la Microbiología desde la UEMS (unión europea de médicos especialistas) nos está diciendo que la formación de un microbiólogo clínico debe ser de 4 o 5 años. Por eso, tenemos dudas que ese profesional pueda ejercer en Europa, ya que le pueden poner trabas administrativas. Por la parte de enfermedades infecciosas, es una sin razón. Nuestros expertos en enfermedades infecciosas como no tienen un título reconocido en España no pueden trabajar como experto en enfermedades infecciosas fuera de nuestras fronteras. Podrán trabajar con otra titulación. En este caso es como internista o como microbiólogo. En esta situación, los españoles sí que estamos representados en los grupos de investigación internacional, publicamos a ese nivel y estamos presentes en instituciones europeas como el ECDC, *European Center for Disease Prevention and Control*, en la EMA y en otros foros profesionales ■

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





hipe

ESTUDIO ATENCION

Práctica clínica

en el

manejo

de la

hipertensión

y la

diabetes

en Atención Primaria

Texto | P. Romero



INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Estudio ATENCION: Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en Atención Primaria

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la población española^{1,4}. La detección y control de los factores de riesgo cardiovascular es fundamental para prevenirlas⁴. Dentro de estos factores de riesgo, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son los que (junto a las dislipemias), más frecuentemente requieren un importante esfuerzo terapéutico para su control. De ahí la importancia de conocer cuáles es la actitud de los médicos de Atención Primaria (AP) ante la HTA y la DM2 y analizar qué decisiones terapéuticas adoptan al respecto, con el fin de conocer la realidad y proponer estrategias de mejora para su correcto manejo. Este ha sido el objetivo principal del estudio ATENCION.

Se trata de un estudio ecológico, descriptivo, transversal y multicéntrico, de ámbito nacional, con participación de médicos de Atención Primaria, realizado entre mayo y septiembre de 2013. Se ha utilizado un protocolo diseñado específicamente para este estudio, aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. El proyecto ha sido desarrollado

por un comité científico multidisciplinar con la colaboración del Departamento de Estudios de Grupo SANED, para lo cual ha contado con la financiación de Mylan.

Los participantes debían ejercer su actividad asistencial en el territorio nacional, así como tener responsabilidad asistencial sobre pacientes con HTA y/o DM2. Se solicitó la participación en el estudio, de forma estratificada, a 1.028 médicos de Atención Primaria de todo el territorio español que cumplieran los criterios de inclusión. Se intentó conseguir representación proporcional de médicos según las áreas Nielsen, que dividen el territorio español en 10 áreas (8 peninsulares y 2 de Canarias).

El cuestionario diseñado específicamente para la investigación recogía datos básicos de los participantes (género, años de ejercicio, nacionalidad, pertenencia a sociedades científicas y zonas de referencia) y cuestiones básicas sobre práctica clínica habitual en el manejo del paciente hipertenso (15 preguntas) y sobre el manejo del paciente diabético tipo 2 (otras 15). También se incluía una pre-

gunta sobre la disponibilidad y la participación en programas de formación continuada específica para hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en su centro de trabajo. En una última sección, había tres preguntas sobre su interacción con la Atención Especializada dentro de su área sanitaria.

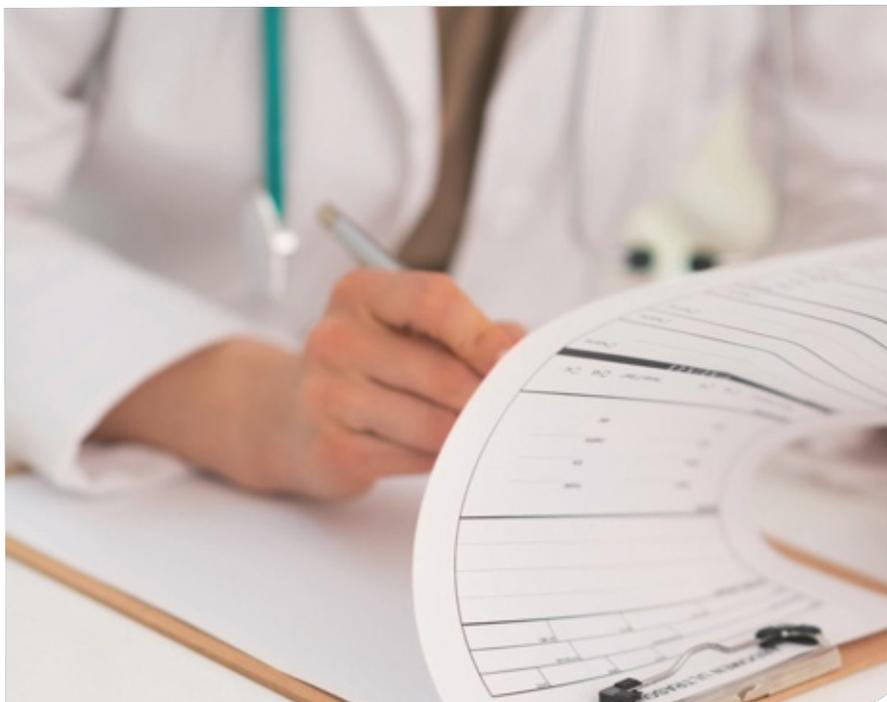
El objetivo principal del estudio era conocer las actitudes del médico de Atención Primaria en la práctica clínica habitual en el abordaje del paciente hipertenso y en el diabético, para lo que se hizo un análisis estadístico descriptivo de las respuestas relacionadas con cada una de estas patologías. Se establecieron dos objetivos secundarios adicionales: conocer el nivel de seguimiento y recomendaciones de práctica clínica en estas patologías; y averiguar si existen diferencias en las actitudes y en la práctica clínica habitual de los profesionales sanitarios en virtud de las áreas geográficas donde ejercen.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$, asumiendo por lo tanto un máximo de error alfa del 5 por ciento. El proceso de datos, los análisis y los gráficos se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

Participaron en el estudio 975 médicos de Atención Primaria, distribuidos por toda la geografía española. Para el análisis de los resultados geográficos se establecieron 3 áreas geográficas: norte, centro y sur.

Resultados en el paciente hipertenso

En cuanto a la práctica clínica en el manejo del paciente hipertenso, el estudio arroja hallazgos de especial interés. El 92,9 por ciento de los médicos consultados indica que sigue las guías para la evaluación, tratamiento y diagnóstico de la HTA. En general, los médicos encuestados tienen en cuenta varias guías clíni-



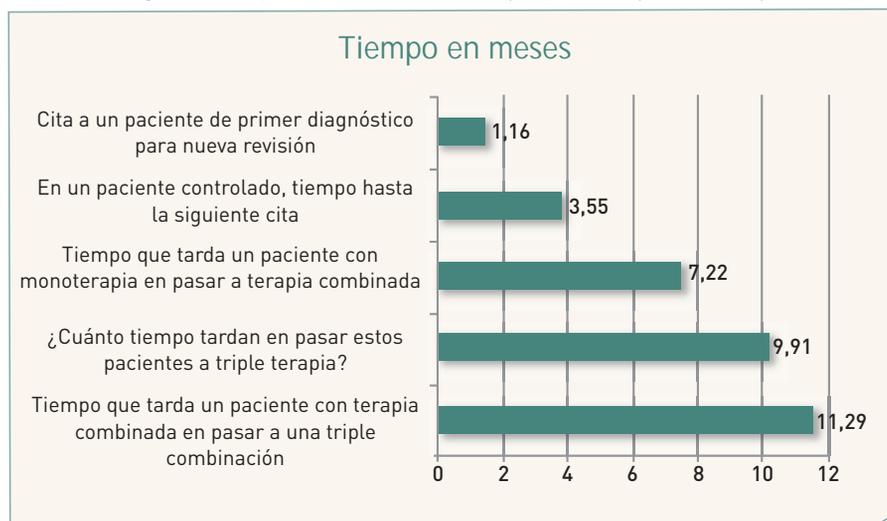
cas, siendo las más seguidas las europeas ESH/ESC⁵ (56,8 por ciento), las recomendaciones de SEMFYC (53,3 por ciento) y las recomendaciones de SEMERGEN (43,4 por ciento). En el norte y centro de España, se utilizan más las guías ESH/ESC, mientras que en el sur se emplean más las guías NICE⁶ ($p < 0,05$). El 76,0 por ciento de los investigadores consultados indica que durante la última semana acudieron a su consulta más de 10 pacientes por motivo de la HTA. La mayor parte de ellos reconocen que la detección de la hipertensión la realizan a través de una búsqueda selectiva en pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular.

Cuando el médico decide iniciar tratamiento farmacológico en un paciente de nuevo diagnóstico, en el 64,7 por ciento de los casos se responde que iniciarían con monoterapia, siendo esto más evidente en la zona norte, seguido por la zona centro y con menos frecuencia en la sur ($p=0,016$). Cuando se decide iniciar el tratamiento con monoterapia se utilizan principalmente IECAs o ARA II, como primera opción, sin detectarse diferencias geográficas según las zonas ($p=0,720$). La terapia combinada suele emplearse tras una media de 7 meses de monoterapia, y la triple terapia tras una media de 11 meses de terapia con dos fármacos. A medida que se desciende por la geografía española, se incrementa el tiempo que tarda un paciente con monoterapia en pasar a terapia combinada. (Figura 1)

El estudio revela que el médico considera justificado no intensificar el tratamiento farmacológico en determinadas situaciones. Dichas situaciones son el diagnóstico de incumplimiento del tratamiento y recomendaciones higiénico-dietéticas (22,4 por ciento), el efecto de bata blanca (20,6 por ciento) o el tiempo insuficiente para lograr los objetivos (16,6 por ciento).

Por término medio, el enfermo es revisado al cabo de un mes tras el diagnóstico de HTA y cada 3,5 meses cuando está

Figura 1. Seguimiento y escalonamiento terapéutico del paciente hipertenso.



controlado. El tiempo hasta la siguiente cita para un paciente controlado es menor en el centro de España que en el resto del país ($p=0,00017$).

El incumplimiento terapéutico se estima entre el 10-40 por ciento de los pacientes; las causas más frecuentes son la falta de información, rechazo a tomar medicación y la aparición de efectos adversos. La tos irritativa es el acontecimiento adverso más frecuente con IECAs y ARA II (obligando a cambiar la medicación a un 95 por ciento de los investigadores), los edemas maleolares con los calcio-antagonistas y la disminución de la tolerancia a la glucosa con los diuréticos.

Respecto a las opciones farmacológicas de elección para el tratamiento de la HTA en función de las características del pa-

ciente, los médicos participantes seleccionan las siguientes: en el paciente con síndrome metabólico, ARA II (20,0 por ciento), ARA II + diurético (18,5 por ciento) y ARA II + Ca-antagonista DHP (13,7 por ciento); en el paciente diabético, ARA II

Según las conclusiones del estudio, la práctica clínica en AP en HTA y DM2 tiene unos criterios básicos comunes, y, a pesar del elevado porcentaje del seguimiento de las guías, hay una cierta inercia terapéutica, que podría relacionarse con la propia experiencia clínica de los participantes

(21,3 por ciento), ARA II + Ca-antagonista DHP (15,4 por ciento) y ARA II + IECA (14,2 por ciento); en el paciente con RCV elevado, ARA II + diurético (16,2 por ciento), seguido de ARA II (15,7 por ciento) y ARA II + Ca-antagonista DHP (14,6 por ciento); en el paciente con lesión de órgano diana, ARA II (19,8 por ciento), ARA II + Ca-antagonista DHP (16,1 por ciento) y ARA II + CA-antagonista no DHP (12,5 por ciento) y en el paciente con eventos CV, ARA II (15,1 por ciento), ARA II + CA-antagonista DHP (13,3 por ciento) y ARA II + diurético (11,3 por ciento). (Figuras 2, 3)



INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Estudio ATENCION: Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en Atención Primaria

Figura 2. Tratamiento en el paciente con síndrome metabólico.

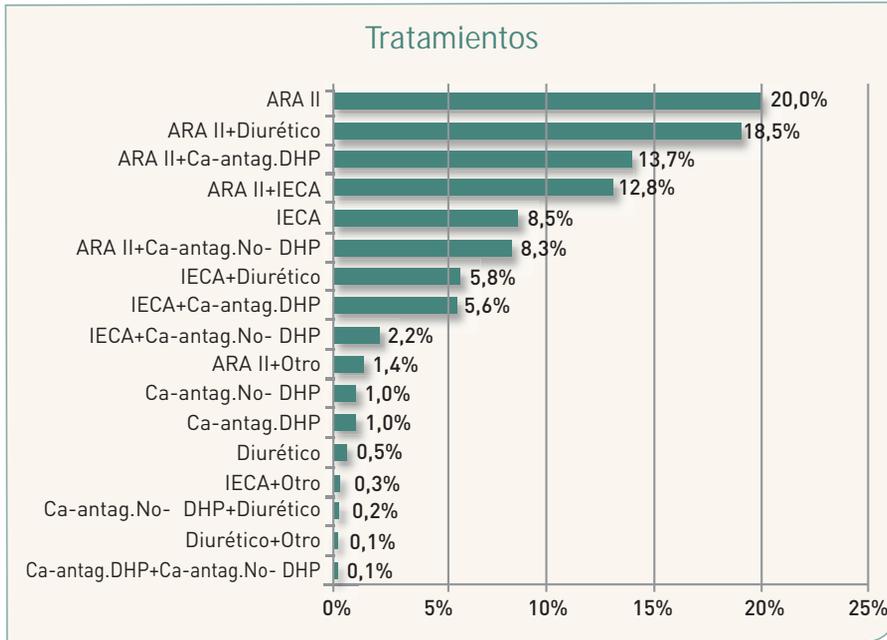
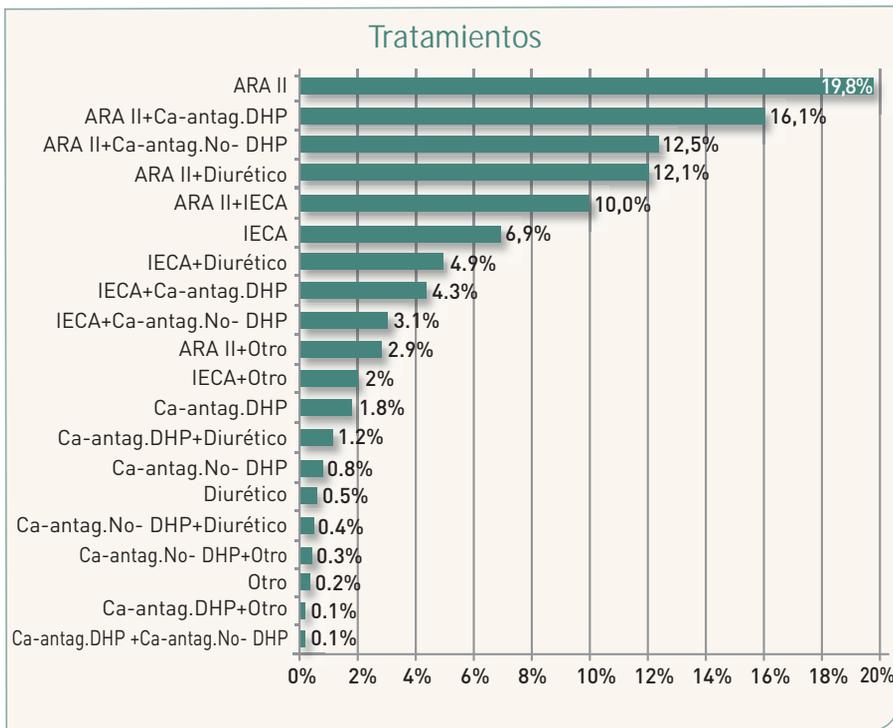


Figura 3. Tratamiento en el paciente con lesión de órgano diana.



Hallazgos en el paciente diabético

La investigación también revela hallazgos significativos relacionados con la práctica clínica en el manejo del paciente diabético

tipo 2. Un 91,4 por ciento de los investigadores consultados ha indicado que sigue guías para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la diabetes, sin diferencias estadísticamente significativas entre las dis-

tintas zonas españolas. Las más seguidas son las guías ADA/EASD⁷, junto con las SED (52,6 por ciento y 52,2 por ciento respectivamente), seguidas de la Guía de la RedGDPS (44,2 por ciento). En el centro de España se utiliza más la ADA y EASD, mientras que en el sur se utiliza más la SED, seguida de la ADA-EASD.

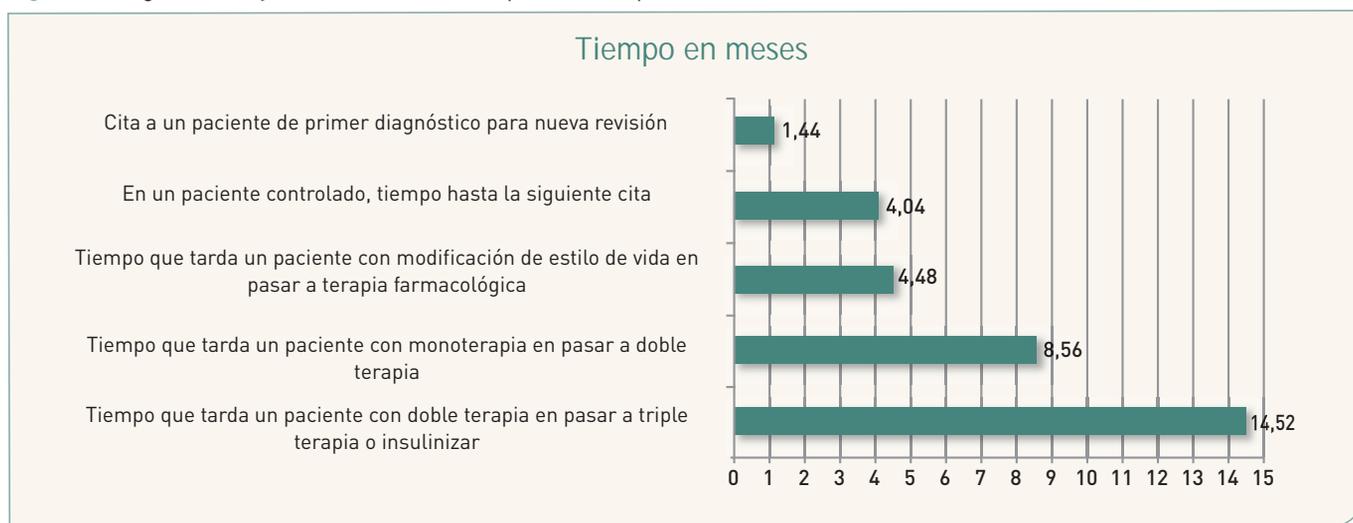
El 61,6 por ciento de los participantes afirma que en su consulta reciben a más de 10 pacientes diabéticos tipo 2 cada semana. La frecuencia de pacientes consultantes por DM2 se incrementa a medida que se desciende por la geografía española. La detección más habitual del paciente con DM2 se produce casualmente en una analítica efectuada por otro motivo.

Para un 40 por ciento de los médicos participantes, el primer escalón terapéutico es metformina, con una dosis máxima de 850mg/3v día. La falta de control induce con más frecuencia a añadir un inhibidor de DPP-4 o una sulfonilurea adicional (o sustitutiva del DPP-4i). Las razones son políticas de uso, grado de control y efectos secundarios (hipoglucemias, coexistencia de insuficiencia cardiaca, o trastornos gastrointestinales). El nivel de riesgo cardiovascular suele condicionar el empleo de insulina más precozmente.

Por orden de frecuencia, las principales complicaciones macrovasculares son: cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad cerebrovascular; como principales complicaciones microvasculares, destacan la retinopatía y nefropatía (con igual frecuencia) y la neuropatía (en último lugar). El 94 por ciento de los participantes afirma dedicar tiempo a explicar a sus pacientes las consecuencias de estas complicaciones y, en la mayoría de los casos que no lo hacen, es porque es enfermería quien se encarga de ello, sin observarse diferencias entre las áreas geográficas (p=0,55).

Tras la instauración de tratamiento, el enfermo es revisado al mes y medio

Figura 4. Seguimiento y escalonamiento terapéutico del paciente diabético.



(media 1,4 meses DE: 0,96) y cada 4 meses cuando está controlado (media 4,04 meses DE: 2,11). Añadir fármacos a las modificaciones del estilo de vida suele producirse entre los 4 y 6 meses (media 4,48 meses DE: 5,43). Por su parte, se opta por añadir un segundo a los 8-9 meses (media 8,56 meses; DE:11,23) y un tercer fármaco a los 14-15 (media 14,52 meses; DE: 18,97). Los controles para complicaciones macro o microvasculares se realizan de media cada 6-12 meses.

Por término medio, se tarda más tiempo en citar a un paciente de primer diagnóstico para nueva revisión en el norte y en el sur de España en comparación con el centro ($p=0,02$), al igual en citar a un paciente controlado hasta la siguiente cita ($p=0,00043$). (Figura 4)

Según un 64 por ciento de los investigadores consultados, el rango de incumplidores es del 10-40 por ciento, siendo el desconocimiento y olvido las causas más frecuentes. El incumplimiento es además la principal causa de no intensificar el tratamiento a pesar de un pobre control metabólico (21,55 por ciento), seguido de tiempo insuficiente para alcanzar objetivos (19,07 por ciento) y efectos secundarios (18,74 por ciento).

Los trastornos gastrointestinales son los efectos adversos más frecuentes con metformina (seleccionados con mayor frecuencia en el centro), obligando a cambiar la medicación a un 75 por ciento de los médicos. Con SU el efecto indeseado más común es la hipoglucemia (con menor frecuencia en el área norte), que obliga a modificar la medicación al 88 por ciento de los investigadores. El edema y la ganancia de peso son los acontecimientos adversos más frecuentes de las gliptinas: el 93 por ciento de los investigadores consultados se ve obligado a cambiar a otra medicación en caso de insuficiencia cardíaca y el 88 por ciento en caso de fracturas óseas. En relación a las gliptinas, los mareos, cefaleas, estreñimiento e hipoglucemias aparecen con frecuencia similares, siendo la hipoglucemia una causa de modificación del tratamiento en el 65 por ciento de los investigadores. En relación a las insulinas, el efecto adverso más frecuente es la hipoglucemia, que lleva a cambiar la medicación a un 29 por ciento de los participantes.

Formación y relación interniveles

Alrededor de un 70 por ciento de los médicos de AP afirma que en su centro de trabajo se realizan programas de formación continuada específica en hipertensión y diabetes. Prácticamente todos los que tienen acceso a estos programas (más del 96 por ciento) participa en ellos. De los investigadores que han accedido a estos programas de formación, la mayoría (superior al 70 por ciento) indica que la última formación la recibió en los 6 meses anteriores. En el ámbito de la formación

Según el estudio, los médicos siguen las guías terapéuticas tanto en el manejo de la hipertensión como de la diabetes, con mayor frecuencia de las guías nacionales

no se observan diferencias entre las 3 áreas geográficas definidas.

El estudio también toma el pulso a la interacción que existe entre AP y Atención Especializada. Los investigadores participantes indicaron que la relación es excelente o buena solo en la mitad de los casos: un 46,6 por ciento en el tratamiento de la hipertensión y en un 57,3 por ciento en el de la diabetes. Además, el 45 por ciento de los investigadores confirman que en su área



INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Estudio ATENCION: Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en Atención Primaria

sanitaria existen protocolos comunes entre Atención Primaria y Especializada para el manejo de la hipertensión y el 51 por ciento para el manejo de la diabetes tipo 2.

El 44,8 por ciento y 52,9 por ciento de los consultados indica que más de la mitad de los pacientes con hipertensión y diabetes, respectivamente, aportan un informe clínico del especialista que, en su opinión, contiene la información suficiente para el correcto seguimiento del paciente (sin diferencias entre las 3 áreas geográficas definidas).

Se ha documentado un elevado nivel de acceso a la formación específica tanto en HTA como en DM2

- Se ha detectado una potencial área de mejora en la relación entre el médico de Atención Primaria y el especialista, ya que solo la mitad de los participantes indican que existen protocolos comunes y clasifican su relación con los especialistas como buena o muy buena. Además, un elevado porcentaje de los encuestados opinan que la información de los informes emitidos por los especialistas no siempre es suficiente. Por tanto, potenciar la interrelación entre los especialistas y la Atención Primaria deber ser una prioridad.

Conclusiones

En definitiva, este estudio pone de relieve que:

- Los médicos siguen las guías terapéuticas en ambas patologías (con mayor frecuencia las guías internacionales que las nacionales)
- Las diferencias fundamentales en la elección del tratamiento farmacológico, en el caso de la diabetes, vienen dadas principalmente por las recomendaciones de la Administración pública, que influyen decisivamente en el empleo de la combinación metformina más sulfonilurea como segundo escalón farmacológico
- La terapia combinada tarda más de 6 meses en instaurarse en pacientes con hipertensión y entre 8 y 9 meses en los diabéticos, lo que es una llamada de atención para realizar un esfuerzo adicional, no retrasar la intensificación del tratamiento y evitar incurrir en inercia terapéutica.
- La percepción de incumplimiento que tiene el médico de Atención Primaria es de 10-40 por ciento, en línea con el observado en otros estudios^{8,9}.
- Se documenta un elevado nivel de acceso a la formación específica sobre HTA o DM2.

En conclusión, la práctica clínica en Atención Primaria en HTA y DM2 tiene unos criterios básicos comunes. A pesar del elevado porcentaje del seguimiento de las guías, hay una cierta inercia terapéutica justificada por los encuestados y que podría relacionarse con la propia experiencia clínica de los participantes. La interacción con el especialista es buena, pero tiene un considerable margen de mejora ■

Bibliografía

1. Sánchez D. Análisis de la dispensación de medicamentos para el control de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia: ¿existen diferencias de género? Aten Primaria. 2014;46:147-155
2. Rodríguez-Sánchez E. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA. Aten Primaria. 2013;45:349-357
3. Banegas J.R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España: importancia de la dislipidemia. Nefrología Sup Ext 2013;4:4-8

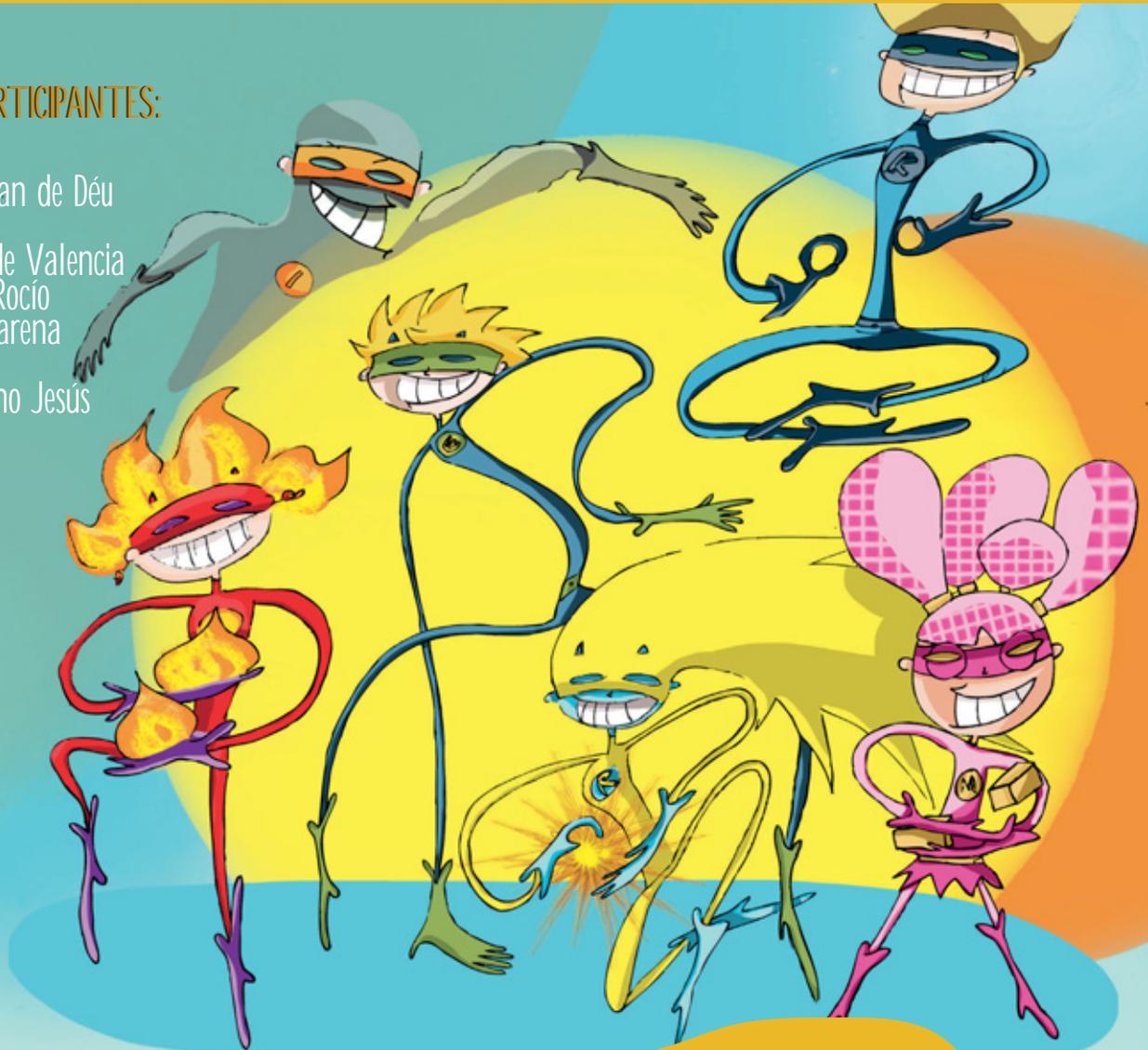
4. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Cardiovascular risk factors in Spain in the first decade of the 21st Century, a pooled analysis with individual data from 11 population-based studies: the DARIOS Study. Rev Esp Cardiol. 2011;64:295-304
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013;31:1281-357.
6. McCormack T, Krause T, O'Flynn N. Management of hypertension in adults in primary care: NICE guideline. Br J Gen Pract. 2012;62:163-4.
7. GUIAS ADA. Inzucchi SE, Bergenshtal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35:1364-79.
8. Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. SEMERGEN 2012; 38: 292-300
9. Marquez Contreras E, De la Figuera Von Wichmann M, Roig Ponsa L, Naval Chamosa J. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, según la opinión de los médicos de familia. Proyecto Cumplex. Atención Primaria 2007; 39:417-23

TU EMPRESA PUEDE DAR PODERES MÁGICOS A LOS NIÑOS/AS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Más de 1.000 niños ya tienen sus poderes, pero aún hay muchos que no...

HOSPITALES PARTICIPANTES:

H.U. La Paz
Hospital Sant Joan de Déu
H.U. La Fe
Hospital Clínico de Valencia
H.U. Virgen del Rocío
H.U. Virgen Macarena
H.U. Reina Sofía
H.U. Infantil Nino Jesús
H.U. Cruces
H.U. Basurto
H.U. Donostia
H.U. de Málaga
H.U. de Albacete



Poción de HÉROES

Queremos llegar a muchos más. ¿Nos ayudas?



www.pociondeheroes.com





La
Salud
Mental,
un gran reto sociosanitario
para el
Siglo XXI

Texto | Eva Fariña

Fotos | Luis Domingo/Eva Fariña



En el año 2020, cinco de las 10 enfermedades más discapacitantes serán trastornos mentales. Estas patologías tienen ya una altísima prevalencia, suponen un elevado impacto socioeconómico y, sobre todo, afectan a la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. La carga total de estas patologías en España supera con creces las enfermedades cardiovasculares y el cáncer juntos. A lo largo de su vida, un 20 por ciento de los españoles tendrá algún tipo de trastorno mental.

Las patologías más frecuentes en Salud Mental son la ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos, y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). “Son enfermedades que están en nuestro día a día, en nuestras familias y en nuestro entorno”, según ha comentado Paloma Casado, subdirectora de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, quien ha participado en la ‘II Conferencia sobre Estrategias en Salud Mental. Integración asistencial

y centralidad del paciente’, organizada por la Fundación Bamberg, con la colaboración de Lundbeck. Según un estudio del año 2010, la enfermedad mental supone en España un gasto de un ocho por ciento del Producto Interior Bruto si se suman los costes sanitarios, sociales, laborales, personales, etc. En total, se calcula que cuesta 83.749 millones de euros.

Ante este panorama de incidencia y prevalencia, se puso en marcha en el año 2006 la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya actualización está pendiente de aprobación por parte del Consejo Interterritorial. “La Estrategia nació para definir grandes líneas generales que contemplaban aspectos muy genéricos de atención sanitaria, investigación, formación de profesionales, autonomía del paciente, etc.”, como recuerda Paloma Casado. Todos estos aspectos se han ido concretan-

do en función de la experiencia de las diferentes comunidades autónomas y según las necesidades detectadas por el sistema. “La Estrategia de Salud Mental pretende mejorar la salud mental de la población

atendiendo a las personas y a sus familias en un modelo comunitario de inserción social”, indicaba la responsable de Calidad y Cohesión del Ministerio. Los objetivos y las recomendaciones del borrador que está pendiente de aprobación se agrupan en siete grandes principios. En primer lugar, por su trascendencia, está la autonomía del paciente. “El respeto a la persona y a su autosuficiencia es muy importante en cualquier enfermedad,

pero lo es especialmente en la enfermedad mental”, según ha señalado Casado.

Otro aspecto fundamental es la continuidad asistencial, tanto sanitaria como en todo el proceso a lo largo de la vida, lo cual incluye la integración de todos

los agentes que intervienen en la gestión de la enfermedad mental: “La Estrategia regula la accesibilidad del sistema, la equidad en el acceso y la centralización de todos los agentes en un mismo

centro gestor. El objetivo es que todos los que intervienen en la gestión de la enfermedad mental estén coordinados a nivel de área de salud: atención sanitaria, social, vivienda, educación, etc.”.

“La recuperación personal supone trabajar no solo por la salud mental de la población, sino también por recuperar la persona en sí misma, recuperar la conciencia de autonomía personal. La idea es que tengan un sentido, un proyecto de vida, y debemos ayudar a estas personas y a sus familiares a que continúen su vida”, explicaba Paloma Casado, quien hace especial hincapié en el deseo de que mejore la calidad percibida por el propio paciente. “Las guías de práctica clínica han de estar moduladas por la autonomía del paciente y la vivencia individual de la enfermedad. La persona debe estar formada e informada para conseguir una misión tan complicada y necesaria como es el empoderamiento del paciente”.

La actualización de la Estrategia en Salud Mental del SNS, pendiente de aprobación por parte del Consejo Interterritorial, incluye protocolos de valoración en Primaria, formación para los profesionales y una atención integral del paciente y su familia

Respecto a la atención sanitaria, destacan las indicaciones referidas a las funciones del pediatra de Atención Primaria y cómo deben detectarse problemas como el trastorno del espectro autista o el TDAH

Catorce grupos de trabajo

La actualización de la Estrategia se realiza con la aportación de 14 grupos de trabajo formados por casi un centenar de especialistas que durante dos años han profundizado en temas tan prevalentes como el aborda-

je y la prevención del suicidio, la lucha contra el estigma y la discriminación en la enfermedad mental, la patología dual, el papel de la enfermería, el abordaje en las catástrofes, el TDAH, la cronicidad, el tras-

torno límite de la personalidad, el trastorno de la conducta alimentaria, las adicciones emergentes, el menor infractor, el alcoholismo, el trastorno del espectro autista o aspectos más generales como la coordinación entre Atención Primaria y el área de Salud Mental.

Los expertos de los 14 grupos han trabajado dirigidos por tres coordinadores científicos: Carlos Mur de Viu, director gerente del Hospital de Fuenlabrada (Madrid), que también es el director de la Estrategia Nacional de Salud Mental; Francisco Ferre, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, y Enrique Echeburúa, catedrático de Psicología Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

“¿Por qué esos 14 temas y no otros?”, se preguntaba Carlos Mur de Viu. “Se ha valorado que esas 14 patologías y problemas de Salud Mental son realmente importantes o prevalentes en el momento actual. A nosotros nos salía una lista de 35 patologías, pero, tras escuchar a las sociedades científicas, a las comunidades autónomas y a expertos del Ministerio, así como a todos los agentes implicados, decidimos que estos 14 temas merecían ser abordados por su prevalencia, su incidencia y por la preocupación que existe en la sociedad”, respondía.

Según el director de la Estrategia, “nadie duda de que el TDAH está en boca de todos desde hace muchos años, que la cronicidad es una necesidad acuciante o que el suicidio despierta el interés de los medios, y también hay que hablar de empoderamiento, del paciente activo, de formación e investigación traslacional o de la influencia de la genética en las enfermedades mentales. Nos quedan muchísimas otras líneas que, personalmente, espero que tengamos la oportunidad de seguir desarrollando”.

Las funciones del pediatra de Primaria

Entre las novedades del documento referidas a la atención sanitaria, destacan



las indicaciones referidas a las funciones del pediatra de Atención Primaria y cómo deben detectarse problemas como el trastorno del espectro autista o el TDAH. También incluye recomendaciones de cómo se debe hacer el abordaje de la psicosis o trastornos límite de la personalidad.

La actualización establece sinergias con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS en aspectos como la estratificación de la población, según indicaba Paloma Casado. “Saber las necesidades de la población es tan importante como definir los planes de actuación. Cada individuo tiene un nivel de necesidades diferente. Hemos pasado de la Medicina basada en la evidencia a la Medicina que tiene al paciente como eje del sistema. Ya no hablamos de patologías, sino de las necesidades que tiene cada persona”, señalaba.

En opinión de Mur de Viu, “Salud Mental es un buen ejemplo del seguimiento a la cronicidad, algo que ahora está muy de moda por necesidades económicas”. “El 80 por ciento del gasto sanitario va destinado al abordaje de enfermedades crónicas. Salud Mental siempre ha hecho razonablemente bien durante muchos años el seguimiento del paciente crónico complejo que ahora es objeto de los desvelos en todas las enfermedades somáticas. En Salud Mental existe un perfil de profesional gestor de casos que realiza el seguimiento en muchos casos por teléfono o cualquier medio que facilite la telemedicina”.

Las novedades respecto a la organización del sistema se refieren a la coordinación intra y extra sistema sanitario, porque para abordar la enfermedad mental influyen otros sistemas como el judicial, el de servicios sociales, la educación o la vivienda.



Protocolos en Primaria para reducir la tasa de suicidios

Uno de los objetivos del documento de actualización de la Estrategia de Salud Mental es disminuir la tasa de suicidios, que en España es una de las más bajas de Europa y se mantiene constante desde el año 2004 (6-7 por 100.000 habitantes). Para disminuir este porcentaje, es imprescindible la detección de riesgo de conducta suicida y la prevención. La actualización de la Estrategia establece protocolos de valoración en Atención Primaria, la formación de profesionales para detectar posibles conductas suicidas y la atención a las familias que han sufrido esta tragedia.

La formación de los profesionales de Primaria para la detección de riesgo de conducta suicida es "primordial". "Una vez que ha llegado a Urgencias un intento autolítico, hemos perdido muchísimo tiempo", dice Paloma Casado, subdirectora de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad. "Esa primera fase tiene como objetivo principal la detección de la conducta suicida, la valoración adecuada, el establecimiento de protocolos de derivación desde Atención Primaria al especialista o a la unidad de gestión clínica de Salud Mental, y la aplicación de protocolos de derivación rápida en el momento en el que se detecta un intento autolítico, es decir, un abordaje multidimensional entre Primaria, Urgencias y Especializada".

En la misma línea, Carlos Mur de Viu, uno de los coordinadores de la Estrategia, ha explicado que la actualización se basa en dos experiencias ya puestas en marcha en Cataluña y en Madrid. Una de ellas es el Código Riesgo Suicidio, implantado por el Servicio Catalán de la Salud, que ha activado unas 1.500 alertas en el primer año de existencia. El objetivo del Gobierno catalán es reducir antes del 2020 un 10 por ciento los más de 530 suicidios que se producen cada año en Cataluña. El programa ha conseguido que el 65 por ciento de las personas que han realizado un intento suicida tenga seguimiento médico.

Asimismo, Mur de Viu ha mencionado el Código ARSUIC de Atención al Riesgo Suicida, puesto en marcha en los hospitales de la Comunidad de Madrid. "Básicamente son test de cribados que se realizan primero en Urgencias, por medio de escalas muy sencillas y fáciles de valorar. También cuenta con un sistema de derivación preferente a Atención Primaria y al especialista. Con ello se garantiza que toda persona que ha sobrevivido a una tentativa suicida sea atendida en menos de una semana por el especialista".

Plan de capacitación para todos los profesionales implicados

La Estrategia contempla novedades respecto a la formación, puesto que propone un plan de capacitación de todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, etc.), y otros profesionales que intervienen en la gestión de la enfermedad mental, como el trabajador social. Esa formación no debe ser solo teórica, sino que deben analizarse las competencias

para establecer todos los planes de actuación.

Finalmente, la actualización del documento alude a la necesidad de fomentar la investigación en red, que en España depende del Instituto de Salud Carlos III. Asimismo, invita a la colaboración con la industria farmacéutica en el desarrollo de nuevos fármacos y propicia, con diálogos tempranos, el acceso a nuevos medicamentos y nuevas tecnolo-

gías para el abordaje de la enfermedad mental.

En este sentido, Paloma Casado ha hablado de la innovación: "Somos conscientes de que la investigación tiene que llegar a todos los profesionales, y cada uno de los que está trabajando al lado del enfermo tiene la posibilidad de ofrecer sus resultados, es algo esencial. La investigación también debe estar orientada hacia la monitorización de esos nuevos tratamientos. No solo se trata de aprobar nuevos fármacos, sino de comprobar cómo funcionan en la vida real".

Casado se refiere a que los ensayos clínicos están hechos en unas condiciones que no cumple el paciente que está enfrente del profesional. "La investigación básica es fundamental, y tenemos que fomentar el estudio de los determinantes genéticos y la farmacogenética, sobre todo en fármacos que tienen unos ajustes terapéuticos determinados. Por eso es importante la labor del profesional al lado del paciente a la hora de ofrecer esos resultados en la vida real".

Otro de los coordinadores científicos de la actualización de la Estrategia de Salud Mental es Francisco Ferre, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Este especialista ha elogiado "el gran trabajo académico y la extraordinaria labor desde el punto de vista teórico que supuso el primer documento publicado en el año 2006".

"Siempre entendimos que la Estrategia de Salud Mental no era suficientemente conocida por parte de los profesionales del SNS. También nos llamó la atención que muchos de los objetivos estaban planteados de una forma magnífica, con indicadores bien medidos y sopesados que podían ser útiles, pero eran objetivos muy vagos. Por eso en esta actualización nos proponemos divulgar la publicación entre los profesionales de la Salud Mental y conseguir que la información aportada les resulte útil", comentaba Francisco Ferre.

Abordaje transversal e integral del paciente

El desarrollo de los procesos asistenciales integrados ha sido también tema de debate en la 'II Conferencia sobre Estrategias en Salud Mental', organizada por la Fundación Bamberg y Lundbeck. "La estructura del Área de Psiquiatría y Salud Mental debe basarse en las necesidades de las personas, es decir, hablamos de una Medicina centrada en el paciente. Su empoderamiento supone un cambio en la filosofía de la atención. El usuario tiene que ser el centro del sistema y debe incorporarse a todas las fases del proceso de su patología", ha resumido María Fe Bravo, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Respecto al primer nivel asistencial, Blanca Reneses, jefe de Servicio de Psiquiatría y directora del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha alertado de que "los trastornos depresivos y de ansiedad son muy prevalentes en Atención Primaria, pero solo una parte se identifica de forma correcta". "Los programas de gestión compartida con Primaria para trastornos depresivos mejoran el diagnóstico y el tratamiento", ha indicado.

También Javier Correas, jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Henares de Madrid, ha defendido "la organización por problemas", lo que supone que el sistema "debe estar centrado en el paciente y no en el profesional". "Este tipo de gestión favorece la continuidad asistencial, disminuye la variabilidad y permite mantener un plan terapéutico consistente durante todo el proceso. La organización por problemas también invita a los profesionales a que se impliquen en el sistema y premia la excelencia".

Durante su intervención, Jerónimo Sáiz, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha enumerado "los retos" que tienen los sistemas sanitarios en la actualidad, entre los que

ha destacado "la escasa contribución de los progresos tecnológicos y científicos a la práctica psiquiátrica". También ha hablado del "estigma y la discriminación que se produce hacia los enfermos mentales y quienes les rodean". Otros retos que tiene que afrontar el sistema sanitario actual son el incremento de la asistencia en edad infanto-juvenil y el aumento de la demanda de atención psicológica.

Jerónimo Sáiz ha reclamado una mejor coordinación de los servicios de Salud Mental con Atención Primaria, Dependencia y los Servicios Sociales. También ha pedido un aumento de los recursos residenciales y asistenciales destinados a los enfermos crónicos.

Enfoque multifacético de las enfermedades mentales

La necesidad de abordar las enfermedades mentales desde un enfoque multifacético ha sido una de las ideas defendidas por el director general de Lundbeck para España y Portugal, Xavier Martí, quien ha hablado del "compromiso" de su compañía con las personas que tienen algún tipo de trastorno mental. "Es muy necesario que los avances científicos se trasladen al sistema sanitario para el beneficio de los pacientes".

Además, Martí ha recordado la importancia de trabajar a nivel social para reducir el estigma y la discriminación que rodea a este tipo de patologías. "Solo el cinco por ciento de los pacientes con trastornos mentales tiene ocupaciones o empleo. Debemos dar respuesta a sus problemas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida", ha añadido.

Respecto a la gestión clínica, los especialistas han asegurado que es imprescindible que se base en "el liderazgo directi-

vo". Miguel Ángel Jiménez-Arriero, jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre de Madrid, ha explicado que en este ámbito la gestión debe basarse en "planteamientos protocolizados, la cuantificación de los resultados, su evaluación y optimización".

Asimismo, el Dr. Carlos Marfull, gerente del Hospital Dr. Rodríguez Lafora de Madrid, se ha mostrado partidario de un modelo de "dirección participativa por objetivos", y ha hablado de los procedimientos de movilidad internos y de externalización, con la finalidad de reducir los tiempos de espera.

Humanización y coordinación en la atención a la Salud Mental

Los representantes de las personas y los familiares afectados por los trastornos mentales han solicitado más recursos para mejorar la asistencia, entre ellos, el aumento del número de psicólogos clínicos. José María Sánchez Monge, expresidente de la Confederación de Salud Mental de España (antes FEAFES), ha pedido que "las leyes y los procedimientos se elaboren con la colaboración de personas con trastorno mental, familiares y profesionales para garantizar sus derechos".

Jerónimo Sáiz lamenta "la escasa contribución de los progresos tecnológicos y científicos a la práctica psiquiátrica"

A nivel institucional, Julio Zarco, director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la

Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, ha recalcado "el compromiso de la Consejería de Sanidad de profundizar en las mejoras y capacitaciones de los profesionales en Salud Mental, tanto psiquiatras, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.". Asimismo, ha reforzado la idea de que es fundamental "empoderar al paciente" en la estrategia de salud mental y, en general, en el abordaje del paciente crónico ■



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

28 de octubre

El Foro recupera el consenso con el Ministerio sobre GC y confía en que dé tiempo a redactar el RD en esta legislatura. El grupo de trabajo formado entre representantes del Foro de la Profesión Médica y del Ministerio de Sanidad para la elaboración de un documento de bases sobre la gestión clínica recuperaba en su reunión el consenso existente hace ya meses en esta materia. Se volvía a producir una aproximación en tres de las cuestiones claves que, tras haberse llegado a ese primer consenso, en opinión de los médicos, no fue respetado después en el redactado del proyecto de Real Decreto, lo que supuso uno de los puntos más importantes en la ruptura entre el Foro y el Ministerio. La esperanza de los médicos es que, pese al poco tiempo que queda para que concluya la actual legislatura, aún dé tiempo a redactar el Real Decreto de Gestión Clínica... y que este contenga, por supuesto, este consenso ■

30 de octubre

Farmaindustria anuncia un Plan de Adherencia a los Medicamentos. El próximo año, el sector farmacéutico “va a generar grandes oportunidades”. Esa era la idea que transmitía Antoni Esteve, presidente de Farmaindustria, en el XII Seminario de Industria Farmacéutica y los medios de comunicación. El discurso de Esteve se centraba en transmitir que desde la Industria “ya sentimos que estamos en ese periodo de recuperación y ya podemos tener ese optimismo”. En ese sentido, el presidente recalca que el primer paso de mejora debe de ser el establecer un marco de estabilidad con la Administración, “hay que estar juntos para marcar retos ambiciosos y que el futuro sea suficientemente atractivo”. Este marco estable debe pasar por construir alianzas con todos los agentes del sector, entre ellos los pacientes. Con el objetivo de mejorar la salud de los mismos, pero también con el de hacer más eficientes los recursos del sistema, en una época en la que el gasto farmacéutico sigue estando en el punto de mira, Farmaindustria anunciaba la creación de un Plan de Adherencia a los Medicamentos ■

5 de noviembre

Farmaindustria y los Ministerios de Hacienda y Sanidad firman un Protocolo por la sostenibilidad, el acceso y la innovación. La rúbrica la llevaban a cabo, en un acto celebrado en la sede ministerial de Sanidad, los ministros Cristóbal Montoro y Alfonso Alonso,

y el presidente de Farmaindustria, Antoni Esteve, todo ello en presencia del secretario de Estado de Administraciones Públicas, Antonio Beteta. Este Protocolo tendrá una duración de doce meses a partir del 1 de diciembre y podrá prorrogarse anualmente, hasta un máximo de tres años. Se vertebra sobre la conciliación de los objetivos y compromisos del Estado sobre déficit público y sostenibilidad del SNS, las necesidades sanitarias y farmacéuticas de la población y los retos de futuro de un sector industrial fundamental para la economía española como es el farmacéutico ■



13 de noviembre



José Javier Castrodeza, nuevo secretario general de Sanidad. El Consejo de Ministros acordaba nombrar a José Javier Castrodeza como secretario general de Sanidad y Consumo. Sustituye en el cargo a Rubén Moreno. Durante el último año, Castrodeza ha ejercido como director general de Salud Pública, Calidad e Innovación, cargo que desempeñará a partir de ahora Elena Andradar Aragonés, cuyo nombramiento también era aprobado por el Consejo de Ministros ■

Expertos denuncian una sobrevaloración de los fármacos a nivel autonómico. La Farmacoeconomía era protagonista del XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), y es que para hablar de nuevas terapias o de nuevas formas de organización sanitaria los presupuestos siguen siendo un asunto fundamental. Siendo así, Álvaro Hidalgo, economista de la Universidad de Castilla-La Mancha, analizaba las repercusiones de la crisis en los presupuestos sanitarios de toda Europa, señalando que si bien no ha decrecido tanto el gasto sanitario, sí que lo ha hecho el gasto farmacéutico. Además, de forma paradigmática se observa cómo la tendencia general era que el gasto privado creciera en menor medida que el gasto público; sin embargo, “ahora en casi todos los países de la OCDE el gasto privado crece más rápido que el público”. Concentrándose en el caso español, Hidalgo señalaba que lo más llamativo es que “se ha producido una reducción del gasto sanitario *per cápita* en términos reales, cosa que no ha sucedido en otros países de la OCDE”, cifrando este descenso en un 1,7 por ciento por año

desde el comienzo de la crisis. Sin embargo, el experto puntualizaba que uno de los datos más preocupantes en este sentido era que “la diferencia entre la CC.AA. con mayor presupuesto y la que menos ha aumentado” ■

16 de noviembre

El ministro apuesta por rebajar la tensión en Sanidad y buscar acuerdos entre todos para lograr “un Pacto político”. Alfonso Alonso ponía en valor el Sistema Nacional de Salud (SNS), “al que tenemos que hacer cada vez más fuerte con sus competencias básicas, pero sin menoscabo de los 17 sistemas sanitarios que existen en las comunidades autónomas. El SNS cohesionará la Sanidad en España”, subrayaba Alonso en un acto en Bilbao, al tiempo que se refería a la aprobación de la normativa por la cual todos los acuerdos que se tomen en el Consejo Interterritorial serán vinculantes. De lo que se trata es de que “no haya diferencias entre los profesionales de las distintas CC.AA.”. Por ello, Alonso abogaba por “trabajar por la cohesión del sistema para lo que sería necesario un Pacto político claro y rebajar la tensión en Sanidad y buscar acuerdos entre todos para preservar la Sanidad. El Consejo Interterritorial es una buena herramienta porque en él se abordan las distintas estrategias, como la cronicidad, que cohesionan el sistema” ■

18 de noviembre

Entre el 40 y el 50% de las prescripciones de antibióticos en AP y en hospitales son “inadecuadas”. Así lo destacaba el Ministerio de Sanidad, que ha modificado mil formatos de antibióticos para ajustar las dosis a la duración del tratamiento, con motivo del Día Europeo para el uso prudente de estos medicamentos. España es uno de los doce países europeos que cuenta con un Plan Nacional para reducir el riesgo de resistencia a los antibióticos; cerca de 25.000 pacientes mueren cada año en la UE debido a una infección causada por bacterias multiresistentes que generan un impacto económico de 1.500 millones de euros ■

20 de noviembre

La Mesa de la Profesión Enfermera aguarda la publicación en el BOE del RD de prescripción para recurrirlo. Abogados y expertos en comunicación de la Organización Colegial de Enfermería y el Sindicato de Enfermería, SATSE, que integran la Mesa de la Profesión Enfermera, celebraban una jornada de trabajo conjunto para ultimar las distintas acciones jurídicas y de comunicación que



se van a poner en marcha “como consecuencia de la modificación extemporánea e ilegal del texto definitivo del Real Decreto sobre prescripción enfermera perpetrado por el Gobierno del Partido Popular”, señalaba la Mesa en una nota. Los juristas, venidos de toda España, consensuaron las actuaciones jurídicas a desarrollar, una vez se publique en el BOE el Real Decreto, con el que el Gobierno del PP “ha incurrido en irregularidades de forma y fondo que, además de ser contrarias a ley, perjudican gravemente a los ciudadanos y profesionales”, añadía ■

23 de noviembre

El Foro de la Profesión lanza la campaña #VotaportuSalud para concienciar ante los comicios del próximo 20-D. Se comprometía a llevar la palabra de los ciudadanos, en todo lo respectivo al sistema sanitario y el manejo de la salud, a los partidos que participan en las próximas elecciones del 20-D. Para ello el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDFM), el Consejo Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud (CNECS), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), suscribían la campaña #VotaportuSalud. Tiene como objetivo poner en la agenda política de cara a las próximas elecciones el debate sanitario y reafirmar su importancia en la construcción de la sociedad que queremos. La gestión de los recursos, el manejo de la salud de los ciudadanos, los derechos en Sanidad, la prevención, la universalidad... son algunos de los temas sobre los que el FPME quiere incidir ■

La delegación de la OMC en la UEMO reivindica disponer de una sola voz autorizada en el ámbito de la UE. El secretario general, el Dr. Juan Manuel Garrote, y el vicesecretario, el Dr. Jerónimo Fernández Torrente, representaban a la institución colegial española en la reunión de otoño de la Unión Europea de Médicos Generales y de Familia (UEMO). Se solicita tener una sola organización en el ámbito de la UE por parte de los profesionales médicos, que traslade sus iniciativas a la propia CE, que garantice los derechos de los ciudadanos y pacientes y disminuya la actual fragmentación de la representación profesional ■

NOTA: Cronología del 28 de octubre al 25 de noviembre de 2015.
Para ampliar informaciones, ver:
<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst



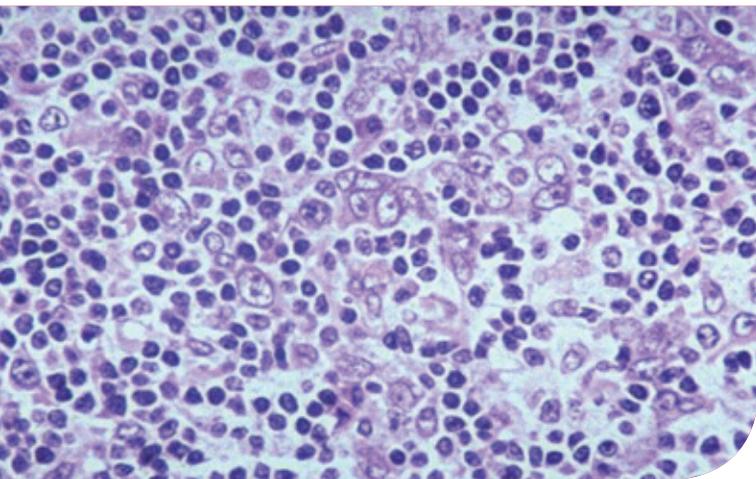
INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



Investigadores españoles descubren nuevas vías para el tratamiento del linfoma linfoblástico T

Un trabajo coordinado por científicos de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) ha descubierto que la activación del oncogén JAK2 es decisiva en la transformación de células del sistema inmune en malignas y, con ello, en el desarrollo de linfomas linfoblásticos T, lo que abre nuevas vías para el tratamiento de estos tumores. Según explican los autores de este trabajo, cuyos resultados publica la revista 'Leukemia', los linfomas linfoblásticos de células T precursoras (T-LBLs) constituyen un subgrupo altamente heterogéneo de enfermedades raras pertenecientes a las leucemias que afectan principalmente a niños, pero también a adultos. La investigación, en la que también participan el Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD) y el Centro de Investigaciones Biomédicas en Red de Enfermedades raras (CIBERER), se ana-



lizó el oncogén JAK2 utilizando técnicas de secuenciación de última generación que permiten analizar de forma simultánea miles de moléculas de ADN o ARN al mismo tiempo en una sola plataforma. Dicho oncogén actúa mediante dos mecanismos diferentes: uno de naturaleza genética (cambios que no suponen la modificación de la secuencia de bases nucleotídicas del gen) y otro de naturaleza epigenética (alteraciones en la expresión génica, sin que cambie la secuencia de bases nucleotídicas del gen, que afectan a la configuración de la cromatina). Los resultados obtenidos sugieren la posibilidad de combinar el uso de inhibidores de este oncogén en combinación con drogas que influyen en el grado de compactación de la cromatina que rodea al gen. De esta manera, se potenciaría el efecto de las terapias utilizadas actualmente en un grupo importante de este tipo de linfomas. ■



Usan la nanomedicina para mejorar la terapia contra el cáncer de mama y colon

Investigadores del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR) han diseñado un sistema para identificar las células madre cancerígenas más resistentes al tratamiento y abordarlas con nanomedicinas terapéuticas dirigidas en casos de cáncer de mama y de colon, los dos tumores más frecuentes. Este método, publicado en la revista científica 'Nanomedicine: NBM', ha permitido identificar estas células a través de un método de detección por fluorescencia y enviar el tratamiento directamente a sus receptores. Científicos del grupo de Direccionamiento y Liberación Farmacológica del CIBBIM-Nanomedicine del VHIR han conseguido mejorar la eficacia del tratamiento convencional atacando a las células madre cancerígenas, una población minoritaria de células que se encuentran en los tumores, pero que tienen la capacidad de sobrevivir prácticamente en cualquier parte del cuerpo. Una de las principales dificultades a la hora de actuar directamente contra estas células es distinguirlas del resto de células del tumor, como ha explicado el investigador principal del estudio, Simó Schwartz Jr. Este investigador ha explicado que han conseguido alterarlas genéticamente para emitir una luz que las diferencia del resto: "Con este nuevo sistema de fluorescencia podemos aislar y estudiar las células madre cancerígenas con facilidad, lo que nos permite identificar nuevos biomarcadores y probar terapias o mejorar las actuales". Tras identificar las células madre tumorales, los investigadores del VHIR, en colaboración con otros investigadores de la Universidad de Lisboa, probaron 'in vitro' la efectividad de las nanomedicinas en modelos de cáncer de colon y mama. Escogieron muestras tumorales de estos dos tipos de cáncer porque son con las que trabajan en el laboratorio y conocen los receptores específicos de las células madre ■

Desarrollan un método no invasivo para el diagnóstico precoz de enfermedades como osteoporosis o Alzheimer

Científicos de la Universidad de Granada han diseñado un nuevo colorante capaz de detectar, en una misma prueba y en solo 20 minutos, la presencia de fosfato y biotioles en el interior de células vivas, que podría servir para diagnosticar de manera precoz enfermedades como la osteoporosis, el Alzheimer, la diabetes tipo II o el cáncer de próstata, ya que los niveles anormales de las sustancias son un claro síntoma de la presencia de estas patologías. En un artículo publicado en la revista 'Chemistry A European Journal', los investigadores, pertenecientes al departamento de Fisicoquímica de la Universidad



de Granada, han llevado a cabo el diseño, síntesis y estudio foto-físico de este nuevo colorante capaz de detectar fosfato y biotioles en la misma prueba. El autor principal de este trabajo, Luis Croveto González, del departamento de Fisicoquímica de la Universidad de Granada, explica que esta es la primera vez que se logra "sintetizar una sonda que es capaz por ella misma de detectar las dos sustancias en el mismo experimento, ya que normalmente este procedimiento se hace utilizando dos fluoróforos y/o distintos experimentos". El interés científico que tiene medir los iones fosfato radica, precisamente, en que puede aplicarse en la valoración de la biodisponibilidad de fármacos empleados en determinadas enfermedades, entre las que se encuentra la osteoporosis. Actualmente, sólo se conocen metodologías invasivas para calcular la concentración de fosfato que existe en el interior de los osteoblastos, las células precursoras de los huesos. Para ello, se emplea fósforo radiactivo, con los graves inconvenientes que ello conlleva. La metodología desarrollada por los investigadores de la UGR "consigue algo que no se había logrado nunca antes", subraya la institución universitaria ■

España inicia el ensayo para tratar el VIH con sangre de cordón umbilical en enfermos con cáncer hematológico

España empezará en diciembre o en enero de 2016 el primer ensayo clínico del mundo para comprobar si un trasplante de sangre de cordón con la mutación CCR5 Delta32 puede curar el virus del VIH en pacientes que han desarrollado un cáncer de sangre. En el estudio participarán cinco pacientes del Sistema Nacional de Salud. El director de la ONT, Rafael Matesanz, el presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, José María Moraleda, y el hematólogo del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda e investigador que liderará el ensayo, Rafael Duarte, han presentado este ensayo, que tendrá una duración de tres años, durante el 57º Congreso Nacional de la SEHH. Los cinco pacientes que se seleccionarán para este ensayo deben ser personas adultas con infección VIH, con indicación establecida de trasplante de células madre sanguíneas alogénico por padecer leucemia, linfoma u otra neoplasia hematológica y carentes de un donante familiar con HLA idéntico y se les hará un seguimiento clínico y de muestras de laboratorio postrasplante durante un año. El primer trasplante se hará en diciembre o enero en el hospital Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid mientras que los otros cuatro enfermos aún no han sido seleccionados. Asimismo, en este ensayo participarán los hospitales Gregorio Marañón de Madrid, la Fe de Valencia, líder europeo en trasplantes de cordón umbilical, y el Instituto Catalán de Oncología. Matesanz ha explicado que por el momento el trasplante de estas unidades de cordón umbilical para curar el sida se reserva en exclusiva para los pacientes que tengan también cáncer hematológico ya que un uso generalizado contra el VIH sería como "matar moscas a cañonazos". No obstante, el presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, José María Moraleda, ha destacado que este ensayo tiene "mucho relevancia" porque si se constata esta hipótesis en un futuro sí que se abriría la puerta a investigar mediante técnicas de terapia celular introducir la modificación CCR5 Delta32 en células y poder emplearlas para curar el sida "sin la toxicidad" que supone un trasplante ■





Nuevas directrices de la Sociedad Americana del Cáncer apuestan por iniciar las mamografías anuales a los 45 años



Las mujeres con un riesgo promedio de cáncer de mama deben comenzar a realizarse regularmente una mamografía anual a partir de los 45 años, pero dejando abierta la posibilidad de que las mujeres a partir de los 40 años puedan elegir realizarse este cribado anualmente, según las últimas actualizaciones de la guía de detección del cáncer de mama de la Sociedad Americana del Cáncer. En el caso de las mujeres de 55 años y mayores, deben pasar este análisis de detección cada dos años, pero manteniendo asimismo la posibilidad de continuar realizándose una vez al año, mientras que ya no se aconseja el examen clínico de mama de rutina, según un artículo sobre la revisión de las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer publicado en la edición de la revista 'JAMA'. La formulación de las recomendaciones se basa en la calidad de la evidencia y los ensayos sobre el equilibrio de beneficios y daños. Fruto de ello, las recomendaciones de 2015 para la detección del cáncer de mama de las mujeres con riesgo promedio son que las mujeres deben comenzar a realizarse mamografías de cribado regulares a partir de los 45 años y que las de 45 a 54 años de edad deben ser examinadas anualmente. Las mujeres de 55 años y mayores deben pasar al cribado bienal pero tener también la oportunidad de continuar el cribado anual, además de que las que cumplen 40 años han de poder asimismo optar por iniciar el cribado anual a partir de esa edad hasta los 44 años. Además, las mujeres deben continuar con la mamografía de cribado incluso aunque su salud en general sea buena y tengan una esperanza de vida de 10 años o más. En lo que respecta a la recomendación periódica del examen clínico de mama (CBE), los investigadores escriben que "la ausencia de pruebas claras de que CBE contribuya significativamente a la detección del cáncer

de mama antes o después de la edad de 40 años llevó al GDG a la conclusión de que ya no podía recomendarse para las mujeres de cualquier edad con un riesgo promedio" ■

Cambios de sueño entre semana pueden aumentar el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares

Las mañanas de los lunes podrían ser perjudiciales para la salud, pero también los cambios de rutina del sueño, como despertarse temprano para el trabajo durante la semana, pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas metabólicos como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, según advierte un nuevo estudio publicado en 'Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism'. Los investigadores han reconocido desde hace tiempo que el trabajo por turnos puede contribuir al riesgo metabólico debido a la interrupción continua del sistema circadiano. De hecho, los trabajadores por turnos son más propensos a desarrollar síndrome metabólico, enfermedad coronaria y diabetes tipo 2 que los empleados con turnos diurnos regulares. La interrupción del sueño es uno de los factores que han contribuido al aumento de las tasas de diabetes y obesidad. Más de 29 millones de estadounidenses padecen diabetes y el 35,1 por ciento de los adultos estadounidenses son obesos, según datos de la Sociedad de Endocrinología Endocrinología. "El 'jetlag' social se refiere a la falta de correspondencia entre el ritmo circadiano biológico de un individuo y sus horarios de sueño socialmente impuestos. "Este es el primer estudio que se centra sobre el trabajo y demuestra que incluso entre los adultos con trabajos saludables que experimentan una gama menos extrema de desajustes en su horario de sueño, el 'jetlag' social puede contribuir a problemas metabólicos. Estos cambios metabólicos pueden llevar al desarrollo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular", agrega. En la investigación los participantes que tenían una mayor desalineación entre sus horarios de sueño en los días libres y de trabajo tienden a presentar perfiles pobres de colesterol, niveles elevados de insu-



lina en ayunas, mayor circunferencia de la cintura, un mayor índice de masa corporal y eran más resistentes a la insulina que los que tenían menos 'jetlag' social. La asociación se mantuvo incluso cuando los investigadores ajustaron las medidas para tener en cuenta la variación en otras medidas del sueño y conductas de salud como la actividad física y la ingesta de calorías ■

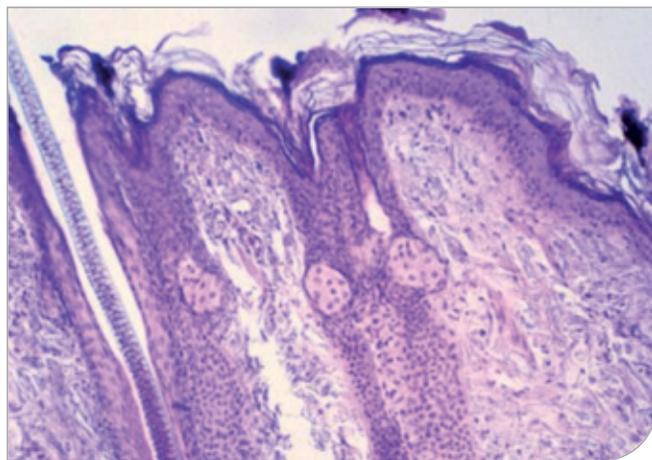
Desarrollan una prometedora vacuna que logra reducir el colesterol LDL



Investigadores de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y la Universidad de Nuevo México, en Estados Unidos, han desarrollado una nueva vacuna para reducir los niveles del colesterol LDL, que ya ha demostrado su potencial en ratones y monos, lo que hace más viable su futuro uso en humanos. De hecho, los autores del estudio cuyos resultados publica en su último número la revista 'Vaccine', aseguran que esta novedosa terapia podría convertirse en un tratamiento más potente que las actuales estatinas, fármacos utilizados para tener bajo control el colesterol que presentan algunos efectos secundarios potencialmente graves. La nueva vacuna se dirige a una proteína llamada PCSK9, que regula el colesterol en la sangre y funciona estimulando al organismo para eliminar los receptores a los que el colesterol se une al ser eliminado. De hecho, las personas que tienen una mutación de dicha proteína tienen más riesgo de enfermedades cardíacas. En concreto, la vacuna logra detener el funcionamiento de dicha proteína y, de este modo, reduce los niveles de colesterol en sangre. Los investigadores la probaron primero en ratones, donde consiguió reducir el nivel de colesterol LDL, y tras este primer éxito la probaron en un pequeño número de macacos en combinación con estatinas, logrando una drástica disminución del colesterol. Varias compañías farmacéuticas han desarrollado tratamientos para la hipercolesterolemia que actúan frente a la proteína PCSK9, sin embargo, esta nueva vacuna parece ser aún más eficaz que estos tratamientos, que están basados en anticuerpos monoclonales ■

El bloqueo de unas enzimas en los folículos pilosos facilita el crecimiento del cabello

Inhibir una familia de enzimas dentro de los folículos pilosos que se encuentran en un estado de reposo restaura el crecimiento del cabello, según un nuevo estudio de investigadores del Centro Médico de la Universidad de Columbia, en Nueva York, Estados Unidos, y que se publica en la edición digital de 'Science Advances'. El estudio plantea la posibilidad de que fármacos conocidos como inhibidores de JAK podrían emplearse para restaurar el crecimiento del cabello en múltiples formas de pérdida de cabello, tales como la calvicie de patrón masculino, y tipos adicionales que se producen cuando los folículos pilosos están atrapados en un estado de reposo. La agencia norteamericana del medicamento (FDA) ha aprobado dos inhibidores de JAK, uno para el tratamiento de enfermedades de



la sangre (ruxolitinib) y el otra para la artritis reumatoide (tofacitinib). Ambos se están probando en ensayos clínicos para el tratamiento de la psoriasis en placas y la alopecia areata, una enfermedad autoinmune que causa la pérdida del cabello. En el curso la investigación, los autores se dieron cuenta de que creció más pelo en los animales de experimentación cuando el fármaco se aplica tópicamente a la piel en comparación con cuando se administra oralmente. Esto sugiere que los inhibidores de JAK podrían tener un efecto directo sobre los folículos pilosos además de inhibir el ataque inmunológico. Cuando los investigadores analizaron más de cerca los folículos pilosos de ratones normales, encontraron que los inhibidores de JAK despertaron rápidamente los folículos en reposo. Los folículos pilosos no producen el cabello constantemente, sino más bien el ciclo entre el descanso y las fases de crecimiento. Los inhibidores de JAK desencadenan el proceso normal de renacimiento de los folículos, según vieron los investigadores. ■

STORYTELLING

**COLABORACIÓN
CON SOCIEDADES**

**DOCUMENTACIÓN E
INFORMACIÓN
CIENTÍFICA**

**tu
aliado
en
todos
tus
proyectos**

COMUNICACIÓN

HUMANIDADES

**ACTIVIDADES
PRESENCIALES**

FORMACIÓN

HERRAMIENTAS

INVESTIGACIÓN

saned.
GRUPO

Nuestra meta es la excelencia, conseguir la satisfacción del cliente; porque la calidad es muy importante, pero el éxito solo se logra cuando el proyecto alcanza el objetivo fijado.

Después de más de 30 años desarrollando nuestra labor de formación e información al colectivo sanitario, aportando las últimas novedades y tendencias al complejo mundo del marketing farmacéutico, nos llega una nueva ilusión, un nuevo reto: acercarnos al mercado internacional.

Todavía tenemos mucho que aprender, pero también mucho que aportar.

Tu éxito es nuestro éxito.



FORMACIÓN

La formación continuada constituye una herramienta fundamental para el profesional sanitario y es una preocupación ampliamente asumida por este colectivo. Desde su fundación en 1981 **Grupo SANED** ha desarrollado y tramitado la acreditación de más de 500 cursos de formación dirigidos a gestores sanitarios, profesionales médicos y farmacéuticos.



HERRAMIENTAS

El compendio de nuevos vocablos, siglas, fechas de realización de congresos y reuniones, y recursos disponibles en internet sobre las distintas especialidades, así como servicios para la defensa de los intereses del profesional de la Medicina, hace que este no tenga que destinar parte de su tiempo a la búsqueda de recursos generales, que aquí se le ofrecen de manera ordenada y en formatos atractivos.



HUMANIDADES

La profesión médica históricamente se ha encuadrado entre aquellas en las que sus miembros han dedicado una parte importante de su tiempo y de sus esfuerzos a asuntos humanísticos al margen de su profesión. Además, numerosas disciplinas tienen un punto de conexión con la Medicina, como la Historia, el Arte, la Literatura, la Sociología o la Ética, entre otras, que atraen al médico curioso y preocupado por su formación intelectual.



COMUNICACIÓN

Desde sus inicios, y ante el indudable papel de las revistas científicas y profesionales como transmisoras de conocimientos, **Grupo SANED** ha dedicado gran parte de su actividad a la edición de publicaciones periódicas, dirigidas a diferentes profesionales sanitarios, tanto en papel como en formato electrónico accesible vía web.



COLABORACIÓN CON SOCIEDADES

De la relación consolidada y fluida que existe entre **Grupo SANED** y numerosas sociedades científicas ha surgido un número importante de colaboraciones, avaladas por dichas sociedades y sometidas a los organismos oficiales de acreditación, que aportan rigor y garantía a nuestros contenidos editoriales (boletines, documentos de consenso, vías clínicas, SEMERGEN DoC...), reuniones y congresos, etc.



STORYTELLING

Storytelling es el arte interactivo de usar palabras y acciones para revelar los elementos e imágenes de una historia, fomentando al mismo tiempo la imaginación de nuestro interlocutor. No es solo persuadir hablando de las características y virtudes de un concepto, sino que el objetivo es conectar con la parte emocional del receptor, consiguiendo un mayor anclaje del mensaje y cambios de comportamiento. "Debemos diferenciarlos **NO** mediante **QUÉ** decimos sino mediante **CÓMO** lo decimos".



DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN CIENTÍFICA

Conscientes de la importante contribución que un buen servicio de información puede ofrecer a la práctica médica, se ha desarrollado un amplio conjunto de productos que proporcionan una satisfactoria ayuda al profesional en su labor asistencial.



INVESTIGACIÓN

La necesidad de la industria farmacéutica de realizar estudios de todo tipo en el área sanitaria nos ha permitido desarrollar, junto a las sociedades científicas con las que colaboramos, numerosos estudios que son publicados con posterioridad en soportes generales y especializados. El éxito está basado en el control global del proyecto, que incluye desde el diseño del mismo en colaboración con los comités, hasta su difusión final.



ACTIVIDADES PRESENCIALES

Grupo SANED en colaboración con diferentes entidades nacionales e internacionales desarrolla programas de formación en habilidades inter/intrapersonales y directivas ligadas al ejercicio de la profesión en el ámbito sanitario. El objetivo de esta formación es trabajar las habilidades que ayuden a mejorar las relaciones y la gestión dentro de las organizaciones sanitarias, potenciando las competencias de las personas participantes y el crecimiento de estas organizaciones.



SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Cardiología

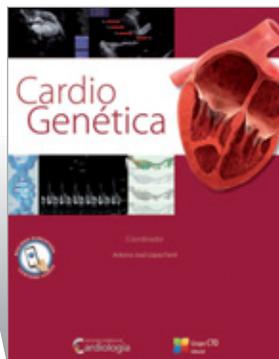
Cardio Genética

Coordinador: Antonio López Farré

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) presenta Cardio Genética, la primera obra en Español que trata sobre los avances genéticos y su aplicación clínica en el campo de la patología cardiovascular.

Este libro cubre un hueco específico en el área de formación en Cardiología en un tema actual y de amplio futuro como es la genética de las enfermedades cardiovasculares y su impacto en el manejo del paciente cardiaco. Está dividido en siete bloques que abordan todo el espectro, desde principios y conceptos básicos de la genética general, hasta su papel en las arritmias, la patología arterial, el corazón y sus estructuras, los mecanismos moleculares y celulares relacionados con las patologías del corazón y las enfermedades metabólicas asociadas a la patología cardiovascular. El último capítulo trata sobre el futuro de la genética en relación con la patología cardiovascular en el que se incluye, además, un apartado sobre la edad biológica del corazón y sobre la importancia que la genética está comenzando a tener en el tratamiento personalizado del paciente cardiovascular.

La obra está avalada por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, que destaca por su material iconográfico de alta calidad que se complementa con un vídeo 3D, que es de gran ayuda para comprender algunos conceptos del libro. Además, al terminar cada capítulo se incluye un epígrafe que recuerda los temas más destacables ■



Medicina Tropical

Diagnóstico de las Enfermedades Desatendidas: moléculas y trópico

Coordinadores: Esperanza Rodríguez, José Miguel Rubio y Jorge Alvar

La aplicación de los métodos moleculares de diagnóstico ha pasado en unos 20 años de ser un algo extraordinariamente novedoso, a convertirse en una herramienta rutinaria para numerosas enfermedades excepto para las patologías tropicales. El libro "Diagnóstico de las Enfermedades Desatendidas: molé-

culas y trópico" pretende reducir el desfase de décadas existente en la aplicación de los métodos moleculares de diagnóstico en las enfermedades tropicales.

La obra forma parte de la colección Medicina Tropical Salud Global, dirigida por Jorge Alvar, uno de los coordinadores de la obra. El volumen, de la mano de los investigadores que participan en el Curso de Diagnóstico Molecular de enfermedades tropicales, organizado por la Escuela Nacional de Sanidad, se introduce en estas patologías, cada vez menos exóticas, para hacer una extensa revisión de los avances registrados en el diagnóstico molecular de estas enfermedades y de cómo su aplicación mejora el conocimiento sobre las mismas ■



Psicología

La Medicina Emocional. Cómo mejorar tu salud, cuidando tus emociones

Autora: Marisa Navarro

Nuestra salud depende de comportamientos como la dieta que sigamos, el ejercicio que realicemos o nuestro descanso, pero también de nuestra actitud mental.

Convencida de que las emociones y sentimientos influyen de manera decisiva en nuestra salud y en nuestra vida, la doctora Marisa Navarro ha escrito el libro "La Medicina emocional", en el que recoge, gracias a la experiencia de sus más de 20 años como médico psicoterapeuta, un conjunto de estrategias y habilidades, a modo de medicina aplicada a las emociones y a los sentimientos..

La Medicina emocional, implica un conjunto de técnicas y conocimientos destinadas al manejo de pensamientos, emociones y actitudes, para que a través de ellos, y por la conexión entre la mente y el cuerpo, se pueda llegar a la mejora y fortalecimiento de la salud, así como en unión de otras estrategias, a la prevención, el alivio y la curación de las enfermedades.

A través de dichas técnicas y habilidades, la doctora nos propone encontrar la paz interior, el equilibrio, el coraje y la fortaleza necesarias para afrontar el día a día, para poder adoptar una actitud más serena y tranquila que ayude a vivir intensamente el momento presente, dejando de lado las preocupaciones sobre el incierto futuro o decepciones o momentos difíciles vividos en el pasado ■



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Aterina[®]

Sulodexida

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 o 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 teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipostenesia, 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 faringolingual. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquinia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilización. **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 gripa. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash entomatoso, rash borbilliforme, 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)imidazo (5,4-c) Rifaximina] en su forma polimérica. **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antimicrobianos 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 polimérica α (a) 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 eficacia activada 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, 235 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 poliméricas de Rifaximina diferentes a la α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diacetato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. **Aportación normal.** **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (cuatro cápsulas al día en total) durante 3 meses. **Población pediátrica:** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). En la siguiente tabla se muestran las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/100$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/1000$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/10.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. **Poco frecuentes:** Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. **Poco frecuentes:** Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** **Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** **Frecuencia no conocida:** Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** **Frecuencia no conocida:** Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** **Frecuencia no conocida:** Asma. **Trastornos renales y urinarios:** **Frecuencia no conocida:** Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** **Frecuencia no conocida:** Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinita A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. 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:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP/IVA:** 16,84 €. **Con receta médica.** **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2015.

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

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

BAMA — GEVE

Imagen en segunda de cubierta

www.bamageve.es

REPORTAJE



Así fue la Sanidad en 2015

Las elecciones del 20 de diciembre serán, sin duda, el tema más relevante del año; y la Sanidad no será ajena a ellas. Junto a él, el relevo al frente de las consejerías de Sanidad y Salud tras las elecciones autonómicas, la polémica en torno a la universalización de la asistencia o el visto bueno a la norma legal que regula la prescripción de enfermería han sido contenidos de interés a lo largo del año que ahora acaba, en lo que al sector sanitario se refiere.

FORO DE EXPERTOS

Manel Santità

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial
"Reducir la utilización de intervenciones innecesarias"

Manuel Vilches

Director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad
"Hacia un nuevo modelo sanitario basado en la calidad y centrado en el paciente"

ENTREVISTAS

María Martín Díez de Baldeón



Consejera de Salud de La Rioja

Emilio Casariego

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna



Andrés Íñiguez



Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

Ángel Mataix

Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria



REPORTAJES



Los nuevos productos sanitarios



Radiografía a la Cirugía Plástica en España



A.M.A COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un

60%^{*} bonificación

en su seguro de Automóvil

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 16 de octubre y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

606645.9 O

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

APROBADO POR LA
FDA
FARMACIA
GEEVE

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág.81