

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1161. Enero/Febrero 2015



La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año



Reportajes

Elecciones colegiales 2015

Presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Entrevista

Eduardo M. Targarona
Presidente de la Asociación Española de Cirujanos



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

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

BAMA - GEVE

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

Un año lleno de crisis y ajustes

La crisis sanitaria originada por el primer contagio de Ébola en España, la dimisión de Ana Mato por su relación con el caso Gürtel y la paralización definitiva del proceso de externalización de la Sanidad madrileña han sido los asuntos más candentes del sector en 2014. El año acababa también con otra crisis: la generada en torno a las vacunas de la hepatitis C. También ha dado mucho que hablar la troncalidad, el lento desarrollo del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del SNS, el nuevo sistema de precios de referencia, el lanzamiento del registro estatal de profesionales sanitarios o la polémica reforma de la Ley de Mutuas y de la gestión de la incapacidad temporal. Además, la crisis del Ébola, se llevaba también por delante al consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Su sucesor, Javier Maldonado, se convertía en el tercer responsable sanitario de la autonomía en esta legislatura.



En el ámbito farmacéutico, el Ministerio de Sanidad daba luz verde al nuevo sistema de precios de referencia mediante la aprobación del Real Decreto 177/2014, del mes de marzo. Por primera vez se permitía la creación de nuevos conjuntos de medicamentos a financiar -con el mismo principio activo y vía de administración- cuando se cumplieran diez años de la autorización del fármaco en España o en cualquier otro Estado miembro de la Unión Europea, y siempre que existiera, al menos, uno financiado distinto del original y sus licencias. El 16 de julio entraba en vigor la primera orden de precios de referencia, que traería consigo la revisión del precio de 14.526 medicamentos.

El resumen del año ocupa, como siempre, la portada de este primer número del año. En él incluimos otros reportajes, como el clásico de nuestra publicación dedicado a las elecciones colegiales. El presente, pasado y futuro de la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades, el conocido como CIE 10; o una radiografía al manejo del dolor en nuestro país son otros temas objeto de abordaje en profundidad. Además avanzamos algo de lo que será el próximo congreso nacional de hospitales, y contamos las líneas generales del proyecto e-health del Instituto Catalán de la Salud. En el apartado de entrevistas, destaca la realizada a Eduardo M. Targarona, presidente de la Asociación Española de Cirujanos.

Junto a estos asuntos se incluyen los habituales artículos de experto. En esta ocasión abordamos de su mano la transformación del sistema de salud en España, las ventajas del aprendizaje autodirigido y las oportunidades que abre la Medicina Personalizada. Asimismo, les recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa ■

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año



La crisis sanitaria originada por el primer contagio de Ébola en España, la dimisión de la ministra Ana Mato por su relación con el caso Gürtel, y la paralización definitiva del proceso de externalización de la Sanidad madrileña han sido los asuntos más candentes del sector en el año que acaba de terminar.

24

REPORTAJES

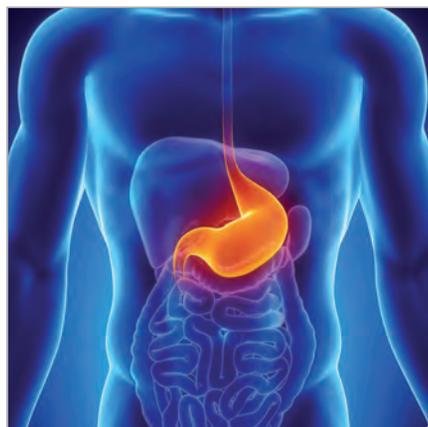
2015, un año de baja intensidad electoral en los colegios de médicos



En el año 2014 hubo elecciones en hasta 16 colegios de médicos españoles. El dato contrasta con la “paz” electoral que reinará en el año 2015, en el que sólo habrá comicios a la presidencia en cinco instituciones provinciales.

48

CIE 10, presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades



54

FORO DE EXPERTOS

RAFAEL BENGOA

Ex consejero de Sanidad del País Vasco. Ex Director de Departamento de Sistemas de Salud de la OMS. Director DBS Health. Universidad Deusto



10

JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ PÉREZ

Junta Directiva de FACME



14

XAVIER PÉREZ BERRUEZO

Médico de familia. Director asistencial del Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)



18

RADIOGRAFÍA



Dolor, la cultura del sufrimiento todavía sigue viva entre nosotros

62

Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

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

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

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

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



FACME/ENTREVISTA



Entrevista a Eduardo M. Targarona

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos

32

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Telèmac, las TIC al servicio del paciente crónico

Un proyecto e-health del Institut Català de la Salut conecta a 191 pacientes crónicos con su médico de Atención Primaria para prevenir ingresos de urgencia y llevar un control diario de su enfermedad.

38

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Orientando los servicios sanitarios a los ciudadanos: El futuro 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria



42

OTROS TEMAS

Presentación

3

On-line

22

Fue noticia

70

La instantánea médica

74

Próximo número

82

Fe de erratas

Por un error de edición en el número 1.160, se publicaron las fotos de Xavier Cos y Jean Karl Soler permutadas.

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

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

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

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

© Copyright 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.

Seguro de **Automóvil**



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



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

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

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

Así de fácil y así de claro.

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

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



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



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

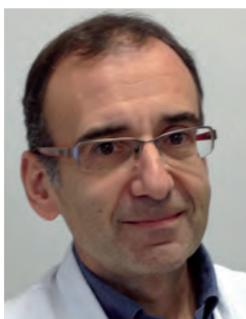
a maestra de la actualidad



Rafael Bengoa



José Antonio Martínez Pérez



Xavier Pérez Berruezo



La transformación del sistema de salud en España

Autor | Dr. Rafael Bengoa. Ex consejero de Sanidad del País Vasco. Ex Director de Departamento de Sistemas de Salud de la OMS. Director DBS Health. Universidad Deusto

Es necesario transformar el modelo asistencial y complementar el modelo de agudos actual con uno de crónicos, uno que integre los servicios sociales y sanitarios. Para ello es necesario iniciar un trayecto, evolucionando en tres grandes ejes: en las políticas, la financiación y en la prestación.



Dr. Rafael Bengoa

El diagrama 1 describe el trayecto iniciado por el sistema de salud en España. Es un trayecto complejo y necesario por razones de calidad y de sostenibilidad.

Sabemos cómo avanzar para reforzar el sector público. Tenemos los modelos y las herramientas. Sabemos qué es inevitable y los primeros pasos están tomando forma en numerosos países y en algunas Comunidades Autónomas de España.

La alternativa propuesta por algunos, una privatización de la Sanidad, no sólo no conduce hacia un modelo de salud poblacional, preventiva ni de participación del paciente y comunitaria sino que además crea inequidades.

España deberá ser uno de los primeros

países a seguir el trayecto sugerido en el diagrama 1 por la tensión demográfica y la magnitud del reto de enfermedades crónicas.

Los copagos reducen tanto el uso apropiado como inapropiado de los servicios de salud, y al contrario de lo que se piensa no generan ingresos importantes en las arcas

de un millón de demencias seniles en España en 2025.

Es necesario transformar el modelo asistencial y complementar el modelo de agu-

dos actual con uno de crónicos, uno que integre los servicios sociales y sanitarios.

Para ello es necesario iniciar el trayecto descrito, evolucionando en tres grandes ejes: en las políticas, la financiación y en la prestación. Los cambios en estos tres ámbitos de trabajo además deberán de estar alineados.

Política sanitaria

Visión

En el ámbito de la política sanitaria varias CCAA ya han expresado explícitamente una línea estratégica centrada en la cronicidad. Proponen una visión para el sector, una visión con la cual los profesionales y los ciudadanos puedan conectar, un relato que va más allá de la “contención del gasto” o los

continuos “planes de choque económicos”, para la Sanidad. La reciente política centrada en “copagos” no es una política sanitaria. Los copagos reducen tanto el uso apropiado como inapropiado de los servicios de salud, afectan principalmente a los más pobres y al contrario de lo que se piensa no generan ingresos importantes en las arcas.

Una visión sanitaria no es un programa más, es la línea estratégica que una Ad-

ministración u organización propone seguir a medio plazo. Esa visión proporciona “estructura”, direccionalidad y estabilidad a un sector complejo que en muchos ámbitos anda sin rumbo. Por otro lado, es fundamental que ese relato esté conectado con los valores de la organización, los valores que han permitido crear un sector público fuerte y resiliente en la Sanidad.

Cuanto más duro es el entorno externo y

la crisis, más importante y más cohesión proporcionará una visión coherente centrada en la salud. Una estrategia centrada en la cronicidad proporciona una visión coherente a medio plazo. Numerosas CCAA así lo han hecho.

En el ámbito nacional se ha establecido más recientemente una estrategia en el mismo sentido aunque, a diferencia de otras, esta estrategia nacional no viene acompañada de presupuesto. Es razonable pensar que una estrategia sin presupuesto no es una estrategia prioritaria para esa Administración.

Resulta llamativo que los cambios más trascendentales de los últimos 35 años para la Sanidad en España se promuevan sin presupuesto desde el ámbito nacional. Se habrá hecho por otras razones pero no parece que se quiera que esa estrategia sea realidad. En cambio, en varias CCAA las estrategias de crónicos se vinculan al presupuesto, con lo cual es esperable que sean las CCAA quienes lideren este cambio en España.

Presupuesto de transformación

Si la visión estratégica que se propone es prioritaria y es “LA política” sanitaria que se propone seguir, es necesario adoptar un presupuesto de transformación especial para su implementación.

En el País Vasco por ejemplo (años 2009 -2012) se usó la idea de un presupuesto especial o de transición con el fin de gestionar simultáneamente dos agendas: una agenda de gestión del día a día y otra agenda con fondos para los proyectos de la transformación. (Diagrama 2)

Un liderazgo estable

Las organizaciones que están consiguiendo estos cambios y que nos sirven de referencia internacional (Kaiser Permanente, Geisinger, y países como Escocia y Nueva Zelanda...) se han caracterizado por comprender que una estrategia a

Diagrama 1. El Trayecto de los Sistemas de Salud



Diagrama 2. Gestión simultánea de la Crisis & Transformación del Sistema de salud





FORO DE EXPERTOS

La mirada maestra de la actualidad

medio plazo necesita estabilidad en el liderazgo. En España es probable que el ámbito político no aporte esa estabilidad, así que es lógico pensar que si uno quiere avanzar en estos cambios, es necesario dar estabilidad al ámbito directivo y a los profesionales de la salud.

Por otro lado, los directivos y profesionales de la salud hoy día disponen de un nuevo arsenal de gestión para efectuar estos cambios. Ese arsenal de gestión no existía hace pocos años.

De la misma forma que la Medicina ha

evolucionado en las últimas décadas hacia una Medicina de precisión -robotización, genómica, células madre, bio-marcadores, Medicina personalizada-, paralelamente ha evolucionado la gestión hacia lo que se podría llamar una gestión de precisión. Esas herramientas de gestión permiten crear condiciones para que la Sanidad española evolucione hacia unos modelos asistenciales más proactivos, preventivos y de gestión poblacional.

Esas herramientas y potencialidad de la gestión de precisión se hacen muy evidentes cuando uno analiza los cambios de gestión que se están dando en la financiación y en la prestación de la Sanidad.

Financiación

En general hoy en día los sistemas de financiación a prestadores recompensan el volumen y la actividad más que el valor real que aportan. Esa lógica no es satisfactoria en un contexto en el que es necesaria una mayor transparencia y calidad para los usuarios.

En consecuencia, se está migrando hacia modelos diferentes de relación entre los

que financian y los prestadores de servicios de salud. La misma tendencia se ve en el sector público y en el privado.

Se puede apreciar que una parte creciente del presupuesto a prestadores se vincula al valor de los servicios que prestan y ya no sólo al volumen de servicios que

prestan.

En los Estados Unidos, por ejemplo, el 40 por ciento de los pagos que se hacen hoy día a prestadores se basa en “valor”, es decir, se vincula a la calidad y al costo del servicio. Como prestador es necesario probar mejor calidad o

menor costo, no sólo hacer actividad.

Hace tan sólo dos años ese porcentaje era del 11 por ciento. La evolución es rápida y se extiende en el sector público como en el privado, y en Europa también. Esto es aún más visible en aquellos sistemas que buscan lograr una mayor integración de servicios.

En el sector público, donde se espera promover desde los financiadores unos servicios asistenciales más coordinados e incluso integrados, se adoptan de forma creciente estos modelos de pago basados en valor. Existe evidencia creciente que la mayor parte de servicios clínicos y sociales sólo conseguirán probar valor por medio de una atención coordinada entre Atención Primaria y Hospitalaria e incluso con servicios sociales. El modelo prevalente actual de atención asistencial fragmentada no podrá probar que añade valor a los pagadores. Es la razón por la cual se progresa en España hacia organizaciones de atención integrada locales.

En el País Vasco (2012) y en Cataluña se pilotó esta forma de relación contractual

En estos últimos años ha habido un interés creciente por descubrir nuevas formas de gestión. El punto de partida es la insatisfacción con el modelo fragmentado actual



en el sector público con un 4-5 por ciento del presupuesto. En Inglaterra, Escocia, Suecia y Holanda las formas de pago están evolucionando en esta dirección.

Aunque estas herramientas aún necesitan refinamiento es muy probable que sean una polea de cambio fundamental en la transformación del sector en España y además tendrán un impacto enorme en los profesionales del sector.

Prestación

En estos últimos años ha habido un interés creciente por descubrir nuevas formas de gestión en los centros asistenciales. El punto de partida es la insatisfacción con el modelo fragmentado actual que no provee la calidad, la seguridad clínica y los resultados esperables, especialmente para los enfermos crónicos. Es un problema organizativo y de gestión, no es un problema clínico.



Consecuentemente ha surgido una batería de herramientas que permite organizar el modelo asistencial de forma diferente en la prestación. Entre otras, existen herramientas para convertir pacientes pasivos en pacientes activos que gestionan mejor sus enfermedades. Existen nuevos roles profesionales para la gestión de casos, trayectorias integradas de cuidados-care pathways; tecnologías que permiten prestar servicios a distancia (e-health, m-health); incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos al hospital; nuevas formas de estratificación de la población por riesgo, lo cual permite apuntar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales, y nuevos sistemas de apoyo a la decisión clínica.

Implicación para los profesionales

En la mayoría de los centros asistenciales, tanto de Atención Primaria como Hospita-

laria, aún no se ejerce una Medicina proactiva ni poblacional. Esto no es culpa de los médicos y enfermeros y otros profesionales en esos centros. Es el modelo reactivo en el que están inmersos.

Es necesario evolucionar hacia un modelo en el que los profesionales gestionen mejor su entorno hacia la pro-actividad². En estos momentos se sigue intentando identificar por muchos responsables políticos del sector unos modelos únicos y estandarizados para todos los centros asistenciales. Esa lógica no es compatible con la transformación.

Es necesario un liderazgo más distribuido que otorgue más margen de maniobra a los profesionales localmente.

En la actualidad los profesionales no disponen de autonomía de gestión local, autonomía para reorganizar su trabajo, auto-

mía para aplicar nuevos modelos de gestión de su trabajo en ese ámbito micro.

Por ejemplo en muchos lugares no disponen de autorización para:

- reorganización de su personal, apoyar programas para empoderar a los pacientes, educación a la auto-gestión...
- desarrollar programas de coordinación de cuidados entre niveles de cuidados.
- reorganizar el personal para la gestión de casos.
- innovar en calidad y seguridad clínica.

Conclusión

Estas herramientas y los cambios de financiación mencionados hacen posible la transformación del sector de forma organizada y sistemática a medio plazo, con el fin de seguir disfrutando de un sector público sostenible.

En la actualidad existen numerosos profesionales de la salud y gestores en España desarrollando innovaciones usando estas herramientas y progresando hacia la integración de cuidados y un modelo asistencial más proactivo y comunitario.

No será la falta de herramientas ni de modelos ni de profesionales comprometidos lo que pueda frenar el cambio en España. Esos factores, una mayor voluntad política y un liderazgo transformador más descentralizado permitirán conseguir la transformación de Sistema Nacional de Salud ■

Bibliografía

- ¹ The Burden of Disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. J.M. Haro et al.
- ² Empantanados. revista risai. revista de innovación sanitaria y atención integrada, 2008.



El aprendizaje autodirigido

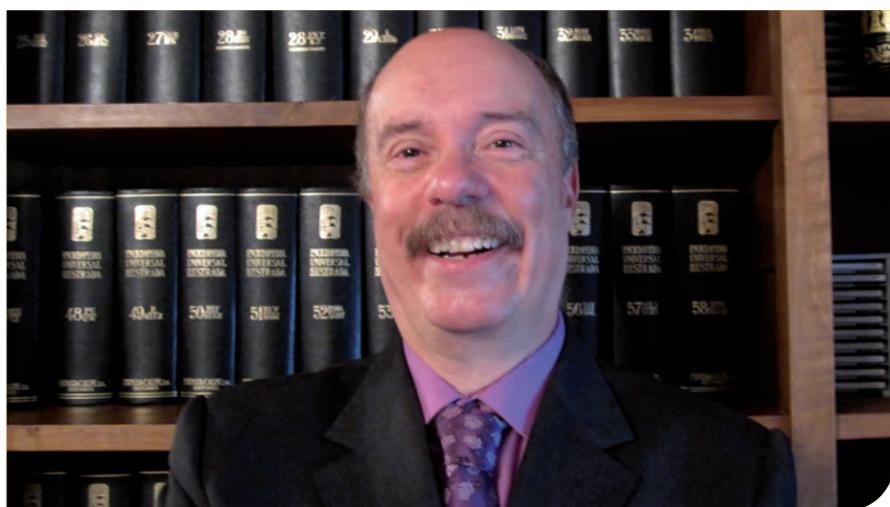
Autor | José Antonio Martínez Pérez. Junta Directiva de FACME.

La necesidad de que el médico actualice permanentemente sus conocimientos y perfeccione sus habilidades profesionales de modo que garantice una práctica adecuada es un proceso al que se le ha venido denominando Formación Médica Continuada. Tradicionalmente se ha entendido como el conjunto de actividades de formación dirigido a complementar la formación básica o especializada y la actualización o puesta al día de conocimientos. En el último cuarto del siglo XX surgió un término nuevo conocido como Desarrollo Profesional Continuo (DPC), que tiene un ámbito más amplio que el de la formación continuada. Supone un cambio pedagógico del modelo tradicional centrado en el docente al modelo enfocado en el discente.

En febrero de 2002 se publicó un documento titulado *Medical professionalism in the new millenium: a physicians charter* firmado por la *American Board Internacional Medicine*, el *American College of Physicians* y la Federación Europea de Medicina Interna, con el fin de redefinir los derechos y las libertades de la profesión médica. Dicho documento constituye sin duda uno de los más relevantes para la profesión, porque contiene los estatutos que deben regir la misma.

Consta de tres principios y diez compromisos. El primer compromiso es el de la competencia profesional, en la que los autores expresan que la Medicina es una práctica que requiere una formación a lo largo de toda su vida profesional, con la que los profesionales médicos deben comprometerse, para garantizar la adecuación de sus conocimientos y habili-

El DPC está más orientado hacia la calidad y la implicación del profesional en su formación



José Antonio Martínez Pérez

dades clínicas, así como su capacidad de trabajo en equipo, aspectos esenciales para prestar un servicio sanitario de calidad. En un sentido más amplio, esta profesión, en su conjunto, debe velar para que todos sus integrantes sean competentes y asegurar que los médicos tengan acceso a los mecanismos apropiados para cumplir tal objetivo.

Esta necesidad de que el médico actualice permanentemente sus conocimientos y perfeccione sus habilidades profesionales de modo que garantice una práctica adecuada es un proceso al que se le ha veni-

do denominando Formación Médica Continuada. Tradicionalmente se ha entendido esta como el conjunto de actividades de formación dirigido a complementar la formación básica o especializada y la actualización o puesta al día de conocimientos. Se trata de un compromiso personal, ético y profesional del médico el cual tiene el deber de estar formado y el paciente el derecho de que el médico lo esté.

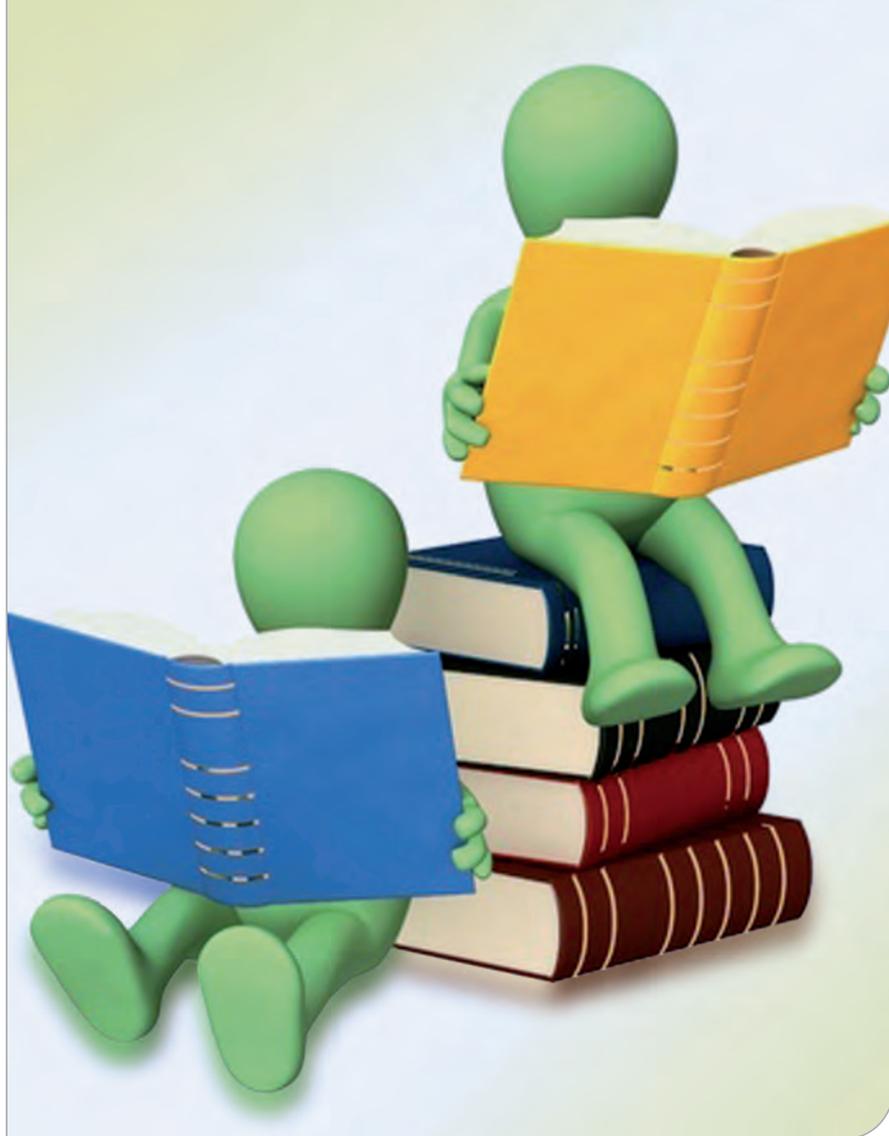
En el último cuarto del siglo XX surgió un término nuevo conocido como Desarrollo Profesional Continuo (DPC), que tiene un ámbito más amplio que el de la formación continuada. Supone un cambio pedagógico del modelo tradicional centrado en el docente, en el que se hace hincapié en el

profesor y en lo que enseña, al modelo enfocado en el discente, en donde se enfatiza en lo que este último aprende. Además también se produce un cambio fundamental en el papel del educador, que pasa de profesor didáctico a facilitador de aprendizaje.

El DPC está más orientado hacia la calidad y la implicación del profesional en su formación. Hace énfasis sobre todo en el individuo, con sus capacidades, sus motivaciones, sus prioridades, en sus necesidades y en las de su entorno profesional y social, integrándolas en sus objetivos. Aporta un enfoque integrador e involucra al profesional en la detección de sus necesidades de formación, en su propia autoevaluación, en el desarrollo de su capacidad de reflexión y en el ejercicio continuo de su capacidad de aprender para mejorar.

Este cambio de paradigma, sitúa al profesional en el centro del proceso de aprendizaje y le conduce a tomar la iniciativa en este terreno, convirtiéndose así en el protagonista del mismo y de su propio desarrollo profesional. En este contexto podríamos situar el aprendizaje autodirigido, que es la base de muchas teorías educacionales, especialmente la del aprendizaje de adultos, y que implica la asunción por parte del profesional del desarrollo de su propia autonomía en la búsqueda de las mejores estrategias para alcanzar sus propias necesidades de formación.

Siguiendo a Knowles, uno de los padres del aprendizaje autodirigido, la mayoría de nosotros sabemos sólo lo que nos han enseñado; no hemos aprendido cómo aprender. Sin embargo, existe la evidencia de que las personas que toman la iniciativa en su aprendizaje (estudiantes proactivos) aprenden más cosas y mejor que las personas que reciben la enseñanza a través del profesor de forma pasiva, esperando a ser enseñados (estudiantes reactivos). Los primeros entran en el aprendizaje con más determinación y con



una mayor motivación. También tienden a retener y hacer uso de lo que han aprendido mejor y durante un mayor tiempo que los estudiantes reactivos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta, que el aprendizaje autodirigido está más en sintonía con nuestro proceso natural de desarrollo psicológico. Cuando nacemos tenemos una personalidad completamente dependiente. Necesitamos de nuestros padres para protegernos, alimentarnos, orientarnos y tomar decisiones por nosotros. Pero, a medida que crecemos y maduramos, desarrollamos una necesidad psicológica cada vez más profunda de ser independientes, primero, del control de los padres, y después, del control de profesores y otros adultos. Un aspecto esencial de esta madurez es desarrollar la habilidad de tener una creciente responsabilidad de nuestras propias vidas, para ser cada vez más autodirigidos.

Actualmente nos estamos sumergiendo en un mundo en el cual su principal característica es el cambio constante. Este hecho implica unos cambios conceptuales muy importantes en el campo de la educación y el aprendizaje. Esto supone que ya no es realista definir el propósito de la educación como la transmisión de lo que se conoce. En un mundo en el que la vida media de muchos hechos (y habilidades) es de 10 años o menos, la mitad de lo que una persona ha aprendido cuando tenía 20 años puede quedar obsoleto cuando esa misma persona tenga 30. Por eso, el propósito de la educación debe ser desarrollar la habilidad de investigar. Cuando una persona abandona el colegio o facultad debe tener no sólo los fundamentos del conocimiento adquirido en el curso de su aprendizaje, sino que también, siendo esto incluso más importante, debe tener la capacidad de continuar adquiriendo nuevos conoci-



mientos fácil y hábilmente durante el resto de sus vidas.

Tradicionalmente, pensamos en el aprendizaje como aquello que tiene lugar en los cursos que recibimos (lo que “es enseñado”). Para adecuarlos a nuestro nuevo mundo debemos comenzar a pensar en aprender también de las situaciones que vivimos. Debemos aprender de todo lo que hacemos; debemos de explotar cualquier experiencia como una “experiencia de aprendizaje”. Aprender significa hacer uso de cualquier recurso, dentro o fuera de las instituciones educativas, para nuestro crecimiento y desarrollo personal.

El modelo tradicional de corte académico se diferencia del modelo profesional más acorde con la metodología educacional de adultos, en varios aspectos: el primero asume que el alumno tiene una personalidad dependiente y que el profesor tiene la responsabilidad de decidir qué y cómo el alumno debe ser enseñado; mientras que el segundo preconiza que las personas crecen en su capacidad (y necesidad) de ser autodirigidos como un componente esencial de su madurez, y se debe alimentar esta capacidad para que se desarrolle tan rápido como sea posible.

El aprendizaje clásico asume que la experiencia del alumno tiene menos valor como recurso de aprendizaje que la del profesor, los libros y otros materiales; de modo que el profesor tiene la responsabilidad de encargarse de que esta experiencia se transmita al estudiante. En aprendizaje de adultos asume que la experien-

cia del alumno puede llegar a ser un recurso de aprendizaje de creciente riqueza y que debe aprovecharse junto con los recursos de los expertos.

El aprendizaje tradicional acepta que el alumno está dispuesto a aprender distintas cosas según su nivel de madurez, de forma que un grupo dado de alumnos aprenderían las mismas cosas si tuvieran el mismo nivel de madurez. Sin embargo, el aprendizaje de adultos asume que cada individuo está preparado para aprender cuando lo requieren las tareas que desarrolla en su vida o para ingeniárselas lo mejor posible con los problemas que le vayan surgiendo. Es decir, cada individuo es un patrón distinto de preparación respecto a los demás.

El aprendizaje clásico asume que los alumnos en su aprendizaje tienen un enfoque orientado a la materia (ven el aprendizaje como la acumulación de contenidos) y por lo tanto las experiencias de aprendizaje deben organizarse de acuerdo a unidades de contenido. El aprendizaje de adultos de forma natural, exhibiría un comportamiento orientado a tareas o centrado en problemas y las experiencias de aprendizaje deberían organizarse como la realización de tareas y proyectos de resolución de problemas.

También el aprendizaje tradicional asume que la motivación de los alumnos responde a recompensas y castigos externos. El aprendizaje de adultos estima que los educandos se motivan mediante iniciativas internas, como la necesidad de estima (especialmente autoestima), el deseo de

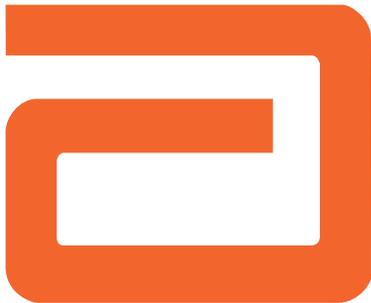
alcanzar algo, la urgencia de crecer, la satisfacción de haber cumplido, la necesidad de conocer algo concreto y la curiosidad.

Una herramienta educacional importante para desarrollar los principios del aprendizaje de adultos y, en concreto, el aprendizaje autodirigido, es el modelo del ciclo formativo, que constituye la base metodológica de los Planes Personales de Desarrollo Profesional extendidos en el ámbito de la Atención Primaria del Reino Unido. En ellos el profesional asume la iniciativa, con la ayuda de otras personas (mentores), en el diagnóstico de sus necesidades de aprendizaje, la formulación de sus objetivos, la identificación de los recursos necesarios para aprender, la elección y aplicación de las estrategias adecuadas y la evaluación de los resultados de su aprendizaje.

Es preciso destacar que en esta evaluación se tiene en cuenta no solamente el método seguido para lograr los objetivos propuestos, sino también los cambios que supuso en la práctica clínica el aprendizaje adquirido.

Para concluir, pensamos que es necesario que el médico se sitúe en el centro del proceso de aprendizaje, tome la iniciativa en este terreno y asuma que es el protagonista de su propio desarrollo profesional. Debe empezar a seguir una formación orientada hacia tareas o problemas y sus experiencias de aprendizaje han de organizarse como la realización de actividades y proyectos de resolución de problemas. No tiene sentido que el facultativo asista a muchos cursos de manera pasiva con contenidos que no vayan a ser aplicados en su práctica clínica diaria. Podrá obtener muchos créditos, pero no logrará incorporar cambios en su modo de ejercer la profesión. El cambio es el verdadero resultado de la formación.

Al principio seguir este procedimiento le va a suponer un esfuerzo de aprendizaje metodológico, pero con el tiempo acabará integrándolo en su ejercicio profesional como una actitud, una dinámica profesional, una capacidad de aprendizaje continuo ■



Gestión del paciente geriátrico en el entorno sociosanitario

Aspectos legales

OBJETIVOS DEL CURSO

- ✓ Ofrecer información al profesional que actúa en el ámbito de la Geriátrica acerca del marco jurídico en el que se encuadra dicha actividad.
- ✓ Favorecer el desarrollo de una actuación segura en el ejercicio práctico de la asistencia al paciente geriátrico.
- ✓ Mejorar la relación médico-paciente y el ejercicio de los derechos de ambos como objetivo de calidad.

DISCENTES

Profesionales de la salud de la especialidad de Geriátrica, con deseo de actualizar su conocimiento en el ámbito legal.

DOCENTES

ASJUSA LETRAMED, despacho líder en España en el ámbito del Derecho Sanitario, Derecho Farmacéutico y Bioderecho.

ACREDITACIONES

Formación acreditada para médicos con 3,9 créditos/módulo por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid.

El programa de formación a distancia se divide en 5 módulos:

- **Módulo 1.** Información asistencial (3,9 créditos)
- **Módulo 2.** Documentación clínica (3,9 créditos)
- **Módulo 3.** Responsabilidad profesional del médico (3,9 créditos)
- **Módulo 4.** El equipo médico, cómo responden sus integrantes (3,9 créditos)
- **Módulo 5.** Cuestiones más frecuentes planteadas en riesgo legal (3,9 créditos)

cursos.elmedicointeractivo.com/gepage

Avalado por:



Patrocinado por



División de productos farmacéuticos establecidos



Medicina Personalizada: De la selección de los medicamentos a la selección del paciente

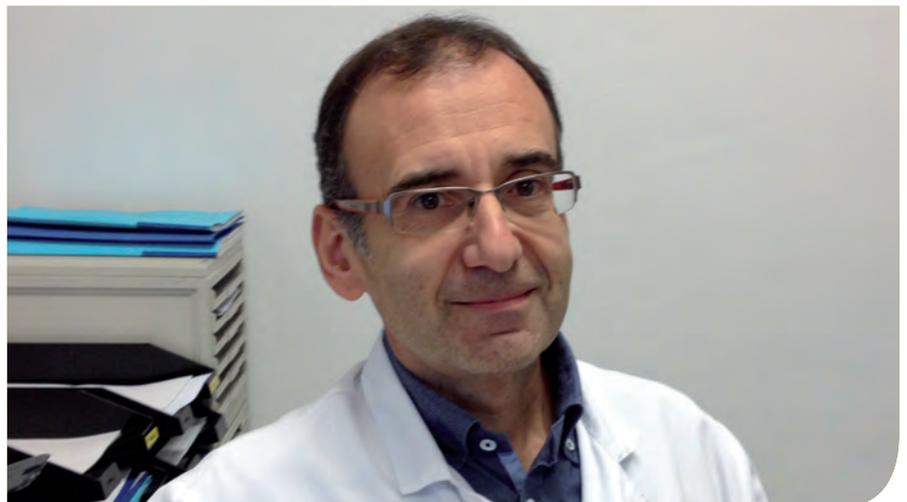
Autor | Xavier Pérez Berruezo. Médico de familia. Director asistencial del Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE).

En los últimos años estamos viviendo una invasión de la innovación en el campo de la Medicina. A la aparición de nuevas tecnologías diagnósticas, del desarrollo de nuevos modelos organizativos delante de retos como la atención a la cronicidad, o de la telemedicina, se le añaden los avances, entre otros, en farmacogenómica y farmacogenética. Estos nuevos avances han venido para quedarse y asentarse en el sistema sanitario, conformando lo que ha dado en llamarse Medicina Personalizada (MP). El Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos define la MP como una forma de Medicina que utiliza la información acerca de los genes y proteínas de un individuo y el ambiente que le rodea para prevenir, diagnosticar y tratar una enfermedad ⁽¹⁾.

Es cierto que en el contexto económico actual, de ajustes presupuestarios, su implantación nos puede parecer poco adecuada o desconcertante si hacemos una valoración apresurada de sus costes, pero sus resultados apuntan directamente a una atención más eficiente y personalizada. La MP debemos entenderla como una inversión selectiva que retorna al sistema sanitario y al paciente.

Los avances en la última década en la secuenciación del genoma humano y la reducción de los costes del proceso, nos sitúan la MP en una realidad presente que debemos afrontar. En el año 2014 el coste de secuenciación del genoma se sitúa en torno a 7.000 \$, mientras que en el año 2001 este coste se situaba alrededor de los 100 millones de dólares⁽²⁾ (Figura 1).

La reducción muy significativa de los costes de estas pruebas, permite diseñar es-



Xavier Pérez Berruezo

trategias preventivas y de tratamiento personalizado. Los principales elementos de la MP y la selección del paciente como individuo concreto van dirigidos a la prevención, el diagnóstico y la adecuación del tratamiento, así como a disminuir las tasas de ineffectividad y minimizar o evitar efectos adversos (Tabla 1).

El Dr. Leroy Hood, cofundador del Instituto para la Biología de Sistemas, define la MP como la Medicina de las "4P": personalizada, predictiva, preventiva y participativa. Este último elemento, la participación activa, está siendo un impulsor claro del desarrollo de la Medicina Personalizada. El acceso a la información por parte de pacientes o grupos de pacientes -vía

redes sociales, páginas web...- nos exige una mayor disponibilidad, celeridad e implementación en la terapia individualizada y personalizada⁽³⁾.

Uno de los principales debates se centra en cómo incorporar la MP en la actividad habitual de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se produce una transformación dentro de los hospitales de los médicos que pasan de proveedores de salud a gestores del conocimiento. Disponemos de alguna pequeña experiencia en el caso de la selección de fármacos a través de las comisiones de farmacia de los hospitales o de las comisiones farmacoterapéuticas de las comunidades autónomas.

Tabla 1. Biomarcadores genéticos de uso clínico

Nombre	Aplicación Clínica	Tipo tumoral	Resultado
BRCA1/2	Predictivo/pronóstico	Mama	Medida de riesgo presintomático
BRAF	Predictivo/pronóstico	Melanoma	Inhibidores de RAF
EGFR	Predictivo	Pulmón (CPNM)	Inhibidores tirosina quinasa (TKI) para EGFR
K-RAS	Pronóstico	Colorrectal	Elección de uso de cetuximab
OncotypDX	Predictivo/pronóstico	Mama, ER+, HER2- y colon	Quimioterapia sí/no
Veristat®	Pronóstico	Pulmón con bevacizumab y erlotinib en primera línea	Decisión clínica sobre TKIS para EGFR

Fuente: Adaptación de la tabla Biomarcadores en cáncer. Contribución de la epigenética a la Medicina personalizada. Olga Pernia et al.

Desde el inicio del SNS y los hospitales actuales, se estructuraron las comisiones de farmacia y durante estos años su función principal ha sido la selección de medicamentos, la elaboración de guías de prescripción según criterios de eficacia y seguridad, y en la última década los análisis de coste/efectividad. Su papel ha sido fundamental para las direcciones y las gerencias, para garantizar una política de selección de medicamentos adecuada y eficiente en los hospitales.

La Medicina Personalizada debe entenderse como una inversión selectiva que retorna al sistema sanitario y al paciente

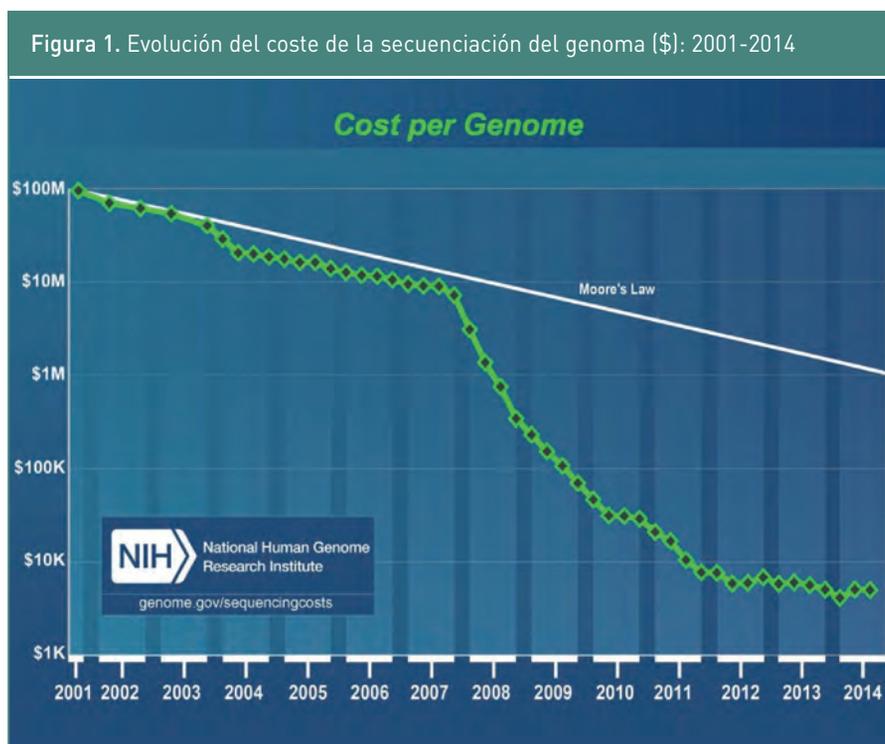
En los últimos años, condicionado por la aparición de nuevos fármacos del ámbito de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA), relacionados principalmente con la Oncología, las enfermedades inmunológicas, la hepatitis C y otras enfermedades minoritarias, se ha impulsado el trabajo de dichas comisiones. Este hecho ha estado condicionado por un importante volumen de nuevos fármacos en estas áreas y un elevado coste, que ha provocado incrementos muy importantes de las partidas presupuestarias de la MHDA de los hospitales. La tipología de fármacos, la falta de estudios amplios, la escasez de resultados concluyentes sobre las hipótesis principales y la variable coste/efectividad, son algunos de los elementos que condicionan la creación de estas comisiones y la aparición reciente de los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT)⁽⁴⁾.

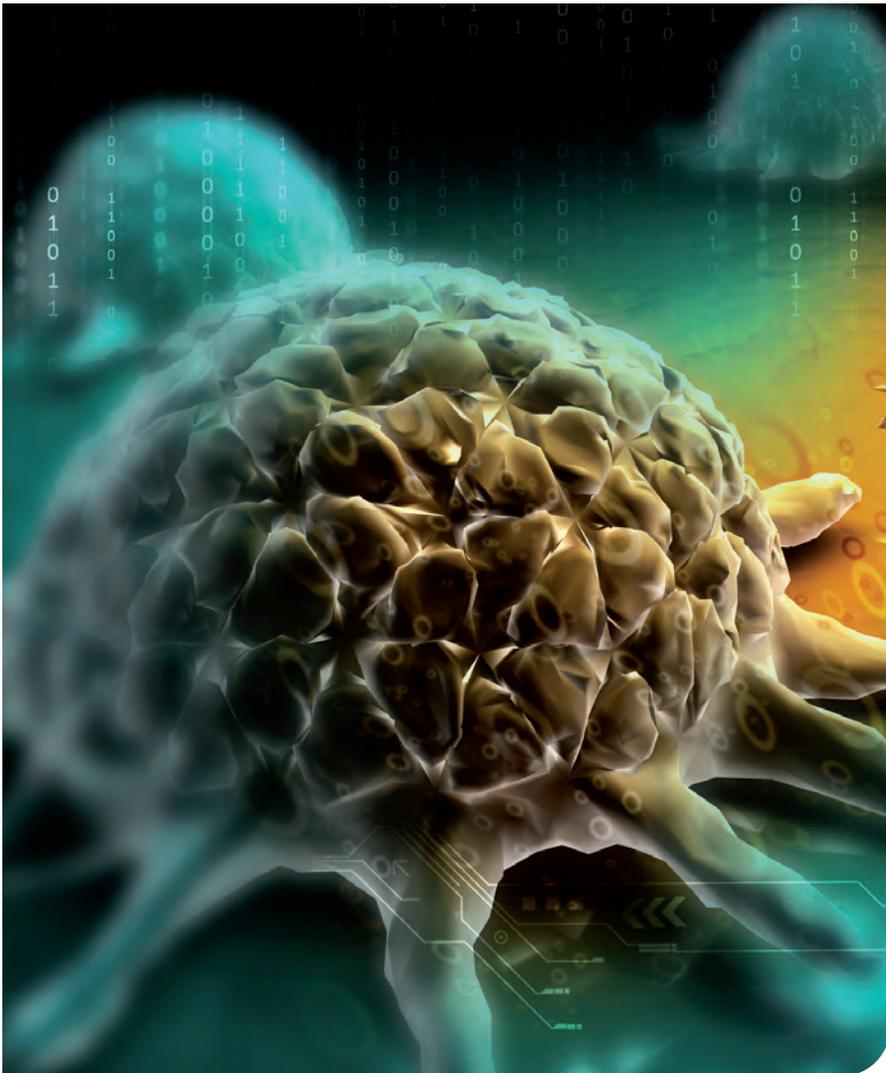
El objetivo de los IPT es disponer de informes sólidos, de ámbito estatal, liderados por la administración sanitaria, con la participación de clínicos y según la metodología necesaria y estandarizada, que garanticen una mayor transparencia en la gestión de los nuevos medicamentos. En última instancia los IPT deben permitir tomar la decisión de la autorización de fármacos en el sistema sanitario público, los criterios de utilización y la financiación

de los mismos. Uno de los hechos que hay que cuestionar es que la aparición de los IPT ha estado condicionada por la crisis económica, la necesidad de ajustar el gasto en MHDA, y que no se hayan puesto previamente en marcha como un instrumento para garantizar la equidad y eficiencia.

Evidentemente este fenómeno nos obliga a cambiar el papel de las comisiones de farmacia y la orientación de los hospitales. La aparición de marcadores genéticos nos condiciona una visión centrada en el paciente y no solo en el medicamento, de manera que se establece el protocolo terapéutico más adecuado en función del marcador.

Figura 1. Evolución del coste de la secuenciación del genoma (\$): 2001-2014





La farmacogenética se nos plantea como una excelente oportunidad de eficiencia; seleccionar los fármacos adecuados y los pacientes correctos es altamente coste-efectivo. Un ahorro que podemos reinvertir en el sistema sanitario para el desarrollo de nuevos fármacos frente a nuevos retos terapéuticos.

Ante la MP, debemos establecer las pautas necesarias para garantizar un acceso adecuado de los pacientes que lo requieran y con los métodos diagnósticos necesarios. No debemos caer en el hecho de crear una carrera competitiva de centros/hospitales, sino propugnar un criterio claro de estrategia planificada y unificada para todo el SNS, de manera que se

eviten iniciativas aisladas. La administración, los gestores y los clínicos debemos establecer un compromiso para garantizar el acceso a la MP por parte de los usuarios con criterios de eficiencia y equidad.

Tenemos que aprovechar el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en salud; éstas han de ser un buen aliado para garantizar la accesibilidad sin caer en la proximidad física de la oferta, que nos puede llevar a un sistema ineficiente. El trabajo en red, junto al acceso a la información y centros de referencia, deben ser elementos clave en la estrategia de la administración sanitaria cuando planifique la MP. Una Medicina que cada vez será, en mayor medida, a

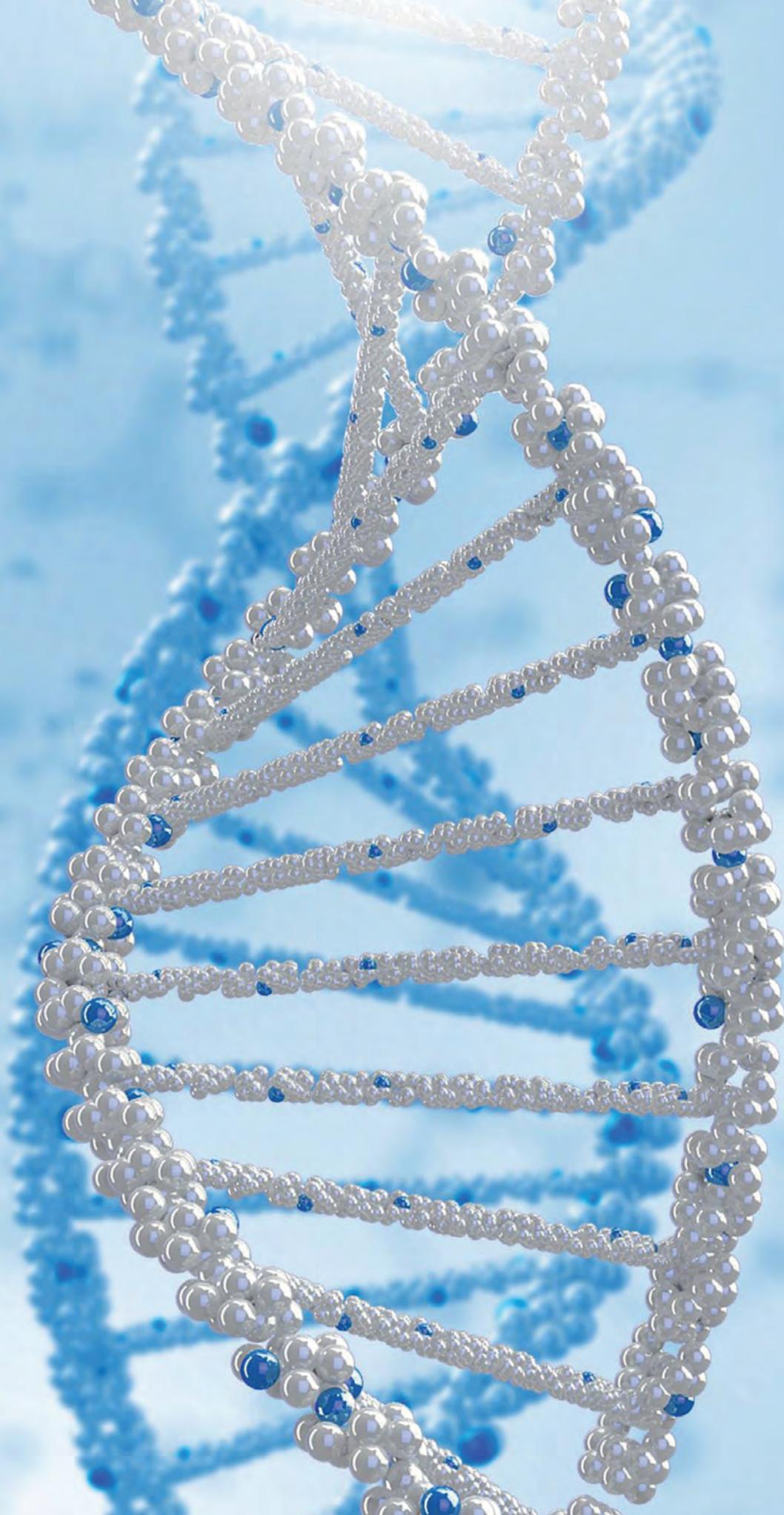
distancia y apoyada en sistemas de soporte a la decisión.

Una reciente encuesta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), establece que en el año 2015 un 20 por ciento de los pacientes oncológicos serán tratados con estrategias dirigidas a dianas específicas y que cada cinco años se duplicará este porcentaje⁽⁵⁾.

Estamos en un momento clave, diferentes países y hospitales europeos empiezan a desarrollar su estrategia para definir qué significa la MP y cómo se debe implantar. Así pues, según lo expuesto, deberíamos disponer de una hoja de ruta, definida por la administración y valorada por parte de los diferentes agentes, para establecer los centros referentes y el acceso a ellos ■

Notas

- ¹. Olga Pernía, Olga Vera e Inmaculada Ibáñez de Cáceres. Biomarcadores en cáncer. Contribución de la epigenética a la Medicina personalizada. *Rev Lab Clin.* 2014; 7(2): 73-79
- ². Véase: <http://www.genome.gov/sequencingcosts/>
- ³. Genómica, proteómica y Medicina. Fernando Vivanco. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Complutense. Del curso Biotecnología Aplicada 9ª Edición. Angem España. 2014.
- ⁴. Propuesta de colaboración para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos. Aprobado por la Comisión Permanente de Farmacia del SNS. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. Mayo, 2013.
- ⁵. El valor de la innovación y necesidades en Oncología. Calidad de vida de los pacientes oncológicos y atención a los largos supervivientes. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2011.





ON-LINE

La Medicina en la red

www.enfermedadesraras-shire.com

En España, se estima que 3 millones de personas padecen alguna de las 7.000 enfermedades poco frecuentes que existen en el mundo y, según los datos disponibles de FEDER la mayoría tarda una media de 5 años en ser diagnosticada. Debido a esto, la compañía biofarmacéutica Shire, en su apuesta por



las tecnologías de la información, lanza una nueva versión de su plataforma online www.enfermedadesraras-shire.com, así como de su web Academia Shire dirigida al profesional sanitario, con

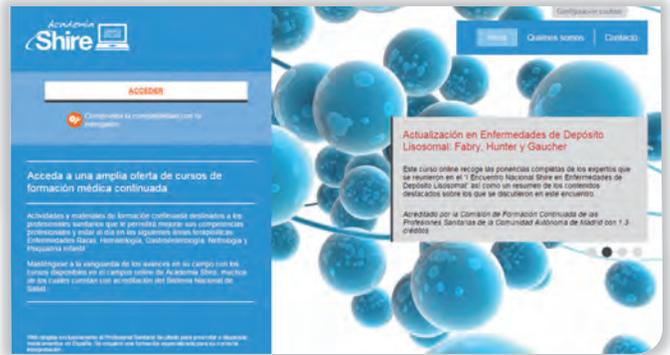
el objetivo de concienciar tanto a los propios pacientes y familiares como a los profesionales sanitarios y dar así mayor visibilidad a estas patologías.

Ante el desconocimiento que existe tanto entre profesionales sanitarios como afectados y familiares en torno a las enfermedades raras, plataformas como estas se convierten en una herramienta esencial y en un canal de información fiable para dar a conocer estas patologías y concienciar sobre ellas a todos los públicos.

www.enfermedadesraras-shire.com renueva su imagen, con un formato más visual y nuevos contenidos. La web aporta información ampliada sobre las enfermedades raras de Fabry y Gaucher, Síndrome de Hunter y Angioedema Hereditario, cuatro patologías genéticas de baja prevalencia para las que Shire investiga y desarrolla tratamientos específicos. Para su desarrollo, Shire ha contado con el apoyo de las asociaciones de referencia en España sobre estas enfermedades raras como AEDAF (Asociación Española de Angioedema Familiar), MPS España (Asociación de Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados) y AEEFEG (Asociación Española de Enfermos y Familiares de la enfermedad de Gaucher) así como de FEDER. El objetivo de la web es ayudar a las personas que padecen alguna de estas cuatro enfermedades raras a conocerlas y convivir mejor con ellas, a través de contenidos multimedia y científicos.

Academia Shire para profesionales sanitarios

www.academiashire.es es el campus on line de Shire dirigido a profesionales sanitarios, con actividades y materiales de formación médica continuada sobre las diferentes áreas terapéuticas en las que trabaja la compañía.



Esta plataforma también ha renovado su imagen y se incluyen nuevos cursos, algunos de ellos con acreditación del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de mejorar las competencias del profesional sanitario y estar al día en las áreas terapéuticas de Enfermedades Raras, Hematología, Gastroenterología, Nefrología y Psiquiatría Infantil ■

http://www.alergiaalaleche.es



Mead Johnson lanza Alergiaalaleche.es, un sitio web de consulta dirigida a los padres con niños que han sido diagnosticados con Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV). Este espacio online proporciona información y consejos útiles para ayudar a los padres a conocer la APLV y saber cómo abordar de la mejor manera los desafíos diarios y consultas que puedan surgir con respecto a su hijo alérgico a la PLV.

La APLV afecta aproximadamente al 3 por ciento de los lactantes de todo el mundo y es el tipo de alergia más común en la infancia. Alergiaalaleche.es ofrece a los padres un conocimiento profundo sobre la alergia a la PLV, sus síntomas y los tipos que existen; además les da la oportunidad de leer historias reales de padres que se encuentran en la misma situación ■

**ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN**

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

**El Médico
Interactivo**

LA SANIDAD DÍA A DÍA

**ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN**



La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año

La crisis sanitaria originada por el primer contagio de Ébola en España, la dimisión de la ministra Ana Mato por su relación con el caso Gürtel, y la paralización definitiva del proceso de externalización de la Sanidad madrileña han sido los asuntos más candentes del sector en el año que acaba de terminar

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año

La crisis sanitaria originada por el primer contagio de Ébola en España, la dimisión de Ana Mato por su relación con el caso Gürtel y la paralización definitiva del proceso de externalización de la Sanidad madrileña han sido los asuntos más candentes del sector en 2014. También ha dado mucho que hablar la Troncalidad, aprobada definitivamente en julio, y el lento desarrollo del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). El nuevo sistema de precios de referencia, el lanzamiento del registro estatal de profesionales sanitarios o la polémica reforma de la Ley de Mutuas y de la gestión de la incapacidad temporal (IT) son otros temas relevantes del año que nos acaba de dejar.

El 6 de octubre, la auxiliar de enfermería Teresa Romero, de 44 años, llegaba en una ambulancia del SUMMA al Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, donde se ponía en marcha el protocolo médico fijado por la Unidad Médica Preventiva del centro sanitario. La sanitaria había formado parte del equipo que atendió a los dos misioneros infectados por el virus del Ébola y repatriados a España, que finalmente fallecieron: Miguel Pajares y Manuel García Viejo. Tras 16 horas de angustia a las 19:00 horas se confirmaban las peores sospechas: la auxiliar tiene Ébola. Es trasladada entonces al Hospital Universitario Carlos III y comienza un tratamiento con anticuerpos de otros infectados.

La entonces ministra de Sanidad, Ana Mato, y el entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Rodríguez, crearon un comité para investigar qué había podido fallar. Tras numerosas críticas y desafortunadas declaraciones,

el Consejo de Ministros del 10 de octubre decidía la creación de un Comité Interministerial para la Gestión de la Crisis del Ébola, presidido por la vicepresidenta del

Gobierno, Soraya Sáez de Santamaría. Posteriormente, el Consejo Interterritorial del SNS acordaba cambiar los protocolos de actuación para el seguimiento del personal sanitario que hubiera estado en contacto con enfermos de Ébola.

Curación y alta de Teresa Romero

El 21 de octubre, los médicos que atendían a Teresa Romero en el Hospital Universitario Carlos III aseguraban que la auxiliar de Enfermería había superado la enfermedad. El último análisis realizado a la paciente daba negativo y, por lo tanto, los doctores afirmaban que se cumplían los criterios de curación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Seis días después, el marido de la afectada, Javier Limón, y otros 10 pacientes puestos en cuarentena por su contacto con Teresa recibían el alta hospitalaria tras 21 días de observación. La auxiliar de Enfermería dejaba el hospital el pasado 5 de noviembre y presentaba una demanda contra Javier Rodríguez por vulneración del derecho al honor.

El líder del Ejecutivo madrileño, Ignacio González, destituía a Javier Rodríguez como consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid a principios del mes de diciembre por asegurar ante un medio de comunicación que si él “lo hubiese hecho mal” Teresa Romero “no estaría hablando” -en clara alusión a la demanda presentada por la auxiliar de

Enfermería-, a lo que añadía que “España seguiría luchando contra el Ébola si su gestión frente a la crisis no hubiese sido la correcta”. Le sustituía en el cargo el entonces viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Javier Maldonado. Este nombramiento traía consigo la dimisión de Belén Prado como viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras y el ascenso de Manuel Molina al puesto que había dejado vacante el nuevo consejero.

Javier Maldonado se convertía en el tercer consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en lo que va de legislatura, dado que sus dos antecesores habían dejado el cargo al principio y al final de 2014. El primero de ellos, Javier Fernández-Lasquetty, presentaba su dimisión en el mes de enero como consecuencia de la paralización del polémico proceso de externalización de la Sanidad madrileña por parte del presidente del Ejecutivo autonómico y tras varios reveses judiciales. Era aquí donde el entonces portavoz de Sanidad del Grupo Popular en la Asamblea de Madrid, Javier Rodríguez, hacía su aparición para hacerse cargo de la Consejería de Sanidad durante apenas diez meses.

No sería la gestión de la crisis del Ébola la que provocaría la dimisión “forzada” de la ministra Ana Mato a finales del mes de noviembre, sino su citación judicial en el

Javier Maldonado se convertía en el tercer consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en lo que va de legislatura

caso Gürtel por parte del juez Ruz, quien le atribuía haberse beneficiado del dinero obtenido ilegalmente por su marido. Su sustituto en el cargo era el entonces portavoz del PP

en el Congreso de los Diputados, Alfonso Alonso. Este nombramiento traía consigo las dimisiones de Pilar Farjas y Mercedes Vinuesa como secretaria general de Sanidad y directora general de Salud Pública respectivamente. Rubén Moreno se quedaba como “número dos” del nuevo ministro tras dejar la portavocía de Sanidad



en el Congreso, Susana Camarero era confirmada como secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, y Javier Castrodeza cambiaba la Dirección General de Ordenación Profesional por la de Salud Pública.

La Troncalidad llega a la formación médica especializada

El mismo Castrodeza se había encargado de dar el visto bueno a la polémica Troncalidad seis meses antes y quizá por ello se le “premiaba” de esta manera. A pesar de la oposición del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) -con manifestación incluida- y de algunas sociedades científicas relevantes, el Consejo de Ministros aprobaba en julio el decreto que regula la Troncalidad en la formación médica especializada, una trascendente medida prevista en la LOPS de 2003 que, por distintas causas, se había ido retrasando en los últimos años. La Troncalidad incide en aspectos tales como la reespecialización o las áreas de capacitación específica (ACEs) y persigue una formación más global e integral para el médico. Sin duda alguna, era la noticia sanitaria del verano.



En el nuevo sistema de formación se creaban dos nuevas especialidades (Psiquiatría del Niño y Adolescente, y Genética Clínica); se modificaba la actual especialidad de Farmacia Hospitalaria, que añadía el apellido de Atención Primaria; se fusionaban los actuales títulos de especialista en Análisis Clínicos y en Bioquímica Clínica; y se creaban las ACEs de Enfermedades Infecciosas, Hepatología Avanzada, Neonatología, y Urgencias y Emergencias. A lo largo del segundo semestre de 2014, cuatro sociedades científicas (SEMES, SEIMC, SEN y SEI) y dos sindicatos (CC.OO y UGT) presentaban recursos judiciales contra la norma ante el Tribunal Supremo con el objetivo de revisar su legalidad y su conformidad con las normas del Derecho comunitario europeo.



En el mismo Consejo de Ministros que aprobaba la Troncalidad se daba luz



REPORTAJE DE PORTADA

La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año

verde al Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, también largamente esperado. Su objetivo no es otro que mejorar la planificación de los Recursos Humanos del SNS. Si bien este documento también cuenta con algunos detractores, el Ministerio de Sanidad asegura que existe un elevado consenso respecto al mismo y que se mantiene un contacto regular y fluido

con las fuentes. Por el momento, ya se está trabajando en la plataforma digital que va a albergar este registro, y se prevé que el proceso culmine en

2016, en espera de lo que ocurra con el recurso presentado por Enfermería ante el Tribunal Supremo por invasión de competencias de los consejos generales. España tendría por fin un censo de todos los profesionales sanitarios que hay en el país y a él podrán acceder tanto los pacientes como las administraciones.

Los pactos de La Moncloa, en entredicho

El gran acuerdo firmado en julio de 2013 entre el Ministerio de Sanidad, el Foro de la Profesión Médica (FPM) y el Consejo General de Enfermería (CGE) también iba a dar que hablar en 2014. En varias ocasiones, tanto médicos como enfermeros expresaron su malestar por el escaso desarrollo de dichos pactos. Las valoraciones del portavoz del FPM, Francisco Miralles, y del presidente del CGE, Máximo González Jurado, eran más bien negativas. Opinaban que ese desarrollo iba especialmente lento por no haberse establecido plazos concretos, aunque sí marcaba las líneas de lo que debía ser el SNS. Ambas entidades coincidían igualmente en reconocer que el pacto político era “la mayor dificultad”.

Con la llegada de Alfonso Alonso a Sani-

dad llegaba el compromiso del Ministerio con el FPM y el CGE para cumplir el Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del SNS. “Los acuerdos están para ser cumplidos, por lo que es prioritario desarrollar su contenido de la mejor manera posible”, afirmaba tras reunirse con los representantes de ambas organizaciones profesionales. Al hilo de estas declaraciones, el

secretario general de Sanidad, Rubén Moreno, expresaba su intención de hacer todo esto, o la mayor parte, en la presente legislatura, con apenas un año por delante. Es por ello que se comprometía a convocar una reunión de la comisión de seguimiento del Pacto tras las vacaciones navideñas.

En el marco de este gran acuerdo, el Ministerio de Sanidad de Ana Mato solo había avanzado en consensuar y validar un documento de gestión clínica elaborado por el FPM en base a las líneas generales establecidas por CESM y FACME - autonomía de gestión, voluntariedad, elección del líder a cargo de los profesionales, sin personalidad jurídica propia, sin cambios en la vinculación jurídica de los profesionales, incentivos ligados a la eficiencia y no al ahorro, etcétera- y para el que se pedía que tuviera rango de norma. También se había conseguido consensuar el reglamento de funcionamiento del Foro de las Profesiones Sanitarias, pero quedaba pendiente su activación para convertir a médicos y enfermeros en interlocutores directos con la Administración.

Nuevos precios de referencia

En el ámbito farmacéutico, el Ministerio de Sanidad daba luz verde al nuevo sistema de precios de referencia mediante la aprobación del Real Decreto 177/2014, del mes de marzo. Por primera vez se permitía la creación de nuevos conjuntos de medicamentos a financiar -con el

mismo principio activo y vía de administración- cuando se cumplieran diez años de la autorización del fármaco en España o en cualquier otro Estado miembro de la Unión Europea, y siempre que existiera, al menos, uno financiado distinto del original y sus licencias. El 16 de julio entraba en vigor la primera orden de precios de referencia, que traería consigo la revisión del precio de 14.526 medicamentos. La norma preveía un ahorro superior a los 43 millones de euros.

Con todo esto, el gasto farmacéutico del SNS en junio se situaba en los 772 millones de euros, un 2,44 por ciento más que en el mismo mes de 2013. No obstante, el gasto descendía un 21,17 por ciento en comparación con el mismo periodo de 2012 y el ahorro obtenido en farmacia en los dos años posteriores a la reforma sanitaria ascendía a 3.584,9 millones de euros. Por tercera vez en los dos últimos años se producía un aumento del gasto en el acumulado interanual, pasando de 8.898 millones de euros en 2013 a 9.270 millones en junio de 2014. Para el Observatorio del Medicamento, este dato reforzaba la idea de “un cambio de tendencia”. El Consejo de Política Fiscal y Financiera aplazaba hasta 2015 la vinculación del gasto farmacéutico al PIB en el contexto de un acuerdo con los laboratorios.

Ya en el mes de mayo, el ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, Cristóbal Montoro, y representantes de Farmaindustria habían abordado la situación de la industria farmacéutica y el estado de la deuda de las comunidades autónomas por suministro de medicamentos a hospitales. En el transcurso de dicho encuentro, la patronal farmacéutica exponía el impacto que habían tenido sobre el sector los importantes ajustes que se habían venido realizando en el ámbito del gasto farmacéutico durante los últimos años y solicitaba a Montoro su apoyo para la creación de un marco estable y predecible para el sector en materia de precios y acceso a nuevos fármacos, vinculando el crecimiento del mercado far-



macéutico público al ritmo de la economía.

Farmaindustria también publicaba en 2014 un informe sobre los efectos del nuevo régimen de copago farmacéutico puesto en marcha en 2012: la demanda de medicamentos dispensados a través de receta con cargo al SNS habría pasado de 1.000 millones de recetas en ese año a cerca de 850 en los últimos doce meses. Para la patronal española de la industria farmacéutica, esta medida habría tenido un “efecto estructural de contención del crecimiento de la demanda de recetas”. Frente a la petición socialista de retirar esta polémica medida, el Ministerio de Sanidad establecía que los topes máximos para los pensionistas bajarían el 0,5 por ciento a partir del 1 de enero de 2015 en base al IPC de diciembre de 2013 a noviembre de 2014.

A pesar de todos estos datos, el vicepresidente de Asuntos Económicos de la Comisión Europea, Jyrki Katainen, considera que España tiene margen para racionalizar el gasto sanitario porque los precios de los productos farmacéuticos son elevados y recurre poco a los medicamentos genéricos. No obstante, ha pedido que se evalúe el impacto de cualquier medida que se vaya a implementar, ya que las adoptadas hasta ahora están pro-

vocando un alargamiento de las listas de espera. El experto justificaba estas afirmaciones alegando que “se prevé que los gastos de la asistencia sanitaria en España aumenten 1,3 puntos porcentuales entre 2010 y 2060, desde el 6,5 por ciento del PIB en 2010”.

Las farmacéuticas quieren liderar las inversiones en I+D

Paralelamente se daban a conocer los resultados de la Encuesta sobre Actividades de I+D que elabora cada año Farmaindustria entre sus asociados. Según ésta, la industria farmacéutica habría invertido un total de 928 millones de euros en I+D en el ejercicio de 2013. Este dato, si bien suponía un descenso del 4,6 por ciento con respecto al año anterior (972 millones se invirtieron entonces) -consecuencia de los fuertes ajustes sufridos por el mercado farmacéutico en el periodo de crisis-, ponía de manifiesto que los laboratorios siguen firmes en su propósito de liderar las inversiones en I+D industrial de nuestro país a pesar de la crisis, tal y como viene sucediendo en los últimos años.

A finales del mes de octubre, Antoni Esteve sucedía a Elvira Sanz en la presidencia de Farmaindustria con el siguiente mensaje: “Ha llegado el momento de dejar de ir de víctimas de la situación económica actual y pasar a ser protagonistas de la recuperación de nuestro país”. En un seminario celebrado un mes después de su elección, el nuevo presidente de la patronal farmacéutica apuntaba como el principal desafío de su sector “que la sociedad empiece a ver a los laboratorios como una fábrica de conocimiento, innovación y talento, más que como una industria de productos. Nuestro principal objetivo es

que los pacientes puedan acceder a los medicamentos más eficaces para seguir aumentando la esperanza de vida”.

Bajo estas premisas, Sanidad y MSD firmaban a finales de julio el primer acuerdo de riesgo compartido para un fármaco en España. Se trataba de un medicamento para la hepatitis C -boceprevir- del que podrían beneficiarse todos los pacientes afectados por el virus (grados de fibrosis hepática F1, F2, F3 y F4). Este contrato se basaba en la definición del paciente “curado”, de tal manera

En el mismo Consejo de Ministros que aprobaba la Troncalidad se daba luz verde al Registro Estatal de Profesionales Sanitarios



REPORTAJE DE PORTADA

La crisis del Ébola y la dimisión de Ana Mato, acontecimientos sanitarios del año

que el SNS solo asumiría el coste de las personas que lograsen la curación, y llegaba tras otro acuerdo de techo de gasto alcanzado con Janssen para su fármaco frente a la misma enfermedad -simeprevir-. Posteriormente, también se negociaría con las farmacéuticas Gilead y BMS para incluir sofosbuvir y daclatasvir, respectivamente, en la financiación pública.

Nada de esto ponía fin a las quejas de pacientes y médicos sobre el acceso a los nuevos antivirales. Mientras que la Plataforma de

Afectados por Hepatitis C denunciaba desigualdades entre comunidades autónomas a la hora de recibir una combinación de estos fármacos con una tasa de curación superior al 90 por ciento, la Asociación Española para el Estudio del Hígado echaba por tierra la estrategia sobre la enfermedad acordada por el Consejo Interterritorial del SNS y calificaba de “chapuzas” y “obsoletos” los informes de posicionamiento terapéutico publicados para simeprevir (Janssen) y sofosbuvir (Gilead). Detrás de la polémica estaba el elevado precio del tratamiento con ambos medicamentos: cerca de 50.000 euros por persona para tres meses.

Sanidad bloquea la vacuna de la varicela

El bloqueo de la vacuna de la varicela a mediados del mes de mayo por parte de la entonces secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, generaba otra polémica de gran calado en nuestro sistema sanitario. A pesar de haber sido autorizado por la Agencia Europea del Medicamento, el suero era retirado de las oficinas de farmacia de nuestro país por las restricciones que imponía el Ministerio de Sanidad. El Gobierno recordaba en diciembre que las personas a las que se prescribe la

vacuna de la varicela tienen acceso gratis a la misma en el hospital. Lejos de controlarse o de ir en descenso, la enfermedad superaba todos los casos de 2013 dos meses antes de finalizar el año, siendo Aragón, Galicia y Castilla y León las autonomías donde más crecía.

En el ámbito farmacéutico, el Ministerio daba luz verde al nuevo sistema de precios de referencia mediante la aprobación del RD 177/2014, del mes de marzo

estas entidades privadas, que pasaban a denominarse Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. También se establecían una serie de limitaciones a sus altos cargos como consecuencia de los escándalos mediáticos generados por una gestión poco transparente y rodeada de una sombra de sospecha permanente. Quizás el más sonado de todos haya sido el de Mutua Universal, en el que se encuentran actualmente imputados 11 altos directivos por un presunto fraude cercano a los 200 millones de euros.

Lo más polémico de la nueva normativa era el hecho de que las mutuas pudieran intervenir en la baja laboral del trabajador desde el primer día de la misma -antes lo hacían desde el decimosexto-. Además, se obliga al inspector médico a responder en cinco días a las propuestas de alta que hagan estas entidades privadas -antes el plazo estaba en 15-; si no lo hace, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) tendrá cuatro días para alcanzar una resolución, y el dictamen final será comunicado tanto a la empresa como al trabajador. El anteproyecto de ley de diciembre de 2013 contemplaba incluso la posibilidad de que un paciente fuera dado de alta de forma automática por silencio adminis-

trativo, pero esto era eliminado del proyecto en julio.

La nueva normativa también establece que los informes y resultados de las pruebas que se efectúen durante el proceso de incapacidad temporal (IT) pasarán a formar parte del historial clínico del paciente, al que podrán acceder las mutuas sólo en lo que tenga que ver con la baja laboral en curso, aunque no queda claro cómo se va a restringir dicho acceso de cara a mantener la confidencialidad del paciente. Asimismo, el texto obligaba a las mutuas a deshacerse de sus sociedades de prevención antes del 31 de diciembre de 2014 por no responder a la naturaleza de su actividad propiamente dicha y por acumular éstas una deuda de 40 millones de euros con la Seguridad Social. El Gobierno espera ahorrar con la reforma, al menos, 500 millones de euros.

Nueva norma para la gestión de la IT

Previamente, en el mes de julio, el BOE había dado luz verde al real decreto que regula la gestión y el control de los procesos por IT en el primer año de su duración. La nueva norma tenía como principales objetivos avanzar en la mejora de la gestión y el seguimiento de estos procesos, y simplificar los trámites asociados a los mismos. Para ello, se contemplaba la sustitución del actual sistema de expedición de partes médicos de confirmación -de periodicidad semanal- por otro basado en la diferenciación de cuatro grupos específicos. Con tal fin, se ponían a disposición de los médicos unas tablas con la duración media estimada que tienen las bajas en función de la patología, la edad del trabajador y la ocupación. Estos plazos se tendrían que incluir en los partes con un carácter puramente orientativo. Lo que se persigue con esta medida es reducir el absentismo laboral, cuya media se sitúa en 11 días al año por trabajador.

Una de las lacras de 2014 ha sido el grave problema del desempleo y la preca-

riedad laboral, especialmente llamativo entre los médicos jóvenes. Con el objetivo de ayudar a este colectivo en la formación y búsqueda de empleo a nivel nacional e internacional, la Organización Médica Colegial (OMC) ponía en marcha en el mes de febrero la Oficina de Promoción de Empleo Médico (OPEM). En apenas un año de funcionamiento se gestionaban más de 1.300 ofertas de trabajo a las que concurrían 235 facultativos. De todos ellos, solo 14 conseguirían un empleo y un futuro laboral en el extranjero en condiciones garantizadas por la OPEM. Más de 90 empresas mostraron su interés en la iniciativa.

En mayo, los doctores Vicente Matas, Mónica Terán, Manuel Carmona, Javier Font, Antonio Fernández-Pro y Josep Fumadó tomaban posesión oficial de sus cargos como nuevos vocales de las secciones nacionales de la OMC. El doctor Juan José Rodríguez Sendín les animaba a cumplir con las obligaciones del cargo, entre las que se incluye la defensa de los estatutos de la OMC, el Código de Deontología Médica y la Ley de Colegios Profesionales. Por su parte, los doctores Serafín Romero y Juan Manuel Garrote eran elegidos vicepresidente y secretario general de la OMC, respectivamente, en las elecciones celebradas el 5 julio. En estos comicios también resultaba reelegido el doctor José María Nieto como representante nacional de Medicina Privada por Cuenta Ajena.

Elecciones al Parlamento Europeo

El 25 de mayo tenían lugar las elecciones europeas, donde PP y PSOE eran fuertemente castigados por los electores. El auge de IU, de UPyD y, sobre todo, de Podemos empezaba a amenazar la hegemonía de los dos grandes partidos políticos de España. Otra consecuencia de estos comicios eran los nuevos rostros del Ejecutivo murciano tras la elección del nuevo presidente de la Región, Alberto Garre, en sustitución de Ramón Valcárcel, sexto en la lista europea del PP. En la cartera

de Sanidad, Catalina Lorenzo sustituía en el cargo a María Ángeles Palacios.

Unos meses antes, el Consejo de Ministros aprobaba el Real Decreto con el que se incorpora la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Según la nueva norma, los españoles podrán acudir a otro país de la UE para recibir asistencia sanitaria, adelantando el pago de los servicios que reciban y solicitando después el reembolso a España, bajo unas determinadas condiciones y, en el caso de algunos tratamientos, requiriéndose autorización previa.

Posteriormente, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) dictaminaba que el céntimo sanitario -impuesto sobre carburantes aplicado por algunas comunidades autónomas para financiar la Sanidad-vulnera la legislación comunitaria. Los jueces señalaban que “no procede limitar en el tiempo los efectos de esta sentencia, ya que el Gobierno español y la Generalitat catalana no obraron de buena fe al mantener este impuesto en vigor durante más de diez años”. Se abría entonces una vía para que los afectados pudieran reclamar la devolución de los cerca de 13.000 millones de euros recaudados ilegalmente entre 2002 y 2011. Antes de acabar el año se alcanzada un acuerdo mediante el cual Hacienda asumía el coste de dicha devolución.

El Parlamento Europeo también aprobaba un proyecto de ley que obliga a compañías farmacéuticas e investigadores a publicar los resultados de todos los ensayos clínicos que realicen en la Unión Europea. La norma facilitaba la cooperación transfronteriza para realizar estudios de mayor tamaño, más viables y fiables, que deberán centrar sus esfuerzos en desarrollar tratamientos especiales para, por ejemplo, las enfermedades raras.

El domingo 30 de marzo se llevaba a cabo una nueva prueba de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) en

Madrid, Barcelona y Sevilla con el objetivo de certificar como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a cerca de 2.800 médicos que obtuvieron su titulación antes de 1995. Era la última oportunidad para que pudieran acreditarse aquellos profesionales que no tuvieran la especialidad reconocida legalmente. El doctor Benjamín Abarca, presidente de SEMG, admitía que la prueba había resultado “un poco más difícil de lo esperado por su planteamiento y su temática”.

La ONT cumple 25 años

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) cumplió un cuarto de siglo en 2014 y lo celebró a lo grande en un acto conmemorativo al que acudió el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, quien mostraba su “orgullo y admiración” hacia la entidad y destacaba el hecho de que un andaluz pueda vivir con el corazón de un catalán porque “la fraternidad es patrimonio de todos los españoles”. El director de la ONT, Rafael Matesanz, cifraba en 15.000 los profesionales formados en trasplantes y felicitaba al “ejército” de trabajadores de la Sanidad, de la navegación aérea y de otros sectores que posibilitaron el récord de 16 donantes en un solo día cuyos órganos fueron trasplantados a 45 enfermos en 22 hospitales de once comunidades autónomas. La ONT se ponía dos objetivos para 2020 aumentar un 10 por ciento la tasa de donantes de órganos en España y hasta un 20 por ciento el número de trasplantes de órganos sólidos, lo que supondría llegar a los 40 donantes por millón de habitantes y 5.000 intervenciones anuales ■

Documentación y fuentes

1. EL MÉDICO INTERACTIVO
2. Europa Press



La
Formación
continuada, la
Calidad total, la colaboración
en el desarrollo del nuevo plan de la especialidad
y la Troncalidad,
objetivos prioritarios de la
AEC”

Eduardo M. Targarona

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos AEC



La formación continuada, la calidad total, la colaboración en el desarrollo del nuevo plan de la especialidad y la Troncalidad, objetivos prioritarios de la AEC

Eduardo M. Targarona Soler, director de la Unidad de Cirugía Gastrointestinal y Hematológica del Hospital de Sant Pau, ha sido nombrado presidente de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Llega a la presidencia con ganas de impulsar aún más la especialidad que cada vez está más asentada en técnicas poco invasivas y en una mayor calidad de los tratamientos empleados.

¿Cuáles son los grandes retos de la especialidad en los próximos cinco años?

Los grandes retos que nos planteamos son la implementación de una filosofía y política de calidad total en el tratamiento quirúrgico, la implantación universal y segura de las técnicas mínimamente invasivas y, por último, el desarrollo y la aplicación del proyecto de Troncalidad en la especialidad de Cirugía General y Digestiva.

¿Con qué medios y herramientas cuentan para conseguirlos?

Para asumir los retos planeados en la Troncalidad, la Asociación Española de Cirujanos (AEC) cuenta con varios miembros de su junta en el Consejo Nacional de Especialidades que están trabajando en este sentido. Además, nuestra sección de formación posee el interés y la experiencia para desarrollar el proyecto de Troncalidad. Con respecto a la Cirugía mínimamente invasiva tenemos planteados varios cursos de residentes específicos que se canalizan a través de las secciones de Cirugía endoscópica y de cada una de las secciones monotématicas que utilizan estas técnicas, como pueden ser la cirugía HPB (cirugía hepatobiliopancreática), colorrectal, esófago, gástrica y bariátrica, entre otras. Para garantizar la calidad contamos con la sección de gestión y de cursos online.

Con respecto a los países de nuestro entorno, ¿cómo es el nivel de formación de los especialistas españoles?

Muy bueno y competitivo con respecto a los países de la Unión Europea, que están enmarcados en un sistema público que goza de extraordinaria calidad.

¿Hacia dónde va el futuro de la especialidad?

La Cirugía General y Digestiva es una especialidad muy amplia que incluye varias áreas de especial interés (HPB, esófago, gástrica, mama, etc.). El futuro se orienta hacia unidades más específicas, en las que haya una concentración de procedimientos avanzados y menos frecuentes para poder garantizar de esta forma la máxima eficacia y eficiencia.

¿Cómo se están formando esas áreas de especialización y cómo se integran en los servicios existentes?

No existen programas específicos tipo *fellowships*, pero cada vez más los servicios hospitalarios se estructuran por subespecialidades, lo que favorece la concentración y la superespecialización.

¿Cómo se forman los especialistas en las técnicas de mínima invasión y en Cirugía asistida por robots?

La Cirugía mínimamente invasiva, 25

El nivel de formación de los especialistas españoles es muy bueno y competitivo con respecto a los países de la Unión Europea

años después de su descripción, se ha convertido en una técnica habitual con amplia aplicación en los hospitales del país, por lo que en la actualidad los residentes recién formados poseen una buena formación en técnicas laparoscópicas básicas (colecistectomía). Por su parte, la formación en técnicas más complejas es más

difícil, pero la aplicabilidad prácticamente universal del abordaje laparoscópico favorece una formación progresiva, aunque esta es de lenta evolución. Por eso, la AEC desarrolla

cursos específicos de formación para residentes de primer y quinto año. En cuanto a la formación en robótica, esta es anecdótica con 26 robots en el país. La formación en robótica requiere cursos específicos facilitados por la industria.

¿Cuál es su participación en los foros internacionales?

Es amplia, ya que participo en programas de colaboración con países latinoamericanos (Argentina, México, Perú, Guatemala, Costa Rica) y a la vez, actualmente soy el presidente electo de la EAES (*European Association of Endoscopic Surgery*).

La Cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en una técnica habitual con amplia aplicación en los hospitales del país, por lo que en la actualidad los residentes poseen una buena formación en técnicas laparoscópicas básicas

¿Y la colaboración de la AEC con sociedades científicas internacionales?

Tenemos establecidos nexos de colaboración con el *American College of Surgeons* y convenios con diferentes sociedades



científicas, como son las sociedades quirúrgicas de Guatemala, Uruguay, Argentina y México.

¿Qué actividades lleva a cabo la AEC para potenciar la formación y la excelencia de la práctica clínica?

Múltiples y variadas. Me gustaría destacar, sobre todo, los cursos presenciales para resi-

dentos de Cirugía endoscópica, HPB, esófago, gástrica, colorrectal y mama. Otra línea de actuación en temas de formación en la que estamos trabajando con mucha ilusión es la de los cursos online de gestión y de obesidad, cursos para el manejo del paciente politraumatizado, como ATLS y DTSC, y la publicación de guías de práctica clínica.

¿En qué consisten esos cursos de for-

mación que ha puesto en marcha la Asociación Española de Cirujanos?

Los cursos presenciales están diseñados para un grupo de entre cinco y siete residentes que se llevan a cabo en centros que cuentan con unidades de calidad contrastada. Tienen una duración no superior a cuatro días y se establece un contacto directo entre los especialistas que los imparten y los profesionales que asisten.

¿Cómo se traslada la formación de los especialistas a la excelencia clínica?

Para esta cuestión disponemos de cursos online de gestión y de diversas subespecialidades, como puede ser la Cirugía bariátrica o la dedicada a traumatismos. Además, contamos con un departamento de publicaciones en la que se recopilan los consensos de buena práctica y otros documentos que se consideran de interés para los asociados.

¿Cuáles son las inquietudes de los miembros de la AEC?

Según lo que vamos conociendo, la mayor inquietud de nuestros socios es poder participar y colaborar en una sociedad que les ofrezca servicios y herramientas para que puedan ir progresando en su profesión.

¿Cómo recoge la Junta Directiva las necesidades de sus socios?

A través de las secciones y, actualmente, en el buzón del socio donde libremente se puede proponer/preguntar cualquier cosa.

¿Qué papel tiene la formación continuada dentro de los planes de la AEC?

Lógicamente es una de las prioridades y es un objetivo básico de nuestra asociación. Por eso, y como ocurre con la formación en general, existen una serie de actividades bien establecidas que se han diseñado con este objetivo.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Médicos

Farmacia

Enfermería

EQUIPO

Taller

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo



¿Cómo se pueden integrar los retos que quiere asumir su especialidad dentro del Sistema Nacional de Salud en la situación que atraviesa?

Tenemos que tener claro que el conocimiento, junto con la Medicina basada en la evidencia, la excelencia clínica y una buena gestión permitirá que se pueda aplicar la Medicina más puntera en nuestros hospitales. Por ese amplio objetivo está trabajando toda la junta directiva de la AEC y sus asociados.

¿Qué papel tienen las unidades de gestión clínica en este panorama?

En este marco, la gestión, no como objeti-

vo sino como medio, debe ser el instrumento para poder aplicar una Medicina de calidad y en la que se incluyen las unidades de gestión clínica.

¿Esta forma de gestión es la solución a muchos de los actuales problemas del Sistema Nacional de Salud?

Desde la AEC apostamos por todo lo que permita y facilite un modelo más eficiente. No obstante, quiero señalar que sin fondos la eficiencia es mucho más difícil de alcanzar.

¿Con qué sociedades científicas tiene más relación la AEC?

A nivel nacional, la AEC se vincula a la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), a la Asociación Española de Coloproctología (AECOP) o sociedades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). También debe relacionarse con la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y con la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). A nivel internacional, tiene vínculos con la *European Society of Endoscopic Surgery* (ESDE), *European Hernia Society* (EHS), *European Association of Endoscopic Surgery* (EAES) y *American College of Surgeons* (ACS). Además, tiene establecidos convenios de colaboración con las sociedades de cirugía general de México, Argentina, Uruguay y Guatemala.

¿Cómo se integran los objetivos de su sociedad con FACME?

La AEC es miembro de FACME desde hace muchos años. El anterior presidente de la AEC, el profesor Arturo Soriano, es miembro de la junta directiva, lo que indica la afinidad que existe entre FACME y la AEC.

¿Cuál es el papel de FACME en el proceso de coordinación?

La función normalizadora y aglutinadora debe ser muy importante, proyectando conceptos e ideas transversales entre Sociedades. Esta creo que es su función para poder significar mayor capacidad de opinión y decisión en la sociedad y en la Administración ■

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





Telèmac, las TIC al servicio del paciente crónico

Un proyecto *e-health* del *Institut Català de la Salut* conecta a 191 pacientes crónicos con su médico de Atención Primaria para prevenir ingresos de urgencia y llevar un control diario de su enfermedad

Texto  Montse Barba



GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

Telèmac, las TIC al servicio del paciente crónico

La telemedicina ya no pertenece al futuro, es una realidad que desde algunas administraciones públicas comienza a implantarse con éxito, también para el seguimiento a distancia de enfermos crónicos de edad avanzada. Y un excelente ejemplo de ello es Telèmac, un proyecto de telemonitorización de crónicos complejos puesto en marcha en mayo de 2013 por el *Àmbit d'Atenció Primària del Institut Català de la Salut* (ICS) y en el que han participado ya 191 pacientes de la ciudad de Barcelona.

En fase piloto, este sistema ha recibido varios premios, entre ellos el de "Nuevos Modelos de Negocio" del *B Digital Global Congress* o el de "Excelencia a la Innovación Tecnológica" del Colegio de Ingenieros Técnicos y Peritos de Telecomunicación de Cataluña (COETTC). Y, tan o más importante que las distinciones, es que un 99 por ciento de sus usuarios está satisfecho o muy satisfecho con su funcionamiento y un 98 por ciento valora como adecuada la tecnología empleada para la recogida diaria de datos.

La última encuesta de satisfacción realizada por el ICS señala también que a un 71 por ciento les ha ayudado a comprender mejor su enfermedad y un 78 por ciento declara que mejora el autocontrol. Además, un 76 por ciento percibe que los profesionales sanitarios de su centro de salud supervisan mejor su dolencia, lo que se traduce en una mejora en su calidad de vida.

Los pacientes que disponen de Telèmac tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, diabetes o hipertensión, la combinación de varias patologías o incluso las cuatro. A través de

diversos dispositivos (glucómetro, pulsioxímetro, tensiómetro o una báscula) conectados por bluetooth a una tablet, el enfermo controla desde su domicilio la tensión arterial, su peso o sus niveles de azúcar y envía la información a su médico de cabecera, quien la ve asociada a su historia clínica.

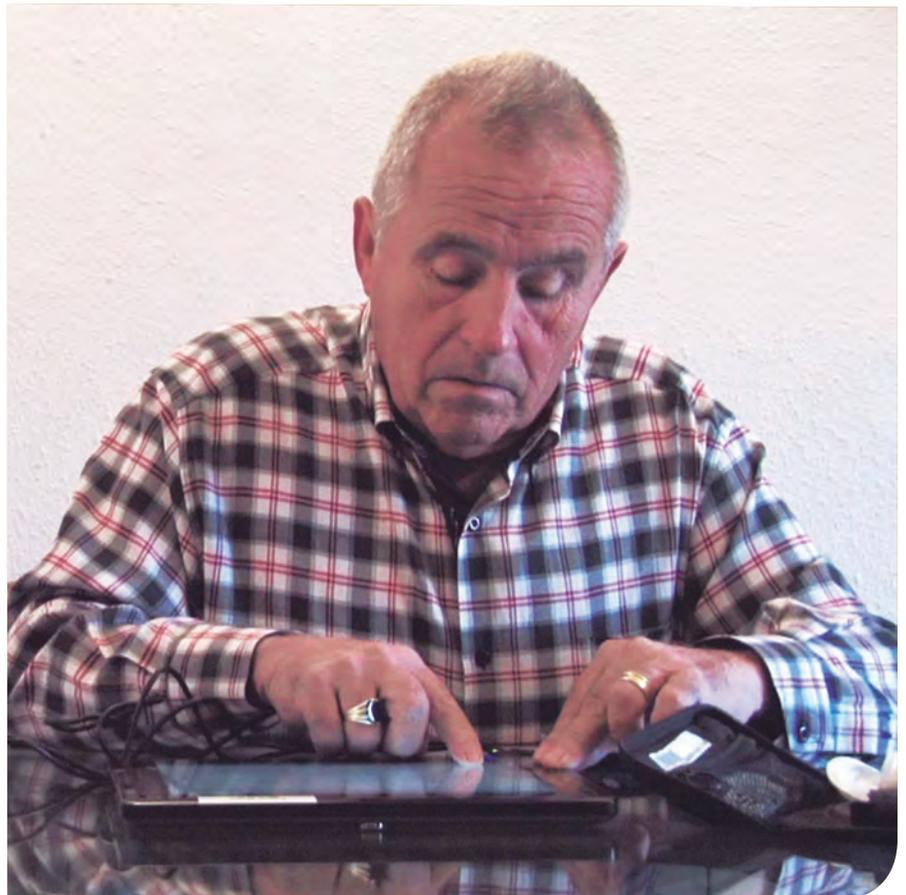
"Si ve alguna anomalía, el médico me llama

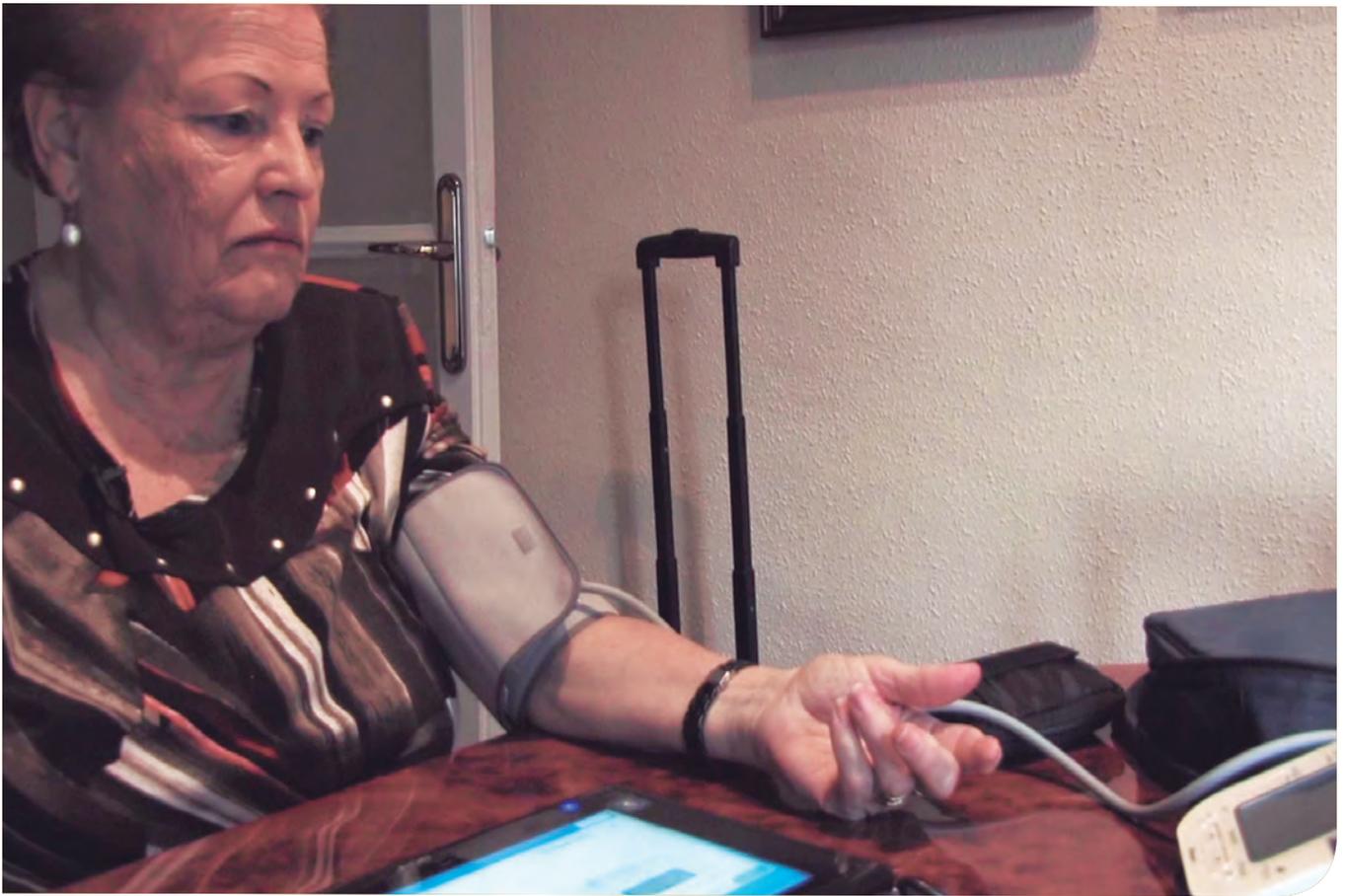
enseguida"

Uno de los participantes es Ildefonso Salazar, un cordobés de 68 años que vive en Barcelona y que cada mañana se mide el azúcar y envía el resultado a su centro

de salud con un gesto tan simple como pulsar un icono de la tablet, adaptada en tamaño y pantalla a sus necesidades concretas. Cuenta Ildefonso que cuando accedió al programa dos enfermeras le explicaron al detalle el funcionamiento y lo probaron con él y su mujer hasta que ya le resultó sencillo e intuitivo de manejar. "El médico ve los resultados cuando enciende su ordenador y si lo cree conveniente me llama por teléfono: "Ildefonso, ¿cómo va?, ¿alguna novedad? Y eso me da mucha tranquilidad, ya que si hay alguna anomalía el médico me llama enseguida y me lo pregunta", asegura.

En efecto, según el ICS, la telemonitorización previene recaídas o agravamiento de la enfermedad y puede evitar reingresos o entradas por urgencias al límite, ya que los pacientes están muy controlados. Además, explica Silvia Cordoní, una de las impulsoras del proyecto, al tener las aler-





tas que les avisan de cambios en las patologías en su ECAP (Estación Clínica de Atención Primaria), “los médicos son más proactivos y no tienen que convivir con varias aplicaciones a la vez, lo que dificultaría el estrés diario”.

El sistema es complementario a otros, como las llamadas telefónicas de control de pacientes con insuficiencia cardiaca o EPOC que ya formaban parte de la estrategia de crónicos de la administración sanitaria catalana, y en ningún caso sustituye las visitas al médico o las pruebas o ingresos hospitalarios. “No hay una sola estrategia para abordar a los crónicos. Necesitan de muchos dispositivos porque lo que se pretende no es que no ingresen, sino que no lo hagan tan al límite o permanezcan menos días al estar más supervisados a diario. Queremos que acudan al hospital cuando sea realmente necesario y no porque se hayan descompensado sus biomed-

das y se hubiese podido modificar la medicación o hacer un control más estricto”, añade Cordoní, profesional del *Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat*.

Los pacientes que han participado hasta finales de 2014, sostiene Cordoní, tienen más de 80 años (trece de ellos entre 85 y 95) y sin ningún contacto previo con las nuevas tecnologías. Viven en el área de montaña de Barcelona y pertenecen a cinco ambulatorios diferentes bajo la zona de influencia del Hospital Vall D'Hebron. Silvia Cordoní explica que muchos tienen problemas de accesibilidad por sus propias dolencias y por las cuestas y escaleras pronunciadas que hay que bajar para ir a su centro de salud. Los enfermos, por su parte, afirman en la valoración del programa que, sin duda, recomendarían Telèmac a otras personas en su misma situación. La continuidad del proyecto se decidirá

en el primer trimestre de 2015, tras un análisis detallado de los resultados, aunque iniciativas como ésta o Valcrònic, en la Comunidad Valenciana, constatan que la *e-health* es una apuesta de las administraciones sanitarias para un uso cada vez más racional, eficaz y complementario de todos los recursos sanitarios ■

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





Orientando los servicios sanitarios a los ciudadanos: El futuro 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Diversas jornadas celebradas tanto en la Comunidad Valenciana como en Murcia han preparado el terreno para la que será la cita ineludible de los directivos sanitarios: el 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Tanto SEDISA como ANDE ya se han puesto a trabajar en diez claves que permitan orientar los servicios sanitarios a los ciudadanos, lema de este encuentro. Así, éstas pasan por cuestiones como avanzar en nuevas tecnologías, el paciente experto o por formar nuevos líderes en gestión.

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | SEDISA



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Orientando los servicios sanitarios a los ciudadanos: El futuro 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Un sistema sanitario nunca puede ser estanco, porque trabaja para la sociedad, y la sociedad cambia. Aparecen nuevos retos, nuevas necesidades, y desde la gestión, es necesario buscar fórmulas para adaptarse a los mismos. El envejecimiento de la población, la gran tasa de pacientes crónicos que existen en nuestro país y las expectativas actuales de los ciudadanos, en un entorno donde han cambiado los niveles de salud de la población, la visión que las personas tienen sobre su estado físico y psíquico, la aparición de nuevas tecnologías sanitarias, el cambio demográfico y la aparición de nuevas enfermedades han hecho que la calidad de los servicios sanitarios sea una preocupación creciente entre los españoles.

Es por ello que desde la Sociedad Española de Directivos Sanitarios (SEDISA) y desde la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) renovarse y actualizarse es una necesidad constante, y una de las claves que se tienen en cuenta para la organización de su cita bianual en el Congreso Nacional de Hospitales. “En la línea de trabajar por la calidad de los servicios sanitarios, hemos de aportar soluciones a las dificultades que atraviesa el sistema, que se han puesto de manifiesto debido a la crisis financiera, pero que van más allá de los aspectos meramente económicos: recursos humanos, infraestructuras sanitarias, cartera de servicios, nuevas terapias, demandas de ciudadanos y pacientes, etcétera”, explicaba Mariano Guerrero, secretario general de la junta directiva SEDISA y actual presidente del Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, cuya edición número 19 tendrá lugar del 10 al 13 de marzo de 2015, en las ciudades de Alicante y Elche.

Las cifras que se adelantan

Al igual que en pasados años, el 19 Con-

greso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria será uno de los foros más importantes del mundo sanitario. En palabras del presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, “superaremos, sin duda, el éxito alcanzado en sus ediciones anteriores, lo que equivale a más de 2.000 personas, cerca de 800 comunicaciones y 30 mesas redondas”. Como novedades del CNH, los organizadores destacaban que llevará

El congreso pretende superar las cifras de años anteriores, lo que equivale a más de 2.000 personas, 800 comunicaciones y 30 mesas redondas

aparejada una importante “Feria de Salud”, en la que se darán a conocer los avances y resultados más relevantes. Igualmente, dando un paso más en el uso de las nuevas tecnologías, se podrá seguir el contenido del congreso desde otras localidades.

Por su parte, el presidente de ANDE, Jesús Sanz, destacaba que el papel de los profesionales de enfermería gestores en el CNH, a lo largo de estos últimos años, “viene siendo importantísimo, tanto en la participación, como en las comunicaciones que se presentan” y asegura que, teniendo en cuenta el lema, “los profesionales de enfermería están presentes de una manera transversal y tendrán protagonismo, sobre todo en los temas relacionados con los cuidados, la educación sanitaria o la gestión de las instituciones”.

Igualmente, como presidente del Comité Organizador del CHN19, Juan Antonio Marqués, exponía que “sin duda, para lograr el éxito de este 19 Congreso Nacional de Hospitales y de Gestión Sanitaria, no solo es suficiente trabajar duro, sino que necesitamos una serie de colaboraciones imprescindibles, la colaboración institucional, de los profesionales, de la industria, de las

sociedades científicas, del sector privado, y de aquellos centros que gestionan los servicios sanitarios”. Marqués también dedicaba, durante la presentación oficial del 19CNH en Madrid, unas palabras al lema del mismo, “Los servicios sanitarios y los ciudadanos”, y es que en esta ocasión, el papel del paciente dentro del SNS será el eje sobre el que giren gran parte de los debates.

Actividad precongressual

Dado que un congreso como este requiere una amplia planificación, y que su carácter bianual hace necesario reunirse para actualizar debates y contenidos, en esta ocasión se ha apostado por la celebración de varias jornadas precongressuales. Sobre las mismas hablaba Juan Antonio Marqués, que explicaba que se han celebrado tres encuentros, un de ellos en Murcia, dónde pese a estar fuera de la Comunidad Valenciana, sede del congreso, acudió un número importante de gerentes, así como propia la consejera de Sanidad de la Región de Murcia, Catalina Lorenzo Gabarrón.

Otra de las citas más importantes se daba en San Juan, donde se dedicaba una mesa de debate al tema “El paciente experto y los servicios sanitarios”, exponiendo experiencias al respecto en distintas comunidades autónomas. En este sentido, en la Comunidad Valenciana, el Plan de Eficiencia,

Entre las claves del congreso está el abordaje, entre otras, de las ventajas de las nuevas tecnologías

Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad 2014-2017 contempla la implantación del programa del paciente experto y el desarrollo de actividades orientadas a la formación en el autocuidado de pacientes. “En la Comunidad Valenciana, han tenido lugar diferentes experiencias de educación para el autocuidado en los diferentes departamentos de salud”, explicaba en dicho foro Vicente Segura, jefe de Servicio de Atención y Comunicación con el Paciente de la Consejería de Sanidad. “En el portal Cuidate CV se publican consejos y vídeos

sobre estilos de vida saludables para todas las edades, clasificados por temática los principales problemas de salud, estando todas las publicaciones avaladas por la Consejería". Otros ejemplos citados, se situaba en Andalucía, cuya Escuela de Pacientes cuenta en la actualidad con una red de 500 profesores-pacientes que han formado a más de 10.000 personas.

Estas jornadas precongresuales, además de recabar información sobre todas estas iniciativas, también servían para marcar las líneas de acción que las sociedades científicas desarrollarán en el congreso, recogidas en diez puntos clave, que resumía el presidente del 19 Congreso Nacional de Hospitales, Mariano Guerrero, durante la presentación oficial en Madrid.

Claves para la orientación de los servicios sanitarios a los ciudadanos

1. Evolución hacia un nuevo modelo de prestación de los servicios sanitarios

"La primera de estas claves es la evolu-

ción hacia un nuevo modelo de prestación de los servicios sanitarios, en la que puedan abordarse abiertamente temas como las alternativas a la hospitalización; las redes asistenciales, de una forma especial los pacientes crónicos; y el domicilio como magnífico lugar para muchas de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas", apuntaba Mariano Guerrero. No hay que olvidar que la atención sanitaria es cada vez más exigente y compleja, por lo que los centros sanitarios han de ir modificando sus planteamientos organizativos tradicionales para asumir otros modelos con visión de futuro, de viabilidad y respuesta a demandas crecientes. Es por ello que la intención es que, desde este encuentro, se contemplen organizaciones más integradoras de los diferentes niveles asistenciales, sin olvidar el espacio sociosanitario, las oportunidades que brinda el compartir servicios y recursos, ya sean de carácter asistencial o de soporte, o un papel más relevante de los profesionales en la gestión de dichos recursos.

2. Las TIC, la eHealth, la mHealth y las

redes sociales como herramienta de gestión para la calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema

Ciudadanos, profesionales y Administraciones deben percibir las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías de la información, la eHEALTH y la mHEALTH como una clara oportunidad para mejorar la accesibilidad y la gestión de los recursos, además de dotar de mayor agilidad y eficiencia a las actuaciones del sistema sanitario. Su integración en el mismo está haciendo posible la documentación clínica electrónica, compartir imágenes médicas, telemedicina, la gestión digital de compras y logística, los programas digitales de gestión de pacientes, etcétera, si bien según un Informe de la Comisión Europea publicado en 2011, solo el 65 por ciento de los hospitales en Europa tiene implantada la historia clínica electrónica, solo el 11 por ciento tiene implantada la cita electrónica y solo el 8 por ciento puede llevar a cabo telemonitorización de pacientes extrahospitalarios. "Hablaemos por tanto del papel de las TIC, la eHealth, la mHealth y las



redes sociales como herramientas de gestión para la calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema”, puntualizaba Guerrero.

3. El paciente experto como aliado

“Es decir, entender que el paciente no es sólo un sujeto pasivo, sino una persona que asume cada vez más responsabilidades, ya que la salud también es un bien individual, y ésta depende mucho del ciudadano”. De esta manera, el presidente del 19CNH matizaba que “pocas veces hemos puesto en los programas científicos una mirada tan clara hacia el papel los propios ciudadanos. Desde las asociaciones de pacientes vemos el nuevo rol que el paciente está tomando en todos los países de la OCDE, y por ello hemos querido que este sea uno de los temas más originales dentro del propio congreso”. Apuntaba también a esta idea Juan Antonio Marqués que “queremos insistir en poner al paciente en el centro del sistema, es una asignatura pendiente. Sin duda se ha mejorado, sin duda se han probado caminos que están dando fruto, pero queda mucho por hacer y de ahí que sea uno de los lemas de este congreso”.

4. La arquitectura hospitalaria: centros dirigidos a “cuidar” al paciente y el medioambiente

La arquitectura hospitalaria ha de proporcionar soluciones acordes a las nuevas demandas y necesidades que experimenta la Sanidad. Sin que se haya descartado el edificio “macrohospital”, el diseño actual se inclina por centros de tamaño mediano, más horizontales, donde el cristal se impone al cemento, con más elementos de confortabilidad y que generen impactos positivos a pacientes y familiares, contribuyendo a atenuar la tensión propia del proceso asistencial, sin olvidar un uso responsable de las energías y el mayor respeto a las condiciones medioambientales. Espe-

Se destaca la necesidad de alcanzar un liderazgo nuevo, fuerte, fiable y visible, que refuerce el ahorro de costes

cial importancia adquieren las áreas de atención ambulatoria, donde se realiza la mayor cantidad de actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento.

5. Acceso a la innovación terapéutica y de tecnología sanitaria

Otra de las claves para la orientación de los servicios sanitarios a los ciudadanos

es el acceso a la innovación terapéutica y de tecnología sanitaria, ya que en palabras de Guerrero “existe una gran disputa en cómo deberían entrar todas estas nuevas tecnologías en nuestro sistema sanitario, en el contexto de una crisis, de la que aún no hemos salido”. Es por ello que la apuesta es no renunciar a esa innovación, sino tener las herramientas para hacer la mejor gestión de la misma.

6. Nuevos líderes para la gestión sanitaria: innovación y profesionalización



Respecto al directivo de la salud, Joaquín Estévez hacía hincapié en la necesidad de alcanzar un liderazgo nuevo, fuerte, fiable y visible que refuerce el ahorro de costes, la ética, la responsabilidad colectiva y la empatía, “para ello, es imperativo contar con una gestión sanitaria profesionalizada, a través de directivos sanitarios y gestores con una formación adecuada, que consigan resultados en rendimiento, productividad, calidad, costes, eficacia, eficiencia”. En esta línea, el perfil de directivo debe establecerse como el de un profesional de la gestión y no como un cargo político, “con una selección basada en el explícito diseño del puesto de trabajo, estando 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”, añadía Guerrero.

7. Implicación de los profesionales sanitarios en la gestión

Está claro que todos estos objetivos solo son posibles con la implicación y el compromiso de todos los profesionales sanitarios, para lo que se requiere una alianza entre clínicos y gestores. “Existe preocupación por los momentos tan duros de ajustes presupuestarios que estamos viviendo y que están suponiendo una sobrecarga de trabajo importante para todos los profesionales”, explicaba Jesús Sanz, presidente de ANDE. “El papel de todos los profesionales sanitarios, incluidas las enfermeras, es fundamental para intentar minimizar las consecuencias en los ciudadanos de estos recortes que estamos teniendo”.

8. La docencia, la formación y la investigación deben ocupar un lugar fundamental en los servicios sanitarios

Una parte fundamental de cualquier sistema de salud son sus servicios sanitarios. En este sentido se pretende poner énfasis en la importancia que tiene la docencia, la formación y la investigación, no sólo para los profesionales sanitarios en relación con la calidad de su trabajo diario en

la prestación de atención a los ciudadanos, sino también para las organizaciones sanitarias como proveedoras de servicios de salud a la sociedad. Cada vez se hace más necesario el establecer un nuevo modelo de alianzas, eficientes y sostenibles, que garantice el uso racional de las infraestructuras y recursos destinados a la docencia, formación e investigación, debiendo ser un criterio prioritario de buena gobernanza en el Sistema Nacional de Salud. Así, el 19CNH pretende exponer temas como las limitaciones y dificultades de la generación y transferencia del conocimiento; las nuevas

plataformas formativas en formato digital; la captación de fondos públicos y privados de financiación de proyectos I+D+F; las sinergias docentes, formativas e investigadoras entre universidades e iniciativas privadas o el rol de las sociedades científicas y colegios profesionales.

9. Evaluación de los servicios sanitarios en base a la evidencia

“No solamente vamos a tratar la evidencia en términos clásicos, como era el análisis de los ensayos clínicos, sino que también hablaremos de la implantación de las base de datos, de los iDATA, y de otros posibles sistemas, para que, a través del debate, los propios gestores se hagan una idea de lo que se puede hacer en la evaluación de la evidencia clínica, a través del análisis de la propia práctica clínica y de los sistemas informatizados”, insistía en este punto Mariano Guerrero.

10. Establecer reglas de buenas prácticas en la gestión sanitaria

Pero la innovación también debe estar presente como filosofía en la forma de gestionar para aportar soluciones a las dificultades que atraviesa el sistema sa-

nitario. En este sentido, algunas herramientas innovadoras para una gestión eficiente y de calidad son los acuerdos de riesgo compartido y los socios tecnológicos, que son ejemplos de las nuevas relaciones entre los servicios de salud y los proveedores, la externalización de los servicios sanitarios, la colaboración público-privada o la gestión clínica. A este respecto, Mariano Guerrero hacía

Cada vez los profesionales, en coordinación con los gestores, deben asumir mayores responsabilidades en la gestión de los recursos

hincapié en que “los profesionales sanitarios, en coordinación con los gestores, deben asumir mayores responsabilidades en la gestión de los recursos y, con ello, tener mayor protagonismo en

las decisiones que afectan a la organización de los centros en su conjunto”. Se debe seguir avanzando en la implementación de la gestión clínica y, asimismo, “se debe establecer de manera más decidida el papel que ha de jugar cada nivel asistencial y cada estamento ante retos como la cronicidad o la dificultad para contener el incremento del gasto sanitario”, añadía.

Esto conlleva, asimismo, un cambio en el modelo retributivo en la Sanidad pública, en el que se tenga en cuenta el cumplimiento de objetivos previamente definidos y consensuados y se potencie el talento ■

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



2015

un año de





baja intensidad
electoral
en los
colegios
de
médicos

Texto | Antonio Pais



REPORTAJE

2015, un año de baja intensidad electoral en los colegios de médicos

En el año 2014 hubo elecciones en hasta 16 colegios de médicos españoles, destacando por su importancia las celebradas a comienzo de año en el de Barcelona, con triunfo de la candidatura del doctor Jaume Padrós. El dato contrasta con la “paz” electoral que reinará en el año 2015, en el que sólo habrá comicios a la presidencia en cinco instituciones provinciales. Se producirán los habituales cambios, debido al establecimiento de turnos rotatorios, en los consejos autonómicos; pero en hasta doce comunidades autónomas no habrá proceso electoral alguno, y tampoco toca este año en la OMC.

Después de varios ejercicios con numerosos procesos electorales en los colegios de médicos españoles, el año 2015 va a tener una baja intensidad en lo que a comicios se refiere. Al margen de alguna elección y de los habituales turnos rotatorios en los consejos autonómicos, salvo que se presenten circunstancias especiales que propicien su adelanto, sólo habrá elecciones este año en cinco instituciones provinciales al agotarse la legislatura: los de A Coruña, Cantabria, Lleida, Soria y Ceuta. Pero no se prevé que haya elecciones en Comunidades como Andalucía, con ocho colegios provinciales, Castilla-La Mancha, Euskadi, Comunidad Valencia o Aragón o Extremadura. Tampoco está previsto movimiento electoral alguno en el órgano en el que están representados todos los colegios, la OMC.

En la Organización Médica Colegial, a mediados de 2014 se celebraron comicios para elegir a dos de los representantes de la Comisión Permanente: para los cargos de vicepresidente, resultando vencedor el doctor Serafín Romero; y secretario general, en los que resultó elegido el doctor Juan Manuel Garrote por un solo voto de diferencia frente a la candidatura encabezada por quien entonces todavía presidía el Colegio de Médicos de Lleida, la doctora Rosa

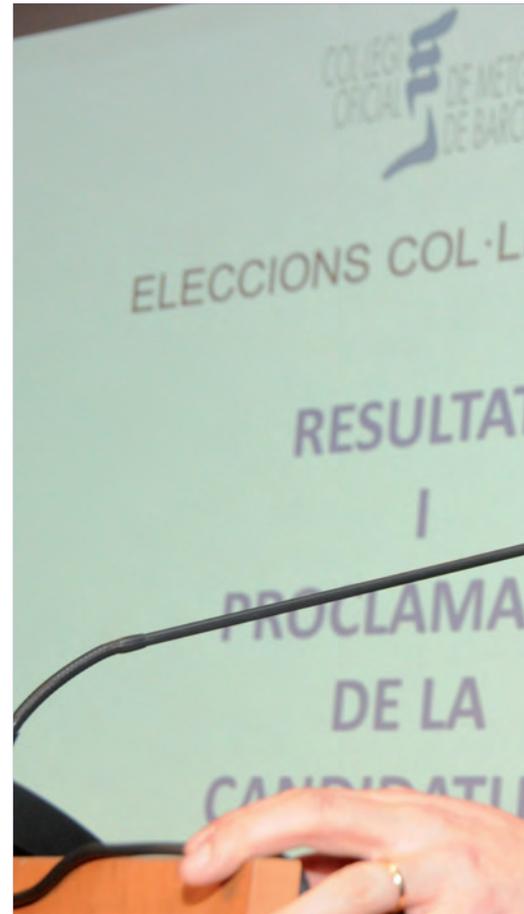
María Pérez. En cuanto a las vocalías nacionales, el año pasado hubo elecciones para la Vocalía de Medicina Privada por cuenta ajena, siendo elegido el doctor José María Nieto.

Hasta mediados del año 2017 no habrá elecciones para cargos de la Permanente de la OMC, y ese mismo año se celebrarán las correspondientes a la práctica totalidad de las vocalías nacionales: la excepción es la elección para Médicos en Empleo Precario, que se celebrará en 2016. En el año 2015 no están previstos comicios, ni para la Comisión Permanente ni para las vocalías nacionales de la institución colegial.

Elecciones en cinco colegios

A lo largo de los próximos meses del año se deben celebrar elecciones, al agotarse la legislatura en curso, en cinco colegios provinciales. Las habrá en el Colegio de Médicos de A Coruña, que preside el doctor Luciano Vidán desde el año 2011. Las elecciones están previstas para el mes de octubre. Un poco antes, en el mes de septiembre, está previsto que se celebren los comicios a la presidencia en el Colegio de Médicos de Cantabria, que tiene al frente desde el año 2012 al doctor Tomás Cobo.

Para este año sólo se esperan comicios a la presidencia en cinco instituciones provinciales, frente a los 16 del curso anterior



En los meses de mayo o junio está previsto que se celebren las elecciones en el Colegio de Médicos de Soria, que preside el doctor José Ramón Huerta; es el único de una Comunidad con nueve instituciones provinciales como Castilla y León en la que están previstos comicios.

En la actualidad, al frente del Colegio de Médicos de Lleida y del de Ceuta se encuentran quienes eran vicepresidentes en el comienzo de la actual legislatura. Aunque las causas han sido muy diferentes. En la institución catalana se produjo, en octubre del pasado año y tras siete años (casi dos legislaturas) en la presidencia la dimisión de Rosa María Pérez, que meses antes, en julio, había perdido por un solo voto de diferencia la batalla electoral para ocupar la Secretaría General de la OMC frente a Juan Manuel Garrote. El vicepresidente de la entidad, el doctor Ramón Mur, pasó a ocupar la presidencia hasta



el final de la actual legislatura... que se producirá en otoño de 2015, por lo que habrá elecciones.

La situación en el Colegio de Médicos de Ceuta fue muy distinta, pues se produjo un lamentable suceso: el fallecimiento a finales de octubre de 2014 de la presidenta de la entidad, la doctora Manuela Gómez, quien había sido elegida en noviembre de 2011 y a la que le restaba, por lo tanto, un año de legislatura por cumplir. Al frente del colegio de médicos ceutí, en el que este año habrá por tanto elecciones, ha quedado el hasta entonces vicepresidente, el doctor Alberto Levy.

Sin movimiento en Andalucía

Si hay una Comunidad representativa del escaso movimiento electoral que se producirá en los colegios de médicos este año es Andalucía: no se prevé que haya

elecciones a lo largo de 2015 en ninguna de sus ocho instituciones provinciales, y tampoco en su consejo autonómico, para el que en el mes de noviembre de 2014 fue elegido, para los siguientes dos años, el doctor Antonio Aguado, presidente del Colegio de Médicos de Huelva.

La sequía electoral de este año contrasta con la abundante "lluvia" habida en el anterior: ya en el primer mes de 2014, enero, fue investido presidente del Colegio de Médicos

de Córdoba el doctor Bernabé Galán; en el mes de marzo fue elegido presidente del Colegio de Médicos de Cádiz el doctor Juan Antonio Repetto; en abril fue reelegido presidente del Colegio de Médicos de

Almería el doctor Francisco José Martínez Amo, cuya candidatura fue la única que se presentó al proceso; y en septiembre, el doctor Juan José Sánchez Luque comenzó su tercer mandato en el Colegio de Médicos de Málaga: su candidatura fue también la única que se presentó. Y eso se suma a que en 2013 fueron elegidos los doctores Juan Bautista Alcañiz (Colegio de Médicos de Sevilla), Francisco Javier de Teresa (Colegio de Médicos de Granada), Antonio Aguado (Colegio de Médicos de Huelva) y Emilio Manuel García de la Torre (Colegio de Médicos de Huelva).

Algo parecido sucede en Castilla y León: no habrá elecciones en el consejo autonómico, presidido hasta el año 2017 por el doctor José Luis Díaz Villarig, quien hasta ese año también fue elegido para seguir al frente del Colegio de Médicos de León. No están previstos comicios en los colegios de Palencia (en mayo de 2014 fue reelegido el doctor Francisco José del Riego); Ávila (hasta 2016 no tocan elecciones en la entidad que preside la doctora María Begoña Sahagún); Valladolid (en mayo de 2014 fue reelegido presidente el doctor José Antonio Otero); Salamanca (a finales de 2013 fue reelegido el doctor Manuel Gómez Benito, presidente desde 2002); Burgos (en junio de 2014 tomaron posesión el doctor Joaquín Fernández de Valderrama y su junta directiva); Zamora (en 2013 fue reelegido el

doctor Sebastián Martínez); y Segovia (en 2013, Enrique Guilabert sustituyó al frente de la institución a Juan Manuel Garrrote).

Tampoco habrá elecciones este año en

La calma electoral también llega a la OMC, organismo en el que en 2014 quedó renovada la Permanente con el secretario y el vicepresidente

los cinco colegios provinciales de Castilla-La Mancha: en 2013 fueron elegidos los doctores Fernando Gómez Bermejo (Colegio de Médicos de Albacete); Carlos Molina (Colegio de Médicos de Cuenca); Luis Ro-



REPORTAJE

2015, un año de baja intensidad electoral en los colegios de médicos

dríguez Padial (Colegio de Médicos de Toledo); y José Molina (Colegio de Médicos de Ciudad Real); y en junio de 2014 fue reelegido (candidatura única) el doctor Ramón Ochoa como presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara. Precisamente el doctor Ochoa, en su condición de presidente del CM de Guadalajara, presidirá hasta finales de junio de este año 2015 el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha; por rotación, a partir de entonces la presidencia pasará al CM de Cuenca.

Comunidad Valenciana, Aragón, Euskadi, Cataluña

La actividad electoral fue especialmente intensa en la Comunidad Valenciana el pasado año: hubo elecciones a la presidencia en los tres colegios provinciales. Por orden cronológico, las primeras que se celebraron, en marzo, fueron las del Colegio de Médicos de Alicante, en las que se impuso quien hasta entonces había sido vicepresidente de la entidad, el doctor José Pastor: su candidatura fue la más votada frente a la del doctor Pedro Plou. El doctor Pastor sustituye en el cargo al doctor Antonio Arroyo, que había estado al frente del colegio desde el año 2008 y al cumplir dos mandatos no se presentó a la reelección; también dejó su puesto, tras 40 años en el cargo, el doctor Francisco Bellvert, decano de los secretarios generales de los colegios de médicos.

En junio de 2014 se celebraron las elecciones en el Colegio de Médicos de Castellón, en la que la única candidatura que finalmente se presentó fue la encabezada por el doctor José Antonio Herranz, que inició de esta forma su cuarta legislatura al frente de la institución, cuya nueva junta de gobierno quedó compuesta por diez vocalías y seis cargos directivos. También en el mes de junio del pasado

año, la candidatura encabezada por la oftalmóloga Mercedes Hurtado se impuso a la de la hasta entonces presidenta, la doctora Rosa Fuster, en las elecciones del Colegio de Médicos de Valencia. Por lo que respecta al Consejo de Colegios de Médicos de la Comunidad Valenciana, desde 2014 y hasta 2016 la presidencia la ostentará el CM de Valencia; entonces, respetándose el turno rotatorio, la presidencia pasará a tenerla el CM de Castellón.

En Aragón, lo más destacado es que sigue sin constituirse jurídicamente el Consejo Autonómico, que desde finales de 2014 y durante 2015 presidirá el Colegio de Médicos de Zaragoza, al frente del cual está desde el año 2013 la doctora Concepción Ferrer. Hasta 2017 no acabará tampoco el mandato del doctor José María Borrel como presidente del Colegio de Médicos de Huesca. Y en noviembre de 2014 fue reelegido (candidatura única) el doctor Ismael Sánchez al frente del Colegio de Médicos de Teruel.

En Euskadi, ningún movimiento electoral en 2015. El Consejo Autonómico lo presidirá, por segundo y último año en la rotación, el Colegio de Médicos de Vizcaya que preside a su vez el doctor Cosme Naveda desde 2013, mismo año en el que fue reelegido (tercera legislatura) el doctor Kepa Urigoitia en el Colegio de Médicos de Álava. Y en mayo de 2014 fue proclamado presidente del Colegio de Médicos de Guipúzcoa el doctor Manuel García Bengochea.

Ya se ha resaltado lo previsto en el Colegio de Médicos de Lleida; no habrá elec-

ciones en los otros tres colegios provinciales catalanes. En el de Barcelona, en febrero de 2014 hubo comicios y la candidatura encabezada por el doctor Jaume Padrós se impuso a la del doctor Joan Gené. Unos meses más tarde, en junio, el proceso fue en el Colegio de Médicos de Girona: fue elegido presidente, para sustituir a Benjamí Pallarés, el anestesista Josep Vilaplana, cuya candidatura se impuso a las encabezadas por los doctores Bardalet y Felip. En el Colegio de Médicos de Tarragona, el doctor Fernando Vizcarro cumple su segunda legislatura en el cargo: fue elegido en 2012 y hasta 2016 no habrá nuevos comicios.

Por lo que respecta al Consejo Catalán de Colegios de Médicos, la presidencia la ejercen los colegios provinciales de forma rotatoria y durante 2015 el turno es del Colegio de Médicos de Barcelona.

Galicia, Extremadura, Canarias, Baleares

En el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Galicia, en abril de 2013 se celebraron elecciones y resultó elegido presidente para los dos próximos años el doctor Luciano Vidán, presidente asimismo del Colegio de Médicos de A Coruña. Las elecciones para la renovación de la presidencia del Consejo Autonómico se esperan para mediados de año.

En octubre de 2012 la Junta Electoral del Colegio de Médicos de Pontevedra ratificó

como electa la candidatura encabezada por el doctor Luis Campos Villarino por un nuevo mandato de cuatro años, al haberse presentado únicamente la suya; hasta 2016 no habrá elecciones. También en octubre, pero de 2013, el doctor Manuel Boquete se convirtió en el nuevo presidente del Colegio de Médicos de

No se prevé variación alguna de presidente, fuera de las existentes en sus Consejos, en 2015 en hasta doce comunidades autónomas

2014 y hasta 2016 la presidencia la ostentará el CM de Valencia; entonces, respetándose el turno rotatorio, la presidencia pasará a tenerla el CM de Castellón.

Salvo adelanto electoral para este año, será en 2016 cuando se celebren los comicios en Madrid; en 2014 destacó la elección en el de Barcelona del doctor Jaume Padrós

Lugo en sustitución del doctor Vidal Pardo, en el cargo desde 2006. La candidatura del doctor Boquete fue la única que se presentó a las elecciones; la legislatura, por lo tanto, no acaba hasta finales del año 2017.

En junio de 2014, el Colegio de Médicos de Ourense celebró el acto de toma de posesión oficial de su nueva junta directiva, presidida por el doctor José Luis Jiménez, quien sustituyó al doctor Pedro Trillo.

En Extremadura, el único cambio en lo que hace referencia al Consejo Autonómico es que en la vicepresidencia estará representada la institución provincial que no ostente la presidencia, que este año le corresponde al Colegio de Médicos de Cáceres; éste, a su vez, seguirá estando presidido (no tocan elecciones hasta 2016)

por el doctor Carlos Ramón Arjona. Por su parte, el doctor Pedro Hidalgo estará al frente el Colegio de Médicos de Badajoz hasta 2017.

En Canarias, el pasado 23 de mayo de 2014 tomó posesión la nueva Junta Directiva del Colegio de Médicos de Las Palmas, presidida por el neumólogo Pedro Cabrera, que inició su tercer mandato al frente de la institución, y con los nuevos Estatutos de 2013 los cargos directivos se reducen de 18 a 14 miembros, buscando una mayor agilidad en la toma de decisiones; asimismo, hay presencia de representantes de todas las islas, entre las que Lanzarote y Fuerteventura duplican su número de vocales.

Antes, en septiembre de 2013, había renovado su mandato por otros cuatro años

al frente del Colegio de Médicos de Tenerife el doctor Rodrigo Martín. Del mismo modo, durante el año 2015 la presidencia del Consejo Canario de Colegios de Médicos (se asume de forma rotatoria) corresponde a Tenerife.

Las elecciones en el Colegio de Médico de las Islas Baleares las ganó en mayo de 2014 la candidatura encabezada por el doctor Antonio Bennasar, que se impuso con claridad a la del doctor José Segador. El doctor Bennasar inició así su segunda legislatura como presidente de la entidad. El doctor Pau Lluch estará frente de la junta insular de Menorca, y el doctor Luis Alberto Cros, de la de Ibiza-Formentera.

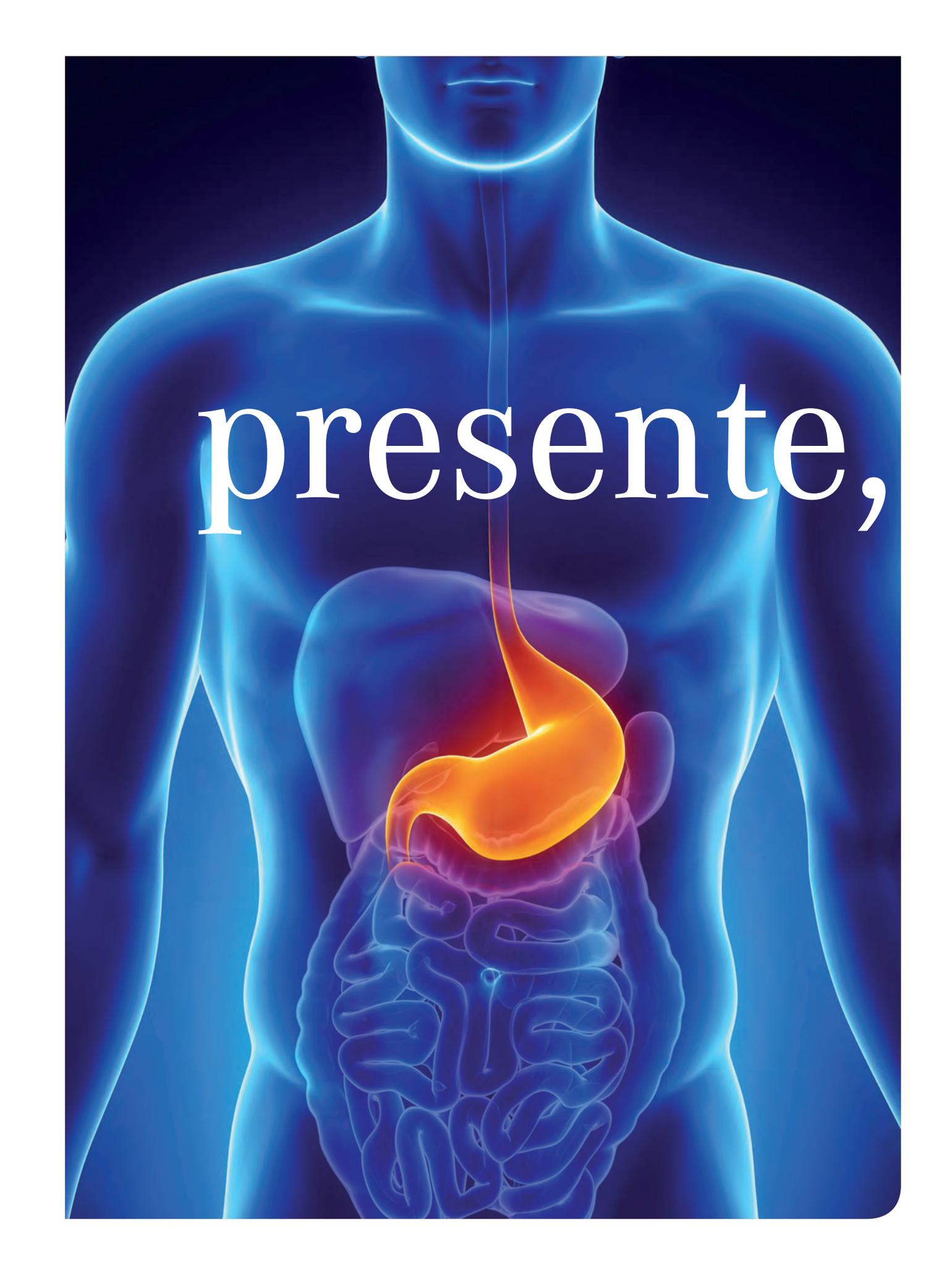
Comunidades de una provincia

No habrá comicios este año en Comunidades uniprovinciales como Asturias (en 2013 fue elegido presidente el doctor Alejandro Braña); Navarra (la doctora María Teresa Fortún fue elegida en 2012, cumple su último año de mandato; en 2014 sí se renovó parcialmente la junta directiva en la institución colegial navarra); La Rioja (la doctora Inmaculada Martínez fue elegida también en 2012); Murcia (el mismo caso es el de la doctora Isabel Montoya: fue elegida en 2012; en 2016 habrá elecciones a la presidencia, la vicepresidencia, la tesorería, la vocalía de médicos en formación y la sede de Lorca, mientras que este año sí habrá comicios para los cargos de secretario y vicesecretario, las restantes vocalías y las sedes de Cartagena, Yecla y Caravaca).

En el Colegio de Médicos de Madrid, la doctora Sonia López Arribas fue elegida presidenta en el año 2012 y este año, por lo tanto, es el último de la legislatura.

La candidatura encabezada por el doctor Francisco Delgado fue la única que se presentó a las elecciones en el Colegio de Médicos de Melilla, celebradas el pasado 16 de diciembre de 2014. El doctor Delgado iniciaba así su tercera legislatura en el cargo ■



An anatomical illustration of the human digestive system. The body is shown in a blue, semi-transparent style. The stomach is highlighted in a bright orange and yellow color, while the rest of the digestive tract, including the esophagus and intestines, is shown in a lighter blue. The word "presente," is written in a white, serif font across the middle of the image, partially overlapping the stomach and esophagus.

presente,



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

Una nueva forma de codificar y clasificar las enfermedades que supondrá una mayor especificidad e información clínica; una mejor medición de los servicios de salud; mejoras en las metodologías de financiación y reembolso; mejora de la supervisión y menor necesidad de incluir documentación adicional, pero también un mayor esfuerzo por parte de los profesionales a la hora de recoger la información clínica en la historia clínica digital. La nueva CIE 10 supone mejoras, desde luego, pero también retos, con el objetivo de ofrecer mayor calidad y seguridad al paciente.

Texto  Silvia C. Carpallo



REPORTAJE

CIE 10, presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Una nueva forma de codificar, y en parte, una nueva forma de entender la Medicina. Más precisa, con más información, y por ende, con más posibilidades. Así se resumen el cambio que va a suponer la adaptación a la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades, que entrará en vigor en enero de 2016. Hablamos de la CIE 10, un sistema de codificación de procedimientos que se utilizará para recopilar datos, calcular costes y servir de apoyo a las historias clínicas electrónicas en todos los procedimientos de hospitalización. Denominado como CIE-10-MC, está destinada a sustituir a la anterior

La nueva clasificación internacional de enfermedades, que entrará en vigor en 2016, servirá para recopilar datos mejor y calcular costes, entre otros aspectos

modificación clínica, la CIE-9-MC, que se ha estado utilizando desde 1979.

Para empezar hay que entender que se trata de un modelo que toma como ejemplo el sistema de Estados Unidos, y que

en palabras de María Ángeles Gorgocena Aoiz, jefe de Área de Información y Estadísticas Asistenciales de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, “será mucho más preciso, flexible y estable” en cuanto a la definición de diagnósticos y procedimientos. La transición a este nuevo modelo comenzó ya en 2009, y se basa en cuatro pilares básicos: la

preparación de materiales, el desarrollo de herramientas, los planes de formación y la coordinación. Así, la transición consiste en la actualización para regular los sistemas de clasificación de acuerdo con los avances en la práctica clínica, que permita la armonización de los datos en comparaciones internacionales, y que garantice la normalización en base al material, las guías de uso, y la formación de los codificadores. Se prevé, por tanto, que la implantación definitiva del CIE10 se produzca en enero de 2016.

Para entender un poco este complejo momento de transición hay que remontarse a la historia de la propia Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que se mantiene en la OMS para registrar las causas de muerte desde 1893. Así, se ha ido actualizando periódicamente la CIE para reflejar nuevos descubrimientos en epidemiología y cambios en el conocimiento médico de la enfermedad. El método actual, la CIE9, fue desarrollada por la OMS para su utilización mundial con fines, digamos, más estadísticos. Concretamente en 1979 se desarrolló una modificación clínica (ICD9CM) en la que se expandieron los códigos diagnósticos y un sistema de codificación de los procedimientos. En el momento actual esta clasificación está desactualizada, ya que muchas de las categorías están llenas y no es suficientemente descriptiva.

De esta forma aparece en escena la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada en 1992, que es la última revisión realizada. Proviene del momento en el que la OMS autorizó al National Center for Health Statistics (NCHS) para desarrollar una modificación clínica de CIE-10 para su uso en Estados Unidos. CIE-10-PCS fue publicada inicialmente en 1998. Desde ese momento se ha venido actualizando cada año.

En opinión de María de los Ángeles Gorgocena Aoiz, “si bien esta nueva clasificación ha ido generándose y depurándose en EEUU desde entonces, todavía no se

En opinión de María de los Ángeles Gorgocena Aoiz, “si bien esta nueva clasificación ha ido generándose y depurándose en EEUU desde entonces, todavía no se

En opinión de María de los Ángeles Gorgocena Aoiz, “si bien esta nueva clasificación ha ido generándose y depurándose en EEUU desde entonces, todavía no se

En opinión de María de los Ángeles Gorgocena Aoiz, “si bien esta nueva clasificación ha ido generándose y depurándose en EEUU desde entonces, todavía no se

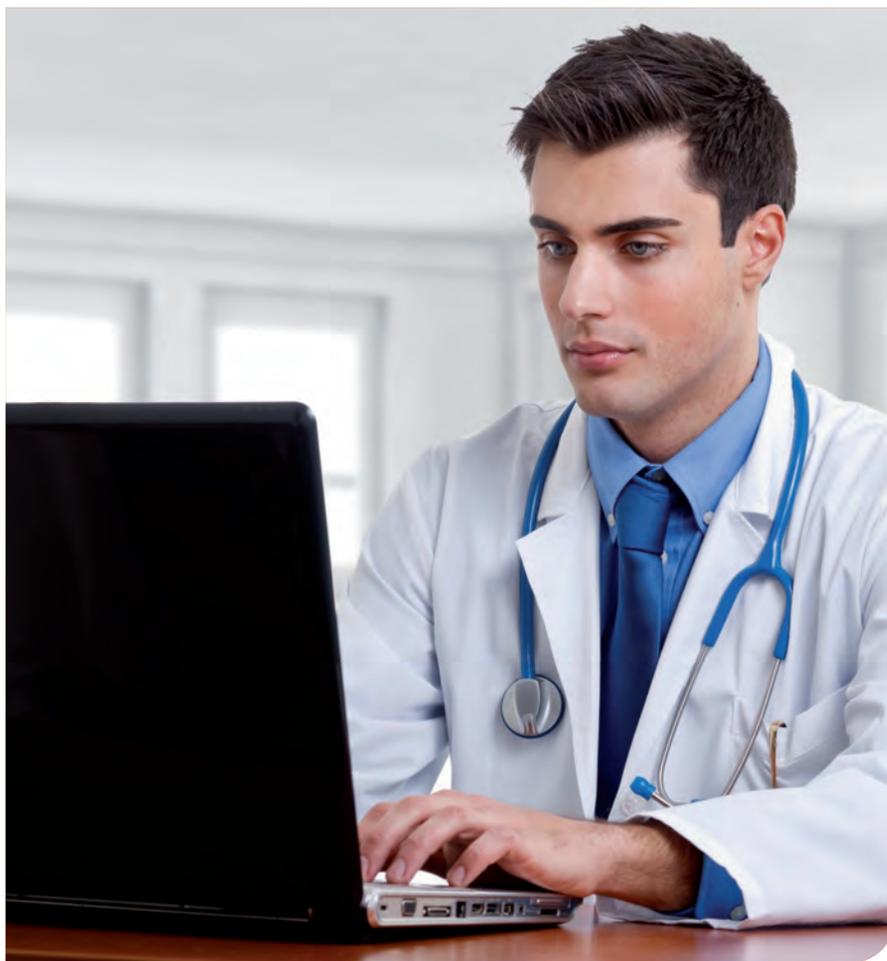


ha implantado como clasificación de referencia. En otros países como Australia, desde los años 90, Canadá en 2002, o Irlanda en 2005, la morbilidad estaba ya siendo codificada con CIE 10, de manera que éramos pocos los países que estábamos trabajando con CIE 9, porque en CIE 10 no teníamos una modificación clínica”. Por tanto según la representante ministerial, “la CIE 10 es un hecho desde hace ya muchos años, se codifica en CIE 10 las causas de muerte desde el 1999, y en otros países, incluso algunos de los diagnósticos en los centros hospitalarios, pero para la codificación hospitalaria teníamos aún en uso la CIE 9 MC”.

Novedades respecto a la CIE 9

El primer dato que hay que conocer en cuanto a la diferencia entre la CIE 9 y la CIE 10 es una cuestión estadística. La modificación clínica de la CIE10 contiene 68.065 códigos, en comparación con los 14.025 diagnósticos que tiene la CIE 9MC. Es decir, se amplía la cantidad y la especificidad de la información. Además, se tiene en cuenta que para el abordaje de la modificación clínica, la nueva herramienta que se desarrollase debía ser lo suficientemente flexible para que incorpore diagnósticos y procedimientos emergentes, y ser lo suficientemente exacta como para identificar diagnósticos y procedimientos con mayor precisión.

Dando ideas más concretas, entre sus principales modificaciones y mejoras respecto al anterior se incluyen avances como que añade trimestres a los códigos obstétricos; revisa los códigos de la diabetes mellitus; expande muchos códigos de enfermedades; añade códigos de extensión para lesiones y causas externas para las lesiones; incluye la lateralidad; y combina códigos con síntomas comunes. Por otra parte, las anomalías maxilofaciales son desplazadas al capítulo musculoesquelético, y algunos códigos de complicaciones son considerados adicionalmente en los capítulos de aparato correspondiente. Asimismo es consistente con el DSM-IV,



con el ICD-O-2 (clasificaciones de las enfermedades /trastornos mentales y oncológicas, respectivamente) y con la clasificación de cuidados de enfermería.

Si bien estas son las novedades, una forma de resumir las ventajas que toda esta información supone sería una mayor especificidad e información clínica; una mejor medición de los servicios de salud; una mayor sensibilidad para el uso de los agrupadores, y por tanto de las metodologías de financiación y reembolso; mejora de la supervisión y menor necesidad de incluir documentación adicional. Pese a ello, María Ángeles Gor-

rocena especifica que el proceso de codificación es el mismo.

Por otra parte, la experta explica que “paralelamente se está desarrollando un PCS,

La nueva clasificación está establecida en EEUU desde 1999. En España ya se estaba utilizando para codificar las causas de muerte, pero no para la codificación hospitalaria que utiliza la CIE 9 MC

sistema de clasificación de procedimientos que reemplazará al ICD9 CM procedures (CIE9MC procedimientos). Se trata de una clasificación también alfanumérica y contiene 72.589 códigos de procedimientos

frente a los 3.824 de la anterior clasificación”. Sobre esta codificación las ventajas son que proporciona información detallada de los procedimientos; tiene espacio para capturar nuevas tecnologías y una



REPORTAJE

CIE 10, presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades

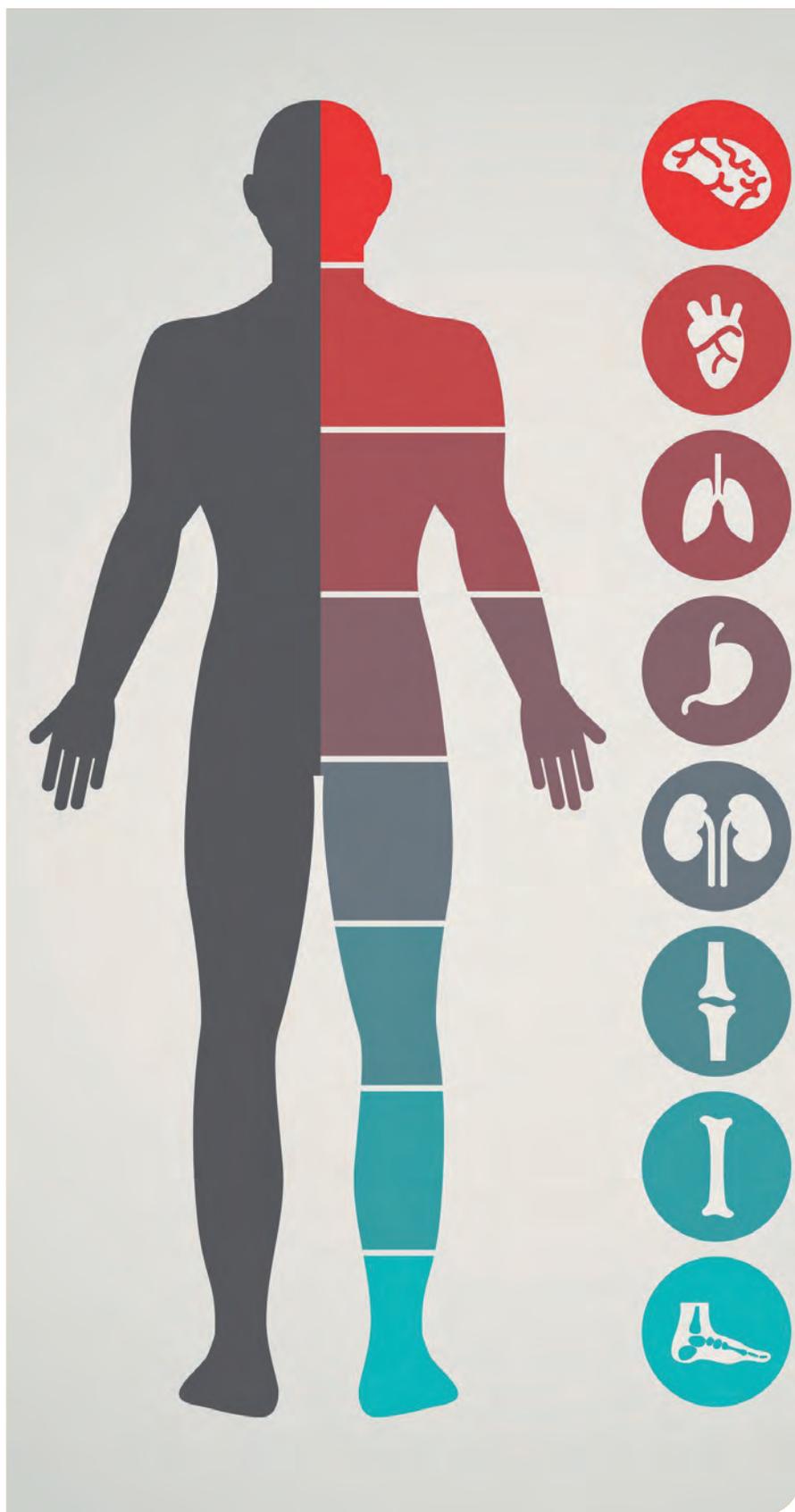
estructura lógica con definiciones claras y consistentes. Además existe una versión electrónica actualizada anualmente, con manual del usuario y mapeado entre ICD-10-PCS e ICD-9-CM, y se está realizando una conversión de los MS-DRG para ICD-10-CM.

Una nueva participación por parte de los profesionales

Si este es el pasado y el presente de la nueva CIE 10, sólo queda mirar hacia el futuro, y para ello, dentro del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se celebraba la segunda jornada técnica sobre la implantación de la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades, en la que se debatía la necesidad de implicar a los profesionales sanitarios en este proceso.

Este objetivo surge a raíz de la necesidad de trabajar mucho más para unificar y normalizar criterios, ya que “ante un mismo informe, diferentes profesionales no utilizan la misma información”, tal y como apuntaba Dolores Pastor Sanmillán, como acreditada por AHIMA para la formación de formadores en CIE10MC/PCS. Este no era el único hecho que había percibido la experta, ya que también remarca que “algunos conceptos de procedimientos son complejos, y muchas de las dificultades tienen que ver con una pobre documentación o con ausencia de información”. Por ello insistía a los profesionales sanitarios en una mayor implicación con las labores de documentación para poder sacar todo el partido al nuevo CIE10, “y aprovechar las ventajas que tiene esta clasificación, que no son pocas”.

No era la única ponente en expresar esta perspectiva, y es que Arturo Romero Gutiérrez, de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, también pedía mejoras en lo referente a la adaptación de los sistemas de la Historia Clínica Digital (HCD). “No se incluyen algunos documentos muy importantes como los informes de resultados de otras pruebas diagnósticas, y



por extensión las terapéuticas tampoco se incluyen. Nos preocupa especialmente el protocolo de intervención quirúrgica, y no se puede hacer codificación de calidad sin leer estas informaciones.”

Completando esta idea, Rafael Navalón Cebrián, colaborador en el proyecto de implantación de la CIE10 MSSSI, afirmaba en esta misma jornada que “todas las CCAA deberían producir extractos de historia clínica electrónica para apoyar la codificación clínica” y que dichos extractos “deben estar normalizados y ser un arquetipo, igualmente los formularios, plantillas, etc., deberían utilizar terminologías controladas y aptas para la captura clínica directa”.

Dando forma a todas estas opiniones vertidas durante este encuentro, María Ángeles Gorgocena explicaba un poco más cuál es la colaboración que desde el Ministerio de Sanidad se pide a los profesionales a la hora de conseguir que el CIE10 sea no sólo un éxito, sino beneficioso para todos. “De la calidad de toda la documentación que se vierte en las historias clínicas deriva también una mayor calidad en el trabajo que van a tener los profesionales de la codificación”. En este caso concreto, en el que el sistema de codificación avanza a un modelo más específico “es de alguna manera más demandante revisar esa documentación para que se pueda especificar mejor ese extracto. Afortunadamente a día de hoy la informatización de la HCD hace que sea más fácil invocar esta información adicional para extraer los códigos, y esperamos que con la total cobertura de la historia clínica, parte de estos problemas que se tenían con la localización de problemas dentro de un registro, desaparezcan”.

Si bien en contraprestación a esta petición

de esfuerzo, también es cierto que con esta clasificación los clínicos también tienen en su mano la posibilidad de tener una información mucho más rica y cercana.

Un trabajo institucional

Una vez aclarado cuál es el papel o la intervención que deben tener los propios profesionales sanitarios en el contexto de la implantación de la nueva CIE 10, queda por saber cuál es el papel del propio Ministerio de Sanidad, que pasa por dar soporte a estos sistemas de información y estadísticas, así como coordinar los grupos de trabajo del sistema nacional de salud, de cara a la normalización, que es la utilización de una serie de instrumentos y criterios comunes para la recogida de toda esta información.

Así, para llevar a cabo dicha transición, la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, en colaboración con las comunidades autónomas, a través de los grupos de trabajo y comisiones técnicas del Consejo Interterritorial, que dan apoyo al desarrollo del SISNS, ha llevado a cabo diversas actuaciones destinadas a favorecer la planificación del proceso de implan-

tación de esta nueva clasificación en España, como clasificación de referencia para el registro de morbilidad atendida. “Hasta ahora hemos trabajado en el ámbito de los grupos de trabajo”, explicaba Gorgocena en la jornada técnica al respecto celebrada en el Ministerio, “pero hay que destacar la

colaboración con las sociedades científicas, y en especial el convenio de colaboración con SEDOM”.

En realidad son muchos los agentes que intervienen en este proceso. Tal y como presentaba la experta, los hospitales y los proveedores privados se encargan de cuestiones como la adaptación de gestores de datos, o la integración de mapeos para la consulta o recuperación de series. Por su parte, el Ministerio, las CCAA y las oficinas estadísticas se ocupan de la adaptación de los modelos de datos o la actualización de aplicaciones de soporte, mientras que la Industria trabaja en el diseño y desarrollo de aplicaciones de soporte, la actualización de sistemas de clasificación de pacientes, y la adaptación de aplicaciones de explotación de datos.

En esta misma jornada, Mercedes Vinuesa, entonces directora general de Salud Pública y Calidad e Innovación, matizaba que “la transición a la CIE 10 es un cambio que nos toca acometer, pero pensando en una perspectiva de futuro, que apoya otros proyectos como el registro de atención especializada y la historia clínica digital”.

Así insistía en remarcar “la importancia de estos proyectos, de los sistemas de información y de la normalización de la clasificación de enfermedades, no sólo como un soporte técnico, sino como un soporte económico que estamos aportando a través de la plataforma de los cursos de información y

de los soportes que se da a las CCAA en las diferentes partidas que hay para sistemas de información”. Concluía que “somos conscientes del esfuerzo, pero tenemos que hacerlo todos juntos, para poner los recursos donde se necesitan”, destacando el trabajo de toda la cadena que interviene

Entre las ventajas de la nueva clasificación están, entre otras, una mejor medición de los servicios de salud o una mayor especificidad de la información clínica

intervención que deben tener los propios profesionales sanitarios en el contexto de la implantación de la nueva CIE 10, queda por saber cuál es el papel del propio Ministerio de Sanidad,

Aunque la nueva clasificación va a suponer un mayor esfuerzo para el clínico, desde la Administración se destaca que podrán acceder a una información mucho más rica y cercana



REPORTAJE

CIE 10, presente, pasado y futuro de la Clasificación Internacional de Enfermedades

en este proyecto, “desde el que hace la clasificación, al que normaliza, el encargado de relacionarse con los organismos externos, hasta el clínico que está al lado del paciente”.

En España una de las cuestiones clave ha sido el proceso de formación. Sobre el mismo Dolores Pastor Sanmillán, como acreditada por AHIMA para la formación de formadores en CIE10MC/PCS, explicaba que actualmente se está trabajando en el índice alfabético de la enfermedad, la lista tabular de enfermedades, y los índices y tablas PCS, que “para finales de año ya estarán terminados para ser incorporados en la herramienta electrónica”. Paralelamente se está trabajando en un borrador en formato papel, con el objetivo de ser testado por algunos profesionales para ver errores y poder ayudar a la versión definitiva informatizada.

Relación con otros sistemas de codificación: nuevo CMBD

El nuevo CIE 10 no llega solo, sino que camina de la mano con la transición hacia un nuevo Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que tal y como adelantaba en el encuentro en el Ministerio de Sanidad, Mercedes Álvarez Bartolomé, de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, en esta ocasión no se tendrá sólo la información de los centros públicos, sino también de los privados, y de hecho “ya tenemos el 80 por ciento de la casuística de los atendidos en los centros privados agudos”, y además, “también se han incluido los datos de la asistencia transfronteriza”.

Gorgocena, por su parte, vuelve a comentar este concepto aportando que “la relación con el CMBD es que en este hay una serie de campos específicos para incorporar la información relativa a los diagnósticos y a los procedimientos. La nueva es-

tructura del CMBD pretende ampliar su cobertura a otras modalidades asistenciales, ya que hasta ahora solo cubría ingresos y los casos de cirugía mayor ambulatoria”.

Para saber un poco más sobre el CMBD, hay que conocer primero que desde 1990 los hospitales nacionales registran, por normativa ministerial, el denominado Conjunto

Además de la nueva clasificación de enfermedades, en España se va a modificar también el CMBD

Mínimo Básico de Datos de cada paciente atendido en cada hospital del país, especialmente los de carácter público. En los últimos años, además de los episodios de ingreso hospitalario convencional, se registran también los episodios de cirugía sin ingreso y, más recientemente, los de hospital de día.

El CMBD contiene información muy valiosa para conocer la realidad sanitaria de una población, ya que además de recoger los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), registra el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, sobretodo de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (los procedimientos). Finalmente, en el CMBD constaba hasta ahora la fecha de ingreso y de alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta del paciente (alta a su domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc...).

Para conocer cuáles son los cambios que registrarán este nuevo CMBD que se implementará en unos plazos paralelos al CIE 10, Luis Ruiz de Prada, responsable del área de Health Information System de 3M Iberia, responde para EL MÉDICO algunas de las claves de lo que será este nuevo modelo. “Desde mi punto de vista,

las novedades importantes del nuevo CMBD, son que contempla recoger la actividad ambulatoria. Todos sabemos que hospitalizar a un paciente es más caro que tratarlo de manera ambulatoria, por ello, cada vez se están ambulatorizando más procesos. Todos estos procesos, no quedaban reflejados en el antiguo CMBD y con la nueva estructura, se va a recoger esta información”.

No es la única idea, y es que “además tenemos que tener en cuenta que el sistema de codificación nuevo (CIE10-MC/PCS) es más complejo que el antiguo (CIE9-MC). Algunas estadísticas oficiales nos adelantan que si un codificador profesional tardaba en codificar, con CIE9-MC, un paciente hospitalizado unos 10 minutos, con CIE10-MC/PCS tardará el doble. Con todo ello, si a la mayor complejidad del sistema de codificación, le añadimos la actividad ambulatoria, nos encontramos con un problema importante para los hospitales, de cara a reflejar bien qué tipo de pacientes están tratando en sus instalaciones. Por ello, las empresas que estamos en este sector estamos trabajando en herramientas que cojan los documentos clínicos, directamente de la HCD, los analicen y auto-sugieran códigos en CIE10-MC/PCS. Estas son las herramientas del futuro en el entorno del CMBD y codificación de la actividad sanitaria” ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista María Ángeles Gorgocena Aoiz, jefe de Área de Información y Estadísticas Asistenciales de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
2. Entrevista Luis Ruiz de Prada, responsable del área de Health Information System de 3M Iberia.
3. II Jornada CIE 10: Proceso de implantación en España.
4. Manual de referencia CIE 10 PCS.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



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





la cultura



Dolor, del sufrimiento sigue viva entre nosotros

Una de cada 6 personas sufre dolor crónico (alrededor del 17 por ciento de la población española), y en 5 años se calcula que habrá entre 60 y 80 millones en el mundo que padezcan esta enfermedad. Los estudios y trabajos de los expertos que trabajan día a día con estos pacientes-dolientes ponen de relieve una serie de deficiencias en el manejo del dolor crónico en España. Según se desprende del informe “*Pain Proposal*”, los enfermos se quejan del largo periodo de tiempo de espera para el diagnóstico y del dolor persistente a pesar del tratamiento, lo que afecta a su capacidad laboral y a sus relaciones socio-familiares. Pero no son solo los pacientes los que se quejan, también los especialistas manifiestan su insatisfacción con diferentes aspectos del manejo del dolor crónico

Texto | Nekane Lauzirika



En el acervo popular de nuestro entorno el dolor aparece una y otra vez como ineludible, tanto en los dichos y en las aptitudes se manifiesta este sufrimiento inevitable: parirás con dolor, en este valle de lágrimas sufrir te hace madurar, la letra con sangre entra, el sufrimiento forja la voluntad... “por desgracia

en Medicina la gente también lo entiende y siente así”, se lamenta Concha Pérez, vocal de Comunicación de la Sociedad Española del Dolor (SED) y jefa de la Unidad del Hospital

Universitario La Princesa de Madrid. “Creen que si te han operado debes de tener dolor inevitablemente; es una cuestión de fondo cultural que hoy ya no se sostiene científicamente. Con el tiempo se está empezado a cambiar la percepción de la ciudadanía que ya se da cuenta de que hay que evitar el dolor. Pero sí, es cierto que aún hay gente e incluso compañeros que creen que tras una intervención es inevitable el dolor. Todavía hay mucha cultura del sufrimiento, el pensamiento de que es mejor no hacer nada que tratar el dolor, no vayamos a tener un problema. Esto aún persiste por falta de formación”, explica con vehemencia la doctora Concha Pérez.

Sin embargo, la anesthesióloga María Luisa Franco, una de las pioneras en el tratamiento del dolor en España, responsable de técnicas intervencionistas de esta especialidad en el Hospital de Cruces, en Bizkaia y directora de la Clínica del Dolor Praxis Bilbao, considera que en el ámbito médico la creencia popular está superada. “La OMS ya considera el dolor crónico, que es lo que tratamos nosotros, como cualquier otra patología crónica; así que el objetivo del médico es erradicarla, algo que casi nunca podemos hacerlo del todo. Lo que conseguimos es paliarlo y reducirlo a límites tolerables que mejoren la calidad de vida del paciente”, añade la experta de Cruces.

Aunque se diga que los “hombres no lloran”, la realidad es que “comerse el dolor” no lleva a ninguna parte. “Lo único que provoca esa postura es que el dolor se cronifique y después sea mucho más complicado su tratamiento. Eliminar por completo el dolor crónico es muy difícil;

Abolir el dolor crónico por completo es muy difícil; otra cosa es que el paciente disponga de estrategias y abordajes de su dolor para mejorar su calidad de vida

pero otra cosa es que el paciente posea estrategias y abordajes de su dolor para su mejora y no se haga un círculo vicioso en él. Pero pensar que por no tratar el dolor vas a estar mejor es un auténtico error”, sentencia la vocal de Comunicación de la SED.

A pesar de que todo el mundo sabe cómo es el dolor y cómo se siente, lo cierto es que es difícilísimo explicarlo; es una sensación y también un sentimiento que se mueve entre lo medible objetivo y la situación personal subjetiva. Para la doctora Franco, “es algo personal e intransferible, que solamente lo puede valorar la persona que lo padece. Por eso es tan difícil diagnosticarlo y tratarlo. Si te haces

daño, o sufres una lesión en un tejido nervioso, en un músculo o en un hueso, se pondrá en marcha un mecanismo fisiopatológico que recorrerá todo el sistema nervioso hasta que llegue el mensaje al cerebro, donde nosotros somos conscientes de ello;

en éste se provoca en ese momento una respuesta que devuelve la señal. El problema del dolor es que es sensación y sentimiento, y este sentimiento es absolutamente individual. Por otra parte, no lleva a ninguna parte comerse el dolor, porque lo que provoca es un aumento de la sole-

dad y el sufrimiento unidos a la incapacidad que produce el dolor crónico”, explica la especialista del Hospital de Cruces.

El dolor, en principio, un síntoma de alerta

En principio, el dolor es un síntoma de alerta, de que algo no funciona bien en el organismo, aunque no siempre sea así. Porque en ocasiones ese organismo, que es una máquina muy compleja, también falla y se equivoca. “Te duele sin ningún motivo específico, o que nosotros seamos”, asegura Concha Pérez. “También es verdad que el dolor, tal y como lo medimos a día de hoy es algo tan subjetivo que seguramente nos estemos dejando algo en el tintero. Lo cierto es que inicialmente puede ser un síntoma de alarma”, señala la jefa de la Unidad del Dolor del Hospital La Princesa de Madrid.

Los especialistas reconocen que habitualmente el dolor desaparecerá una vez se cure la dolencia que la causa -apendicitis, rotura de ligamentos...-, sin embargo, en diversas patologías, en algunas más que en otras, esto no sucede; el sistema nervioso lo que hace es curar y solucionar los problemas, pero el dolor persiste; se ha

“Es importantísimo tratar el dolor después de las cirugías, no solo para que al paciente no le duela, sino porque está demostrado que la recuperación es mejor y con menos infecciones”, recalca la doctora Pérez

hecho patológico y se acaba convirtiendo en sí mismo no en un síntoma, sino en una enfermedad.

“Ciertamente, si no hubiera dolor en muchas ocasiones no sabríamos que algo no va bien; el dolor es sufrimiento pero

también síntoma indicador”, insiste en señalar la vocal de la SED. “El dolor agudo es más síntoma, mientras que el crónico es enfermedad. El agudo hay que tratarlo en cuanto lo alertas, porque no hacerlo no mejora la situación; al revés, produce muchas hormonas de estrés que impiden

la recuperación. Por esto es tan importante tratar el dolor después de las cirugías. Y hay que hacerlo tanto para que al paciente no le duela como porque está demostrado que la recuperación es mejor, hay menos infecciones, el paciente deambula antes y tiene un mejor estado nutricional”, recalca la doctora Pérez.

Porque el dolor puntual como síntoma, asegura la doctora Franco, es fácil de tratar con cualquier analgésico del mercado, pero para abordar el dolor crónico se precisan los cuidados de un médico especializado en dolor, “aunque no todo el dolor crónico necesite de un especialista”, reconoce. “Pero siempre que el dolor crónico es muy severo o refractario al tratamiento debe ser valorado por un especialista en dolor”, recalca la experta.

Falta formación en los profesionales

Los expertos se lamentan de que no han sido formados para tratar a estos pacientes de forma adecuada. “Tenemos a nuestra disposición todo un arsenal tanto de fármacos como de terapias intervencionistas; el problema surge en el día a día con los pacientes porque la gente está poco formada”, explica con conocimiento de causa la vocal de Comunicación de la SED, al tiempo que añade que “cuando llegas a la especialidad los que te enseñan son gente que enseñan de lo que aprendieron ellos, pero no de una manera reglada”. Lo ideal es que tanto el médico de familia como el resto de los profesionales que intervienen con el paciente “sepan tratar el dolor en los estadios iniciales, pero si el dolor no es controlable tienen que acudir a las unidades del dolor”, indica la anestesióloga María Luisa Franco. Además, habitualmente, estos fármacos dados de manera continuada son poco eficaces y poco seguros. “Sobre todo cuando hablamos de antiinflamatorios, que son medicamentos estupendos, pero no tienen una indicación en el uso crónico y continuado”, sentencia la doctora Pérez. “Además estos fármacos pueden tener riesgos, principalmente en



pacientes con patología renal, cardiológica o digestiva. Son alternativas para usarlas en momentos puntuales; porque los medicamentos no son buenos ni malos, sino que a veces hacemos mal uso de ellos”, sentencia.

El dolor, enfermedad específica

Las especialistas coinciden en señalar que quien padece cáncer óseo y sufre dolor constante asociado tiene una enfermedad: su cáncer osteopático y otra adherida: dolor. “Si tiene un cáncer de huesos, el dolor está producido por la invasión

del cáncer en el hueso. Es un dolor oncológico”, asienten las doctoras, que consideran imprescindible que se traten ambos, no sólo el cáncer.

En nuestra cultura, en los medios también se usa enfermedad (carencia de bienestar físico o síquico) y patología (*patos*: sufrimiento, dolor) como sinónimos, aunque, como apunta la presidenta de la SED, no siempre lo son ni van juntos. “No tienen porqué ir emparejadas; es más, podemos decir que en Medicina el dolor crónico es una enfermedad específica, reconocida por la OMS como tal”.



RADIOGRAFÍA

Dolor, la cultura del sufrimiento sigue viva entre nosotros

Si es así, ¿no debiera tener un tratamiento diferenciado como enfermedad con nombre propio? “Sí. En cada tipo de dolor lo importante es llegar al diagnóstico del dolor, cuál es el origen del dolor y poder pautar el tratamiento más adecuado según el origen del mismo”, reconoce la doctora de la Unidad del Hospital de Cruces.

Sin cultura para tratar el dolor

En esta misma línea, la doctora Concha Pérez considera que “el dolor abarca muchísimas cosas; un amplio espectro de patologías; el problema es que luego debes ir definiéndolas porque, además, no todo el dolor crónico se trata del mismo modo. Hay que ir distinguiéndolo y cada paciente tendrá un abordaje diferenciado e individualizado”, asienta la experta.

A pesar de todos los avances, en general, el dolor sigue siendo tratado como patología secundarizada a la enfermedad de origen principal. En opinión de la anestesióloga, es así porque está mal tratado. “En las Unidades del Dolor, el dolor crónico lo tratamos como una enfermedad específica. Cuando el dolor se ve solo como un síntoma nunca le vas a prestar la atención que realmente precisa. Para el dolor agudo evidentemente tienes que asociarlo con un síntoma de algo que va mal. Pero cuando el dolor es crónico y pasan varios meses y no se controla ese dolor se convierte en una enfermedad propia y ya no tiene tratamiento; el objetivo principal es diagnosticar ese tipo de dolor, ver lo que está mal y diagnosticarlo cuanto antes”, recalca. En opinión de la vocal de la SED, la secundarización del dolor se da “porque nadie nos ha enseñado; no tenemos cultura dentro de la Medicina para abordar el dolor, porque no hemos recibido una formación adecuada”, apunta la doctora Pérez.

Las dos expertas sostienen que si se acepta que el dolor sea una enfermedad específica añadida hace falta la preparación de especialistas para tratarlo. “Indudablemente; como a los demás profesionales, traumatólogos, oncólogos, médicos de familia, que les lleva equis horas al

Tenemos a nuestra disposición todo un arsenal de fármacos y de terapias intervencionistas; el problema surge en el día a día con los pacientes, porque los profesionales están poco formados aún

día de formación, de preparación, quienes nos dedicamos al tratamiento del dolor las 24 horas del día, con nuestro objetivo prioritario de estudiar y tratar a los pacientes con dolor crónico, también necesitamos preparación. Solamente así estaremos mejor preparados para tratarlos”, asegura la doctora Franco. “Además, el dolor es muy transversal; su tratamiento debe de correr a cargo de personal que esté formado; es lo fundamental. Evidentemente hay especialidades que tienen más relación con el campo del dolor y por lo tanto tienen ya un trecho hecho. Pero antes hay que formarse, bien creando una especialidad nueva o bien organizando un área de capacitación especializada; otro camino sería también que en determinadas especialidades se fuera a una subespecialización”, remacha la vocal de la SED.

Faltan Unidades del Dolor

Reconocen las expertas la necesidad de disponer de unidades hospitalarias especializadas del dolor. Consideran que son totalmente necesarias ya que su único objetivo es tratar a los pacientes con dolor crónico. “Las 24 horas del día nos dedicamos al tratamiento del dolor y somos los que tenemos mejor preparación y medios para hacerlo”, subraya la experta del Hospital Universitario de Cruces en Bizkaia, que coincide de pleno con la doctora Pérez. “En las Unidades no solamente aplicamos un tratamiento farmacológico, que en ocasiones puede ser muy complejo ya que hay pa-

cientes que tienen muchas patologías asociadas y con muchas interacciones farmacológicas o no responden a los medicamentos habituales y hay que usar fármacos no tan comunes. Solamente por esto son necesarias, pero además, uno de los pilares fundamentales que hacen que las Unidades del Dolor sean imprescindibles es el intervencionismo; la gente lo conoce como infiltraciones. Y no solo eso, se hacen muchas más cosas”, remacha, la jefa de la Unidad del Dolor del Hospital La Princesa de Madrid. “Nosotros tenemos más de 60 procedimientos confirmados con técnicas distintas -por ejemplo, la radiofrecuencia o la colocación de estimuladores en pacientes que tienen un síndrome de espalda fallida o estimuladores de nervios en pacientes con cefaleas, epidurales para hernias discales...- Eso es algo específico de las Unidades; por eso mismo debería haber una en cada hospital”, explica.

Las especialistas también coinciden al señalar que las Unidades de Dolor que existen en nuestros hospitales son pocas, insuficientes. Además, no todos los centros disponen de ellas; en la mayoría de los grandes hospitales sí, pero pocas unidades están bien dotadas con especialistas suficientes y con los medios necesarios para hacer buenos tratamientos. “Todavía andamos un poco escasos en este sentido”, reconoce la doctora Franco. La vocal de la SED se muestra más contundente al señalar que en España hay muy pocas unidades del dolor que sean multidisciplinarias. “Estamos mal dotados en número y con una falta de multidisciplinariedad en la mayoría; no se tiene una visión global del paciente al que se trata. Falta personal formado en algo tan complejo como es el dolor”, remarca.

Dolor puntual

Sobre cómo se trata el dolor puntual y pasajero en el tiempo de los postoperatorios (UCI/recuperación de accidentes...), la doctora Franco explica que el gol estándar del tratamiento del dolor agudo sigue siendo la morfina como analgésico



como un vegetal al enfermo es suficiente? “Es una pregunta que nos hacen a menudo. Si el tratamiento del dolor se debe de hacer a base de opiáceos o de fármacos muy potentes y que el paciente pierda hasta la noción del tiempo y esté todo el día atontado. No. En absoluto. El objetivo es que los pacientes recuperen todas sus capacidades y se puedan incorporar a una vida activa. Si están jubilados hacer una vida social normalizada. Sí, es cierto que en enfermedades oncológicas con el paciente en fase terminal no tiene ningún sentido que padezca más y si es necesario que esté más dormido se le da medicación necesaria para que no sufra y muera con dignidad. Si el paciente es de Alzheimer es más difícil la valoración del dolor, porque la persona no puede verbalizar lo que le pasa. Pero sin embargo, las últimas publicaciones valoran el tratamiento de dolor como un punto positivo de cara incluso a la capacidad cognitiva. Está demostrado que pacientes con Alzheimer con un dolor no tratado están más desconectados del medio que los pacientes que consiguen que el dolor disminuya; son pacientes que tienen mejor calidad de vida”, recalca la doctora Franco.

potente y luego la morfina en combinación con antiinflamatorios o corticoides. “El dolor postoperatorio se combate con un tratamiento relativamente sencillo y tiene la gran ventaja de que en el periodo de una semana ha desaparecido por sí mismo, pero con tratamiento lo llevas mucho mejor”, apostilla.

En este mismo sentido, la vocal de la SED sostiene que tratar este tipo de dolor es muy agradecido, las terapias dependerán de la intensidad del dolor y de que estén bien reguladas. “Para el dolor leve, analgésicos comunes y simples, como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos. Para cirugías que son ligeramente dolorosas disponemos de analgésicos antiinflamatorios que pueden ser asociados a un opiáceo menor, y para pacientes que tienen una cirugía dolorosa, que son com-

plejos porque son frágiles y necesitamos que la recuperación sea lo más pronto y mejor posible, el tratamiento ha de ser más agresivo, utilizando bien mórficos endovenosos o técnicas de anestesia y analgesia regional”, asevera la doctora Pérez.

El dolor en enfermedades terminales

El argumento cambia al enfrentarse al dolor final, al dolor sin esperanza de retorno. Al enfrentarse al dolor de enfermedades terminales (Alzheimer, cáncer...) ¿Todo sirve? ¿Con mantener

Para la vocal de la SED en los pacientes terminales tampoco “vale todo”. “En Alzheimer, por ejemplo, es importante saber

Si el dolor es crónico y pasan varios meses y no se controla, ese dolor se convierte en una enfermedad propia y ya no tiene tratamiento; el objetivo es diagnosticarlo cuanto antes para que se pueda tratar

diagnosticar; no es lo mismo estar en estadios iniciales que en uno terminal. Por eso es especialmente importante, primero saber diagnosticar porque a veces el paciente no tiene una comunicación fácil contigo. En los estadios iniciales es fundamental

poder diagnosticarlos; que haya escalas que, por desgracia, están poco extendidas. Para estos pacientes con dificultades de memoria es clave darles una terapia



con los menores efectos secundarios posibles, sobre todo, a nivel cognitivo, para mejorarle su calidad de vida. Y en el caso oncológico tampoco vale todo. Lo ideal es intentar controlar el dolor al principio de la manera menos invasiva posible, aunque sean terminales. El hecho de poder pasar el tiempo con su gente, con su familia, haciendo lo que deseen es fundamental, manteniendo su calidad de vida, la funcionalidad; es clave que tengan el menor efecto adverso”, remarca la doctora Pérez.

En los tratamientos farmacológicos en los últimos años se ha avanzado muchísimo; son más efectivos y con menos efectos secundarios

Abordaje multidisciplinar para tratar el dolor crónico

Si para quitar el dolor se redujeran levemente sus expectativas de vida, ¿también compensaría amortiguar el dolor de quien sufre sin esperanza? “El tratamiento del dolor no acorta la vida; eso se pensaba hace años, pero no tiene sentido. El tratamiento del dolor al contrario, incluso en pacientes oncológicos mejora sus expectativas de vida. Otra cosa son los pacientes terminales en proceso activo de morir, que si tienes que sedarlo, lo sedas y el paciente se muere cuando le toca: por su enfermedad, no por el tratamiento, porque el tratamiento del dolor no acorta la vida”, asegura la doctora Franco, en plena coincidencia con la vocal de la SED. “Es absolutamente incierto que los tratamientos analgésicos acorten la vida; se dice mucho, pero no es cierto”.

Pero el dolor crónico (fibromialgia/huesos de cristal/artrosis/cefaleas...) es otra cosa diferente ¿Qué planteamiento se sigue con el dolor crónico? ¿Es más complicado de enfrentar que los dos anteriores? “Sí. Mucho más. La mejor manera de tratar el dolor crónico es desde un abordaje multidisciplinar. Y dentro de todo abordaje global debe de haber un especialista en

dolor, un especialista en Psiquiatría, en Psicología y un especialista en Rehabilitación. Esos son los tres pilares básicos para hacer un estudio adecuado del dolor y plantear la mejor estrategia terapéutica. Es tremendamente complejo”, reconoce sin ambages la doctora Franco.

En la misma línea se manifiesta la experta del Hospital La Princesa de Madrid. “Aunque parezca mentira, sí es muy difícil de afrontar el dolor

crónico, porque no tenemos herramientas que lo erradiquen; los pacientes tienen unas expectativas que difícilmente se llevan a cabo; es importante disponer de una estrategia global e intentar que el paciente tenga mecanismos personales y terapéuticos para enfrentarse al dolor; también es clave mejorar la funcionalidad, no tanto la intensidad en sí del dolor, que es importante, sino mejorar la funcionalidad del paciente. Esto es fundamental en todo dolor crónico. No solo es la intensidad, sino lo que el paciente deja de hacer en su vida cotidiana por el dolor. Estas dos cosas son muy importantes. Por un lado continúa explicando la especialista las expectativas del paciente; tiene que saber que nosotros no tenemos una varita mágica que le quitará el dolor, porque no existe. Por otra parte es muy importante buscar la estrategia personalizada para cada paciente en aras a mejorar su funcionalidad, lo que repercutirá en su calidad de vida a todos los niveles, en su vida social, trabajo, amigos”, insiste en señalar la doctora Pérez.

Medicamentos a la carta para cada paciente

La batería química farmacológica actual contra el dolor está bien surtida ¿Son asumibles sus efectos secundarios? “Sí, existe una batería muy potente de analgésicos, que como cualquiera otros fármacos

tienen efectos secundarios. Pero la valoración del paciente se tiene que hacer de una manera continuada, precisamente para mitigar los efectos secundarios, que de ser muy agresivos deben llevarnos a cambiar a otro analgésico. Afortunadamente ahora tenemos un arsenal potente que permite diseñar un traje a medida, según el paciente que se tenga delante”, asegura la doctora Franco.

La vocal de la SED es consciente del avance que se ha llevado a cabo en investigación, pero también sostiene que hace falta más. “Es cierto que en los últimos años contamos con fármacos más seguros. Por ejemplo, a nivel de los inflamatorios han salido al mercado medicamentos más seguros desde el punto de vista digestivo. En cuanto a los antidepresivos utilizados para el dolor, los actuales también son más seguros, sobre todo los que utilizamos con los ancianos. A nivel de opioides es cierto que se conocían desde hace tiempo, pero ahora son mejores y ofrecen menos efectos secundarios. En esta línea sí se ha avanzado muchísimo”.

Si el umbral de resistencia a la eficacia de los fármacos sigue subiendo ¿En la farmacia hay siempre solución? ¿Tal vez nuevo analgésico, combinación de varios? ¿Mayor dosis? ¿Fármacos más agresivos? “Son muy eficaces. Pero el tema psicológico en nuestro medio estaba muy mal visto hasta hace poco; ahora hay que educar y poco a poco se va haciendo. Educar al personal médico y población en general en que el apoyo familiar y social es un plus. Los pacientes tienen que sentir que se están haciendo las cosas mucho mejor que lo que se estaban haciendo hasta ahora. Que si un profesional les ofrece ese tipo de tratamiento es un buen profesional”, asevera la anestesióloga del Hospital Universitario de Cruces en Bilbao.

La presidenta de la SED destaca que una de las cosas más importantes en las que se está trabajando actualmente es en la combinación de fármacos. “Primero por-

que el dolor es muy complejo y hay muchas dianas terapéuticas por cubrir con muchas moléculas diferentes; los fármacos habitualmente bloquean una diana terapéutica, no muchas. Por eso, el hecho de tener dentro de un mismo fármaco distintas dianas terapéuticas que mejoran la eficacia con menos dosis repercute favorablemente en la disminución de los efectos secundarios. También, a veces, asociar fármacos que tienen un mecanismo de acción totalmente distinto mejora el perfil de eficacia o de los efectos secundarios, dependiendo de la asociación”, explica la doctora Pérez.

Combatir el dolor desde terapias alternativas

La hipnosis, sofronización, yoga, técnicas psicológicas... Además de las terapias farmacológicas se utilizan otras técnicas contra el dolor que esta experta piensa que resultan eficaces. “En la hipnosis hay ensayos que así lo demuestran. Es cierto que existe el efecto placebo, pero cualquier técnica que sea de relajación que ayude a la aceptación psicológica es muy útil; el problema es que resulta difícil instaurarla en los pacientes de una manera global”, remarca.

Marihuana medicinal. En Cataluña y en algunos países se receta marihuana, cannabis, a quienes sufren dolor por patologías terminales. La doctora Franco piensa que será una droga muy interesante en los próximos años, pero aún tenemos muy poca experiencia en salud, “nada más que lo que he podido leer y la experiencia de compañeros de Cataluña o algunos de aquí. Los neurólogos la utilizan para el tratamiento de la esclerosis múltiple-EM siempre con control y bajo supervisión médica, por lo que creo que tendrá su utilidad. Pero está todavía por ver. Lo más importante es que las unidades de dolor son todavía muy desconocidas; la gente, los profesionales sanitarios y el público en general, creen que a las Unidades de Dolor deben de ir los pacientes desahuciados, no los oncológicos, sino los

que no han respondido a nada. Y es un error. Un dolor que no se controla debe contar con un abordaje multidisciplinar: neurólogo, psicólogo, anestesista, rehabilitación... Debe consultar con el médico del dolor y probablemente ese paciente con un tratamiento adecuado mejoraría antes que si espera 2 ó 3 años antes de acudir a las Unidades del Dolor. Porque los dolores viejos se complican y son más difíciles de tratar”, asegura la doctora Franco, mientras la vocal de la SED opina que no hay problemas para utilizar los cannabinoides porque están aprobados en España desde hace años para dolores neuropáticos, sobre todo para EM, “pero es cierto que existen varios estudios que hablan del beneficio terapéutico del cannabis en pacientes oncológicos, no tanto en el control del dolor, sino en otros síntomas como vómitos, náuseas y la falta de apetito-anorexia que se pueden indicar en lo que nosotros llamamos Medicina de uso compasivo. No hay problemas para utilizarlos si el paciente lo tiene indicado”, sentencia.

El tratamiento del dolor en una Sanidad bajo severos ajustes

Las dos expertas muestran su preocupación por los ajustes que se están produciendo en la Sanidad española. “Nuestra Sanidad pública ha sido excelente; en general, las unidades han sido muy buenas. Pero es cierto que hay una gran demanda. A veces por desconocimiento y otras porque nos tardan mucho en enviar a los pacientes; se acuerdan tarde de nosotros y entonces nos los envían. Hay excesivos casos en los que no se hacen las cosas con un orden y no se envían a los pacientes que son subsidiarios de los tratamientos del dolor. En la Sanidad pública, que quizá igual no es tan rápida como la privada, sería necesaria una mayor coordinación de los profesionales... pero creo que se atiende muy bien”, sentencia la doctora Franco.

Los pacientes con dolor crónico hacen

uso del sistema sanitario con más frecuencia que aquellos que no lo padecen, además existe una relación directa entre la gravedad del dolor y el uso de recursos sanitarios. Los datos publicados en el *National Health and Wellness Survey* sobre España mostraron que los pacientes con dolor crónico severo realizan tres veces más visitas a médicos que aquellos sin dolor, y casi el doble en el caso de padecer dolor moderado. Similar patrón se observó también en las visitas urgencias o en las hospitalizaciones. Los resultados del *Pain Proposal* muestran que los europeos, de media, visitaron 6,8 veces a profesionales sanitarios en el último año, dato que se rebaja a 6,6 veces en el caso de los pacientes españoles.

Aunque los costes sanitarios directos derivados del manejo del dolor crónico son considerables, esto es sólo una parte del problema cuando se compara con el impacto de los costes indirectos atribuibles al dolor crónico en el conjunto de la economía. No hay duda de que el dolor crónico reduce considerablemente la capacidad laboral. El dolor crónico impone una pesada carga tanto a empleados como a las empresas, ya que la mayoría de los costes indirectos están relacionados con el entorno laboral.

El Instituto de Estudios Fiscales cifra el impacto del dolor crónico en el mercado laboral en 2.500 millones de euros con 52 millones de jornadas laborales perdidas ■

Documentación y fuentes

1. Sociedad Española del dolor (SED).
2. Informe sobre la Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “*Pain Proposal*”. *Rev Soc Esp Dolor* 2014; 21(1): 16-22.
3. Estudio del *National Health and Wellness Survey* de España.
4. Instituto de Estudios Fiscales.
5. EL MÉDICO INTERACTIVO.



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

9 de enero

Un total de 12.199 licenciados en Medicina se presentan al examen MIR este año. Serán 35.319 titulados universitarios del área de Ciencias de la Salud los que optarán a una de las 7.527 plazas de Formación Sanitaria Especializada (MIR, EIR, FIR, etc.), convocadas por el Ministerio de Sanidad. Las pruebas selectivas se realizarán simultáneamente a partir de las 16.00 h (15.00h en Canarias) del sábado 31 de enero. El volumen de admitidos a las pruebas prácticamente se mantiene respecto a la convocatoria 2013-2014, con un descenso global del 1 por ciento. En el caso de Medicina (MIR) se ofrecen 6.102 plazas, de las que 5.979 son en régimen de residencia y 123 de alumnado. Se presentan 12.199 aspirantes ■

12 de enero



El primer borrador del plan de la hepatitis C estará listo en 3 semanas. El secretario general de Sanidad, Rubén Moreno, avanzaba que en tres semanas estará listo el primer borrador del Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C que elaborarán los expertos nacionales convocados por el Ministerio para determinar los criterios de uso de los medicamentos de última generación contra este virus. Posteriormente se remitirá a las comunidades que serán las encargadas de darle el visto bueno definitivo en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Así lo anunciaba tras la primera reunión de coordinación que mantenía el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, y su equipo con el hepatólogo Joan Rodés para definir los componentes de dicho plan y marcar los plazos que tendrá la elaboración de esta estrategia, que permitirá "conocer la dimensión del problema" ■

13 de enero

España vuelve a batir su récord de donación y trasplantes, con 36 donantes pmp y 4.360 pacientes trasplantados. España revalida un año más su liderazgo mundial en donación y trasplantes y vuelve a batir su propio récord, al alcanzar durante el pasado año un total de 4.360 pacientes trasplantados, con máximos históricos en trasplante renal y cardiaco, gracias a la generosidad de 1.682 donantes, que crecen un 1,6 por ciento. La tasa de



donación se eleva a 36 donantes por millón de personas. Así lo aseguraba el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, durante la presentación en rueda de prensa del

balance de la actividad de la ONT en 2014. Alonso, acompañado por el secretario general de Sanidad, Rubén Moreno y por el director de la ONT, Rafael Matesanz, destacaba la "generosidad de los ciudadanos y la gran capacidad resolutoria del sistema español de trasplantes, que de nuevo ha vuelto a incrementar su actividad, pese a las dificultades del entorno" ■

14 de enero

Se aprueba el Plan Estratégico para la Hepatitis C pero se pospone la proposición de un fondo. Esa ha sido la cuestión que más tiempo ha entretenido a los consejeros de Sanidad en el último Consejo Interterritorial. Si bien eran muchos los puntos a tratar, el debate sobre la polémica que ha suscitado la incorporación de los nuevos fármacos para esta patología centraba gran parte de la expectación, y es que al comienzo del mismo los consejeros de Andalucía y Asturias adelantaban que iba a lanzarse



la proposición de la creación de un fondo de cohesión, a través del cual financiar estos nuevos medicamentos. Finalmente, el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso explicaba en rueda de prensa que antes de plantearse hablar de datos económicos, y desde luego, la creación de ningún fondo, lo primero es "conocer cuál es el alcance, qué realidad es a la que hay que dar respuesta, y cuál es el criterio científico a seguir, para saber qué tratamiento corresponde a cada paciente, para trabajar desde ahí". Así, el acuerdo al que se llegaba es al de dar un plazo inicial de tres semanas para que las autonomías aporten sus datos sobre los pacientes, para de esta forma, antes de las elecciones municipales, poder hacer una reunión monográfica sobre este asunto en la que sí se abordaría el tema de la financiación ■

15 de enero

Sanidad destaca que el copago de medicamentos de dispensación hospitalaria que impuso Mato "ya no tiene mucho sentido". El ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, planteaba en el Congreso la necesidad de revisar la implantación del copago para medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes que no estén hospitalizados aprobado por su antecesora en el cargo, Ana Mato, en 2013, ya que a su juicio "no tiene mucho sentido" que siga en vigor. Así lo reconocía durante su primera comparecencia ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en la Cámara Baja, en la que recordaba que la propia Mato ya dio marcha atrás en la puesta en marcha de otros copagos introducidos en su reforma sanitaria, destinados al transporte sanitario no urgente o productos ortoprotésicos o dietoterápicos ■

16 de enero

SEMG, SEMERGEN y semFYC analizarán en una jornada la implantación de la Medicina de Familia en la Universidad. "Lo

que se reclama es la implantación de la Medicina de Familia (MF) de forma homogénea en las distintas universidades españolas", resumía, en declaraciones a EL MÉDICO, la doctora Pilar Rodríguez Ledo, coordinadora de Investigación y de las Cátedras SEMG y coorganizadora de la jornada, el objetivo final que persiguen las tres grandes sociedades científicas de MF (junto a SEMG, SEMERGEN y semFYC). Para analizar la implantación de la especialidad de MF en las distintas universidades españolas, el 6 de febrero se va a celebrar esa jornada en la que, junto a la participación de las tres SSCC (por primera vez juntas en una iniciativa de este tipo), se quiere que acuda el mayor número posible de universidades españolas. Junto a destacados ponentes intervendrán Ricardo Ricardo Rigual, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina, o Rafael van Grieken, director de la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación), que será uno de los ponentes ■

NOTA: Cronología del 1 al 19 de enero de 2015.

Para ampliar informaciones, ver:

<http://www.elmedicointeractivo.com>



CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

✓ CENTRO ESPECIALIZADO
EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS

✓ GABINETE DE PRENSA PARA SUS
COMUNICACIONES

✓ TRATAMIENTO DE SUS FICHEROS

✓ GESTIÓN DE SUS RECURSOS ONLINE

✓ ALQUILER FLEXIBLE POR PUESTOS
Y DESPACHOS

✓ SERVICIO DE VÍDEO CONFERENCIAS

✓ EXCELENTE COMUNICACIÓN ZONA
NORTE DE MADRID

✓ PRECIOS MUY COMPETITIVOS



saned
GRUPO

Capitán Haya 60, 1ª planta

Tel: 91 749 95 03 • gruposaned@gruposaned.com



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



INVESTIGACIÓN NACIONAL

La instantánea médica

Investigadores españoles descubren una nueva variante de la hemoglobina durante un control rutinario

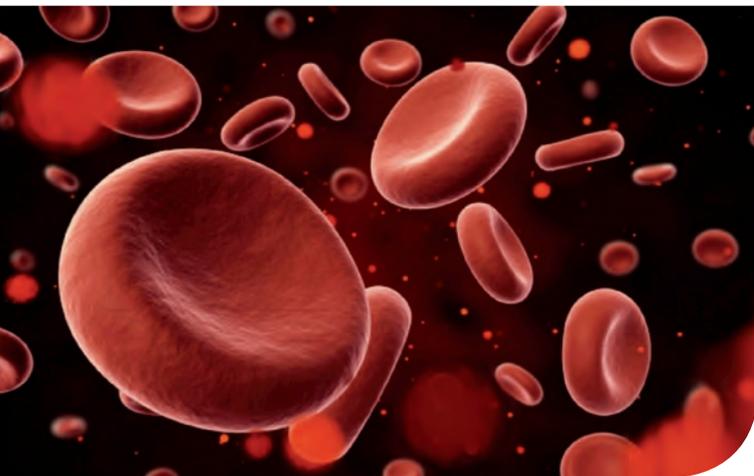
El laboratorio central del Hospital Clínico Universitario de Valencia ha descubierto recientemente en un control de glucemia rutinario realizado a un paciente una variante de la hemoglobina que ha denominado 'Hemoglobina J Valencia' y que hasta el momento no estaba descrita en ninguna parte del mundo. La autora del descubrimiento, la doctora especialista en laboratorio clínico Carmen Quiñones, ha explicado que "se trata de una variante de la hemoglobina que, aunque no comporta patología es responsable de interferir y originar resultados 'falsos' en la determinación del control diabético". Quiñones ha indicado que, entre otras pruebas a ejecutar en este paciente al que se realizó el control de glucemia, "se incluía la determinación de la hemoglobina glicada, que es el parámetro de elección para el control del paciente diabético". Se obtuvo un valor "anormalmente bajo de dicho parámetro, lo que hizo sospechar de la existencia de algún tipo de interferencia" y "al revisar cuidadosamente los datos obtenidos se evidenció la presencia de una hemoglobina anómala, la cual originaba un resultado falsamente disminuido de la hemoglobina glicada". Tras el análisis de secuenciación genética en la muestra de este paciente se confirmó la sospecha de que se trataba de un tipo de hemoglobina no descrita con anterioridad, hecho posteriormente corroborado por el Centro Nacional para la Información Biotecnológica (NCBI), parte de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. La importancia de conocer este tipo de variante radica en que va a permitir elegir la estrategia adecuada para un control correcto de los pacientes diabéticos que presenten esta variante. Además, con el hallazgo es posible conocer las características de esta nueva molécula y su posible repercusión clínica en el paciente porta-

dor, así como el efecto que produce en los métodos de determinación de la hemoglobina glicosilada ■

Nace en Valencia el primer banco de células madre adultas de España para tratar enfermedades futuras

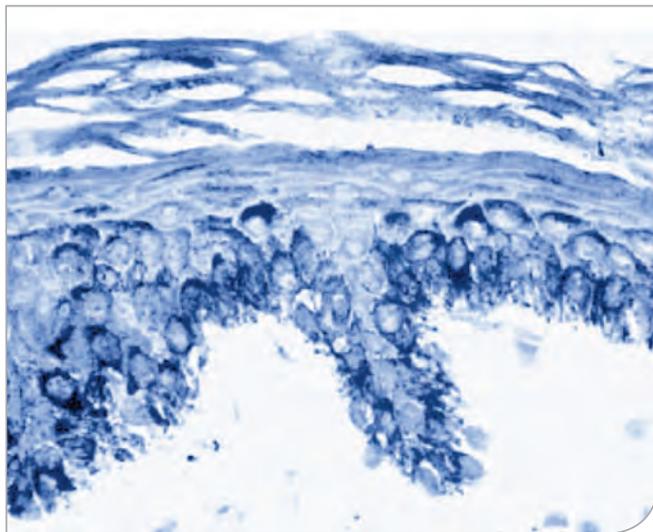


Médicos valencianos han puesto en marcha el primer banco privado de células madre de adulto en España, que podrán ser utilizadas por el propio donante cuando las necesiten como tratamiento de posibles enfermedades dado que la "terapia celular es la medicina del futuro", según ha explicado a Europa Press el doctor José Manuel Cervera, CEO de Celulife. Este oncólogo ha explicado que la idea comenzó a gestarse tras observar que los pacientes que superaban el cáncer sufrían no obstante enfermedades, como insuficiencias renales o degeneraciones neuronales, 10 años antes de lo habitual por los daños que les generaba en el cuerpo la quimioterapia y se pensó en ponerla en marcha a partir de que en 2006 un Real Decreto permitiera en España la creación de bancos de células madre adultas para uso autológico (para el propio donante) eventual. Así, en este banco, que han instalado en un espacio alquilado en el Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF), se criopreservan las células madre de adulto para "garantizar su potencial terapéutico" cuando se necesiten en el futuro ya que esta técnica garantiza sus "propiedades sine die". Cervera ha explicado que la criopreservación "permite detener la edad biológica" de las células madre de modo que su potencial terapéutico se incrementa ya que "no es lo mismo emplear mis células madres a los 70 años que con la edad de 30 años". El banco de Celulife conserva las muestras que deben ser anteriormente extraídas en los centros autorizados. Así, ha destacado que desde que obtuvieron el pasado mes de agosto la autorización ya han superado la veintena de clientes, todos ellos médicos, "gente muy informada que ve los beneficios de esta técnica" ■



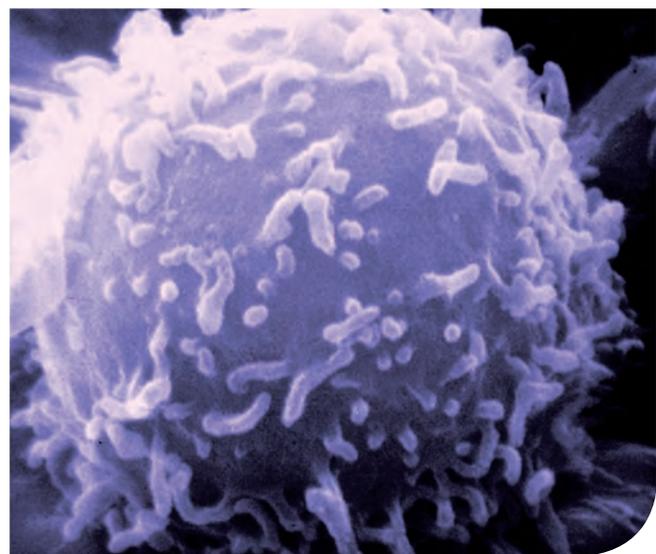
Los leucocitos "escanean" el torrente sanguíneo para provocar daño cardiovascular

Investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) han descubierto que un subtipo de glóbulos blancos llevan a cabo un procedimiento de "escaneo" dentro de los vasos sanguíneos que desencadena múltiples tipos de accidentes cardiovasculares, incluyendo algunos tan comunes como el ictus. En el estudio, cuyos resultados publica la revista 'Science', han participado varios grupos en Alemania, Estados Unidos y Japón con los que han logrado detectar un sorprendente mecanismo que explica cómo los neutrófilos y plaquetas, dos marcadores que permiten predecir la probabilidad de sufrir un ictus o un infarto, cooperan para iniciar accidentes cardio-

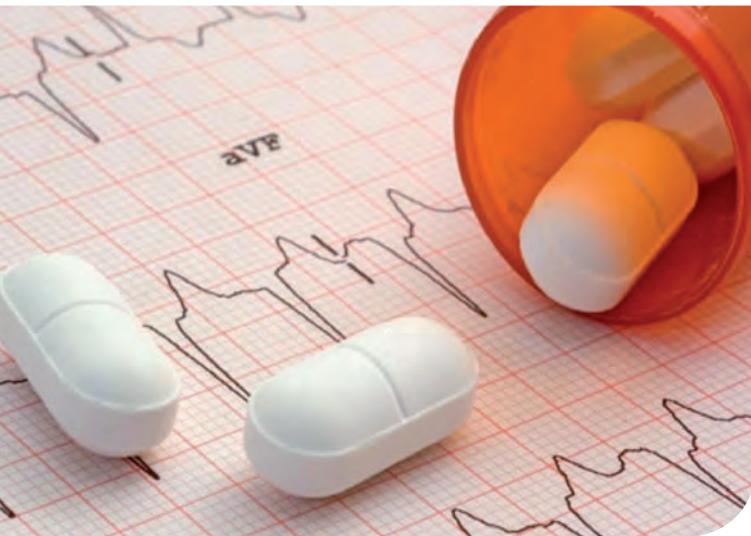


Hallado un nuevo mecanismo molecular clave para la formación de la piel

Científicos del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) han descubierto un nuevo mecanismo molecular que regula la diferenciación de las células que integran la mayor parte de la epidermis, los queratinocitos, que a su vez también podría estar implicado en el cáncer de piel. En la formación de la piel humana interviene toda una cascada de señales bioquímicas que todavía no son del todo conocidas pero que juegan un papel clave ya que sus fallos causan enfermedades que afectan a más de la cuarta parte de la población, desde la dermatitis atópica a los tumores cutáneos. En este caso, en el estudio cuyos resultados publica la revista 'Genes&Development' se ha identificado el papel de la proteína Fra-2, cuya función precisa en la piel hasta ahora se desconocía, como elemento clave en la diferenciación de los queratinocitos, de modo que si no está activada la piel no termina de formarse. En los últimos años se ha ido desentrañando el bosque de señales bioquímicas implicadas en las transformaciones de los queratinocitos y, por ende, en la formación de la epidermis. Pero ahora se sabe que el proceso está dirigido por una pléthora de genes localizados en el llamado Epidermal Differentiation Complex (EDC). Y, a su vez, la expresión de estos genes está regulada por la interacción coordinada de las señales bioquímicas que envían pequeñas proteínas, como los factores de transcripción. La pérdida de Fra-2 en los queratinocitos de la capa suprabasal provoca defectos que impiden el correcto funcionamiento de la piel como barrera, debido a que se ha reducido la expresión de los genes EDC ■



vasculares. Para ello, el equipo liderado por Andrés Hidalgo, investigador del Departamento de Aterosclerosis, Imagen y Epidemiología del CNIC, miraron directamente dentro de los vasos sanguíneos de tejidos vivos con técnicas avanzadas de microscopía, que permiten ver neutrófilos y plaquetas individuales durante el proceso inflamatorio. La primera sorpresa que se llevaron, según han reconocido los investigadores, fue que los neutrófilos que se pegan al vaso inflamado extienden una especie de brazo o protrusión celular hacia el interior del vaso en la que se concentra una proteína altamente adhesiva. Asimismo, vieron que algunas de las plaquetas de la sangre se pegaban a esta la proteína presente en esta protrusión. No obstante, solo las plaquetas que estaban activadas se adherían a esta estructura, que es también capaz de mandar señales al neutrófilo para que inicie una respuesta inflamatoria. Una respuesta que es, en último término, la responsable del daño vascular ■



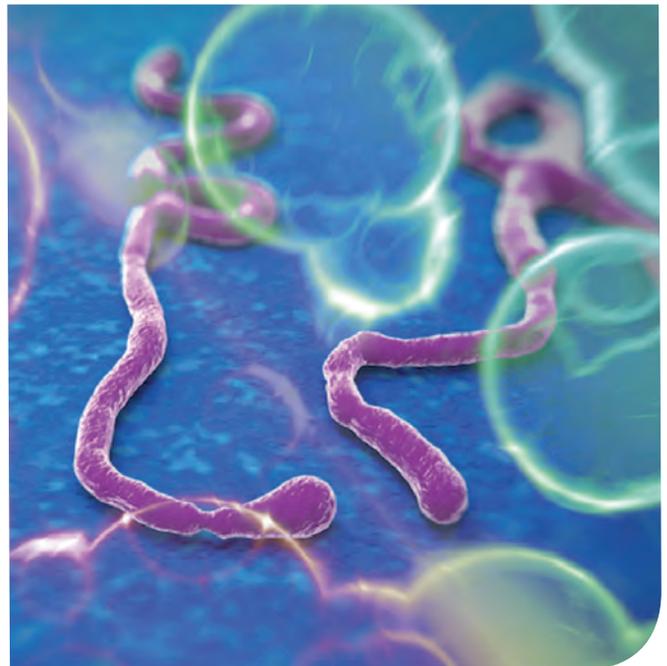
La Asociación Americana de la Diabetes aconseja a diabéticos tomar estatinas para prevenir enfermedades del corazón

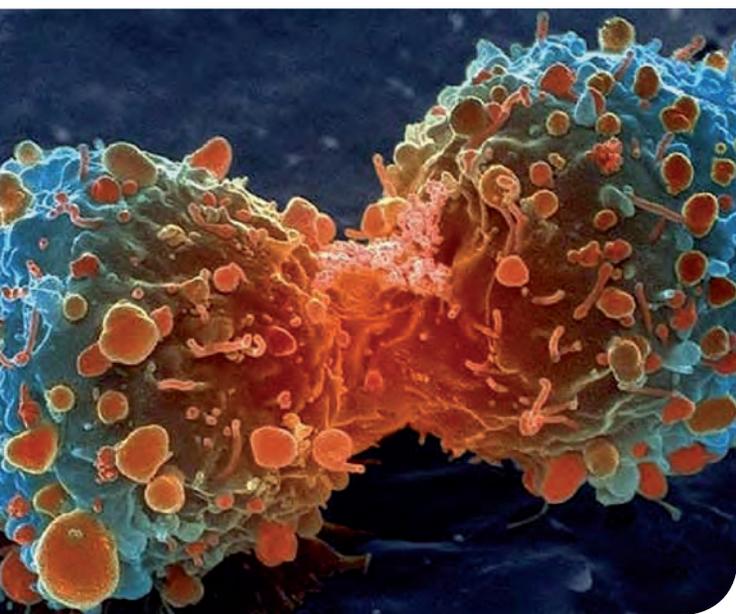
La Asociación Americana de Diabetes recomienda un objetivo de presión arterial diastólica menos estricto para las personas con diabetes y que todos los diabéticos tomen dosis moderadas o altas de estatinas en consonancia con los recientes cambios en las directrices para la gestión del riesgo cardiovascular promulgadas por el Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA). Estas recomendaciones se reflejan en los recientes cambios de los protocolos que la Asociación revisa anualmente, 'Normas de Asistencia Médica, que se publican en un suplemento especial de la edición de 'Diabetes Care'. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de las personas con diabetes. Las nuevas directrices recomiendan a las personas con diabetes que son menores de 40 años de edad o que están entre las edades de 40 y 75 sin factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares adicionales, tomar una estatina de intensidad moderada, mientras que las de todas las edades que padecen enfermedad cardiovascular o aquellas de 40 a 75 años que presentan factores de riesgo cardiovascular deben tomar una estatina de alta intensidad. "El gran cambio aquí es recomendar estatinas de moderada o alta intensidad en función del perfil de riesgo del paciente en lugar de en el nivel de LDL. Las recomendaciones revisadas también piden un objetivo de presión arterial diastólica menos estricto para las personas con diabetes de

90 mmHg, por encima de 80 mmHg. "Mientras que los estudios observacionales encuentran que disminuir la presión arterial en general parece ser mejor, la pruebas de ensayos aleatorios de mayor calidad apoyan más el objetivo de tratamiento de 90 mmHg" ■

La OMS anuncia que a finales de enero comenzarán a probarse en África dos vacunas experimentales contra el ébola

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha avanzado que a finales de este mes se iniciarán los primeros ensayos clínicos en humanos con dos vacunas experimentales contra el ébola en los países de África occidental más castigados por el virus, tras haber demostrado que tienen un perfil de seguridad "aceptable". Así lo ha reconocido en rueda de prensa la directora adjunta de este organismo de Naciones Unidas, Marie-Paule Kieny, tras la reunión celebrada con las farmacéuticas que han desarrollado estas vacunas y las agencias reguladoras para analizar los resultados obtenidos hasta el momento y autorizar los primeros ensayos pivotaes en fase III. De este modo, Kieny ha avanzado que entre finales de enero y febrero se probarán las vacunas en Liberia, Sierra Leona y Guinea, tras haber concretado la dosis que pa-





rece ser necesaria para estimular anticuerpos contra el virus en el organismo. "2014 será recordado como el año en que el ébola desafió a la humanidad, pero 2015 también se recordará como el año en que la humanidad utilizó sus mejores mentes científicas para luchar contra él" ■

El 65 por ciento de los tipos de cáncer se deben al azar y no a factores de riesgo

Hasta dos tercios de los casos de cáncer de varios tipos pueden ser atribuidos a mutaciones aleatorias del ADN y no a factores hereditarios o factores de riesgo, según un estudio publicado por la revista Science que muestra como las mutaciones aleatorias del ADN que se acumulan en varias partes del organismo durante la división celular normal son los principales culpables de muchos tumores. El cáncer colorrectal, el carcinoma de células basales y el cáncer de pulmón vinculado al consumo de tabaco, eran más fuertemente influenciados por factores genéticos y ambientales, como comportamiento de riesgo o exposición carcinógena. "Cuando alguien se enferma de cáncer quiere saber de inmediato el por qué", dijo Bert Vogelstein, oncólogo del Hospital Universitario de Medicina Johns Hopkins, en Baltimore, quien dirigió el estudio junto al biomatemático Cristian Tomasetti, también de este mismo centro. El motivo real en muchos casos no es un estilo de vida inadecuado o la exposición a factores ambientales nocivos, realmente es sólo que esa persona tuvo mala

suerte", afirma Vogelstein. Tomasetti ha manifestado que las mutaciones nocivas se producen "sin ninguna otra razón particular más que la aleatoriedad", dado que las células madre del organismo se dividen en varios tejidos.

Así, ha puntualizado que el estudio indica que cambiar el estilo de vida y hábitos como el fumar podría ayudar a evitar ciertos tipos de cáncer, pero para otros no sería tan efectivo ■

ONUSIDA presenta un plan para erradicar el sida como epidemia global para 2030

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) ha publicado sus Objetivos de Vía Rápida para luchar contra el sida con los que pretende erradicar la epidemia del sida como amenaza sanitaria global para 2030, fecha para la

que se habrían evitado 21 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. Estos objetivos aspiran además a evitar casi 28 millones de nuevas infecciones, según ONUSIDA, que destaca además que este resultado se puede alcanzar ahora con 15 veces menos inversión que



ONUSIDA

dentro de cinco años. El informe "Vía Rápida: acabar con la epidemia del sida para 2030" ha sido divulgado coincidiendo con la celebración del Día Mundial del Sida. La lista de objetivos que deben cumplirse para 2020 se resume en la expresión 90-90-90: que el 90 por ciento de la gente infectada por el virus sepa que lo está, que el 90 por ciento de los que sepan que son portadores se sometan a un tratamiento y que el 90 por ciento de la gente en tratamiento reduzca su carga viral. La organización menciona otros objetivos concretos, como la reducción de infecciones anuales en un 75 por ciento hasta rebajarlas a 500.000 para 2020 o conseguir la "discriminación cero". Los esfuerzos, advierte ONUSIDA, deberán concentrarse en los 30 países en los que se registran el 89 por ciento de las nuevas infecciones de VIH, la mayoría en países africanos, con una "amplia movilización de recursos humanos, institucionales y estratégicos" tanto a nivel nacional como internacional ■

CURSO RIESGO LEGAL PARA NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

DESCRIPCIÓN

Programa de formación a distancia, eminentemente práctico, que ofrece una introducción al conocimiento de las herramientas legales para mejorar la seguridad del paciente, como instrumento de calidad asistencial, valorando el riesgo legal relacionado con el error de diagnóstico, el manejo de la información, la demora en la asistencia y el alta.

OBJETIVOS

Desarrollar la formación práctica de los profesionales de las especialidades de Neurología y Psiquiatría en materia legal con el fin de facilitar la práctica diaria y mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

DISCENTES

Profesionales de la salud de las especialidades de Neurología y Psiquiatría con deseo de actualizar su formación en el ámbito legal.

DOCENTES

ASJUSA LETRAMED, despacho líder en España en el ámbito del Derecho Sanitario, Derecho Farmacéutico y Bioderecho.

METODOLOGÍA

El programa de formación a distancia se divide en 4 módulos

- ▶ **MÓDULO 1.** Información Asistencial
- ▶ **MÓDULO 2.** Documentación Clínica
- ▶ **MÓDULO 3.** Responsabilidad Profesional del Médico
- ▶ **MÓDULO 4.** El Equipo Médico, cómo responden sus integrantes

Cada uno de los módulos se publicará en Internet a través del Campus Medynet en Ciencias de la Salud/ EL MÉDICO INTERACTIVO, donde, además del temario y la evaluación se podrá acceder a:

- ▶ Presentación en vídeo de cada módulo
- ▶ Sentencias y legislación actualizadas y comentadas
- ▶ Caso práctico
- ▶ Tutorías

ACREDITACIONES

El programa formativo Riesgo Legal en Medicina cuenta con 3,9 créditos por módulo concedidos por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid.

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimat. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia: Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción teratógena, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), 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 ($< 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2)imidazo (5,4-C) Rifaximina SV] en su forma polimórfica alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimórfica alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimórficas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Silice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Vía Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

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

REPORTAJE

EN PORTADA

Gestión clínica a debate



En el número de marzo, la Revista EL MÉDICO publicará el tercero de sus Coloquios. Un espacio de reflexión y debate en el que, de manera periódica, expertos analizan temas de gran actualidad. En esta ocasión, los “Coloquios EL MÉDICO” se centrarán en la gestión clínica. Su situación actual, sus retos, sus aportaciones... Representantes de la Administración, de los gestores y de los clínicos repasan este tema y sus conclusiones se reflejarán el reportaje de portada de esta edición.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Manuel Martín García

Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de España:

“La formación de los profesionales de Atención Primaria en salud: Una responsabilidad compartida por la Administración pública, por las universidades y las asociaciones profesionales”

Teresa Molina

Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. AETSA:

“Metodología y criterios de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias innovadoras”

Manuel de la Peña

Presidente del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social:

“Capital humano: un valor añadido en la asistencia sanitaria”

ENTREVISTAS

María Chivite

Nueva portavoz de Sanidad del PSOE en el Senado



Serafín Málaga



Presidente de la Asociación Española de Pediatría

REPORTAJES



Los presupuestos de la Sanidad para 2015



Estudios de investigación en la oficina de farmacia



**¿QUÉ
NECESITA?**
encuéntrelo en
Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

Lyceum

www.lyceum.es



saned

GRUPO

www.gruposaned.com

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en página 81