

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1162. Marzo 2015

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



COLOQUIOS EL MÉDICO



Las claves de la gestión clínica

Reportajes

Presupuesto 2015: La Sanidad no se recupera de los recortes

La investigación en la farmacia

Entrevistas

Serafín Málaga
Presidente de la Asociación Española de Pediatría

María Chivite
Ex portavoz socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y portavoz del PSOE en la Cámara Alta





Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas, Sulodexida (D.C.I.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinógenesis; inhibir el factor X activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS. Excipientes: laurilsarcosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinita A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes: Este medicamento puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinita A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluso asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Efectos secundarios:** No se ha presentado ningún tipo de efectos secundarios. **Incompatibilidades:** No se han descrito ningún tipo de incompatibilidades. **Posología:** Las pautas posológicas recomendadas son: 3 a 4 cápsulas al día, antes de las comidas, durante 35-40 días. **Intoxicación y su tratamiento:** No se conoce hasta la fecha ningún tipo de intoxicación a las dosis recomendadas. En caso de intoxicación voluntaria o accidental se recomienda un lavado de estómago y medicación antisintomática. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20". Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Titular de la Autorización de Comercialización:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490-08006 Barcelona (España). **Presentación:** Envase con 60 cápsulas. **PVP/IVA:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 35.545. **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

Gestionar en tiempos de crisis



La gestión clínica es un concepto que está en el debate sanitario desde hace años, pero que reaparece siempre en épocas de crisis, ya que tiene una clara asociación con la eficiencia. Si bien existe una opinión general de apoyo a la misma, lo cierto es que el tiempo pasa y no parece que el Acuerdo Marco firmado entre Gobierno y Foro de la Profesión Médica se haya traducido en nada a efectos prácticos. A este tema hemos dedicado el III Coloquio EL MÉDICO, que constituye el reportaje de portada de este número. En él, se ha puesto de manifiesto que nada se podrá hacer si no se implica a todos los agentes, es decir, no sólo a médicos, sino también a gestores de todos los niveles, incluida la Administración central y las autonómicas.

Si hay un momento clave para la instauración de la gestión clínica es sin duda julio de 2013, momento en el que el Foro de la Profesión Médica firma un Acuerdo Marco con el Gobierno, cuyo tercer punto era precisamente el abordaje de dicha gestión. Sin embargo, año y medio después la situación ha avanzado poco.

Junto a este tema, ocupa también un papel destacado el reportaje que se dedica a los presupuestos sanitarios. Si bien esta partida crece en las 17 comunidades autónomas, su incremento es tan leve que resulta claramente insuficiente para abordar todos los problemas a los que han de enfrentarse los gobiernos autonómicos. Otro reportaje incluido en esta edición es el que hace una panorámica de la situación de los estudios postautorización de tipo observacional con medicamentos de uso humano que permiten la obtención de un conocimiento que los ensayos clínicos controlados no aportan, siendo fundamentales para orientar la práctica clínica y favorecer el uso racional de los fármacos. La oficina de farmacia, como centro proveedor de servicios sanitarios, es un lugar idóneo para llevar a cabo este tipo de estudios, ya que el paciente se ubica en un entorno “más amigable” que el de un ensayo clínico y, por ello, sus respuestas se presuponen más sinceras.

Junto a estos asuntos se incluyen los habituales artículos de experto. En esta ocasión abordamos de su mano algunas “verdades” sanitarias y sus consecuencias, la formación de los profesionales de AP y el valor de los recursos humanos en el sistema sanitario. En el apartado de entrevistas, destaca la realizada a María Chivite, ex portavoz socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y portavoz del PSOE en la Cámara Alta; y a Serafín Málaga, presidente de la Asociación Española de Pediatría, entre otras. Además, les ofrecemos nuestras secciones habituales dedicadas a la gestión en Atención Primaria y la gestión en hospitales.

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

COLOQUIOS EL MÉDICO

La necesidad de implicar a todos los agentes, clave en el avance de la gestión clínica



La gestión clínica es un concepto que está en el debate sanitario desde hace años, pero que reaparece siempre en épocas de crisis, ya que tiene una clara asociación con la eficiencia. Si bien existe una opinión general de apoyo a la misma, lo cierto es que el tiempo pasa y no parece que el Acuerdo Marco firmado entre Gobierno y Foro de la Profesión Médica se haya traducido en nada a efectos prácticos. Según los expertos reunidos en el III Coloquio EL MÉDICO, nada se podrá hacer si no se implica a todos los agentes, es decir, no sólo a médicos, sino también a gestores, y no sólo a la Administración central, sino, sobre todo, a las consejerías de Sanidad.

28

REPORTAJES

La investigación en la farmacia, clave para orientar la práctica clínica y favorecer el uso racional de los fármacos



42

La Sanidad pública no se recupera de los recortes



Los presupuestos de Sanidad de las 17 comunidades autónomas crecen, aunque levemente. En 2015 la Sanidad autonómica recibirá una inyección de 1.756 millones de euros. Algunos ven su razón en que a lo largo de este año la ciudadanía será convocada a tres citas electorales: municipales, autonómicas y nacionales.

54

FORO DE EXPERTOS

MIGUEL A. ASENJO

Socio de honor de SEDISA. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Ex director del Hospital Clínic de Barcelona. Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña



10

MANUEL MARTÍN GARCÍA

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



16

MANUEL DE LA PEÑA

Presidente del Instituto Europeo de Salud y el Bienestar Social



24

FACME/ENTREVISTA



Entrevista a Serafín Málaga

Presidente de la Asociación Española de Pediatría

48



La llave de la seguridad de su casa



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

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

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

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



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

ENTREVISTA



Entrevista a María Chivite

Ex portavoz socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y portavoz del PSOE en la Cámara Alta

36

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Entrevista a Amador Ruiz

Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Presidente del Comité Científico del Congreso SEDAP 2015

66

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Externalización de servicios en la gestión hospitalaria: un ámbito con necesidades de mejora



72

OTROS TEMAS

Presentación

3

Sala de lectura

78

On-line

80

Próximo número

82

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

● DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periódica n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2015. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Farmacia

Programa Avanzado

Comunicación

Médicos

Gestores

Web 2.0

Programa Superior

Alto rendimiento

Enfermería

EQUIPO

Taller

CONFLICTOS

Máster

Farmacoeconomía

Presencial

Online

IMPRESO

Liderazgo

Tiempo

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



Miguel A.
Asenjo



Manuel
de la Peña



Manuel
Martín García



Diez verdades sanitarias y sus consecuencias

Autor | Prof. Miguel A. Asenjo. Socio de honor de SEDISA. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Ex director del Hospital Clínic de Barcelona. Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña

En este artículo se analizan diez verdades sanitarias y sus consecuencias. Relacionadas con el concepto de salud, los determinantes sanitarios, la enfermedad, el modelo sanitario, los cuatros colectivos del sector, etc...



Prof. Miguel A. Asenjo

Primera. El concepto de salud es ambiguo y su definición por la Organización Mundial de la Salud (OMS), formada por 194 países de los 243 existentes en el mundo incluido el Vaticano, es utópica ya que dice que es “el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad”.

La consecuencia es que la salud es casi un sentimiento y como tal subjetivo, por lo que la demanda sanitaria puede ser, como la belleza, ilimitada, impidiendo la total financiación pública ya que la riqueza de los países es limitada. Además, el gasto en salud retrae el de educación, la cual es el fundamento primordial del progreso y de la justicia distributiva a través de la igualdad de oportunidades, y, como dijo Mandela, el arma más poderosa para cambiar el mundo es la educación.

Segunda. De entre los cuatro determinantes de la salud, en los países desarrollados el estilo de vida es el fundamental, y algunos investigadores le otorgan una propor-

ción de hasta el 43 por ciento, mientras que la herencia genética representa el 27 por ciento, el entorno el 19 y el sistema sanitario, que es el cuarto, influye en el 11 por ciento restante. El gasto que se asigna al sistema sanitario es del 90 por ciento, mientras que a la herencia genética el 6,9 por ciento, al entorno el 1,6 y el estilo de vida que proporciona más del 40 por ciento apenas consume el 1,5 por ciento restante.

La consecuencia es que el individuo, en estos países ricos, es el principal responsable de su salud y el descuido en su cumplimiento constituye una grave irresponsabilidad personal con onerosa repercusión social.

Tercera. La enfermedad se produce por la interacción entre el trípede: individuo, entorno y agente de enfermedad.

La consecuencia es que el individuo debe

fortalecerse por medio de la promoción de la salud apoyada en la educación sanitaria. El entorno, tanto físico como psíquico, socio, económico y laboral debe procurarse que sea favorable al individuo por medio de la Medicina preventiva y, a su vez, desfavorable a los agentes de enfermedad aplicando los conocimientos de la Medicina laboral; los agentes de enfermedad físicos, químicos y biológicos deben ser objeto de vigilancia para mantenerles alejados del individuo. Si a pesar de ello el individuo enferma ha de actuar la Medicina asistencial, en sus múltiples tareas y facetas, para evitar las secuelas de la enfermedad. A pesar de las cautelas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intento de evitar las secuelas de la enfermedad el individuo enfermará y al final morirá porque, así como a Sócrates le condenaron a muerte los magistrados, a estos, y a toda la humanidad, nos condenó a muerte la naturaleza y desde el mismo momento del nacimiento. Puede retrasarse

la hora aplicando las recomendaciones que se acaban de exponer.

Cuarta. Para retrasar la hora de la muerte es importante la acción del sistema sanitario que ayuda a la salud en un 11 por ciento, en su conjunto, que consume el 90 por ciento de los recursos del modelo sanitario y que casi todos utilizan para impedir la llegada de la fatídica hora final porque todas ellas empujan hacia la muerte pero la última mata.

La consecuencia es que el modelo sanitario interesa a todos y debe planificarse con mucho conocimiento técnico y gestionarse con el mayor esmero. El modelo además de equitativo, que significa que a la misma necesidad se ha de aplicar similar recurso, ha de ser de calidad, tanto técnica como percibida y, sobre todo, ha de ser eficiente, que significa que deben aprovecharse todos los recursos convenientemen-

te, sin despilfarro alguno, especialmente el más costoso que es el pago de la nómina del personal, resultado de multiplicar el número de ellos por la percepción económica de cada uno de ellos, y sobre lo que la demagogia prende con facilidad y se utiliza con frecuencia. Más allá de los clásicos modelos Beveridge, financiado por impuestos, o Bismark que lo hace por cuotas, se han llegado a identificar en el mundo hasta cincuenta y siete maneras distintas de planificar y utilizar el modelo, sin que haya sido posible demostrar su exacta influencia cuantitativa en la salud colectiva de la

población, de tal manera que se ha evidenciado que los países que más gastan en su sistema sanitario no son los que mejor salud proporcionan a sus ciudadanos medida en términos de esperanza de vida.

Quinta. El modelo sanitario, en todos los países democráticos del mundo, es el resultado de la conciliación de los intereses de los cuatro colectivos que lo condicionan.

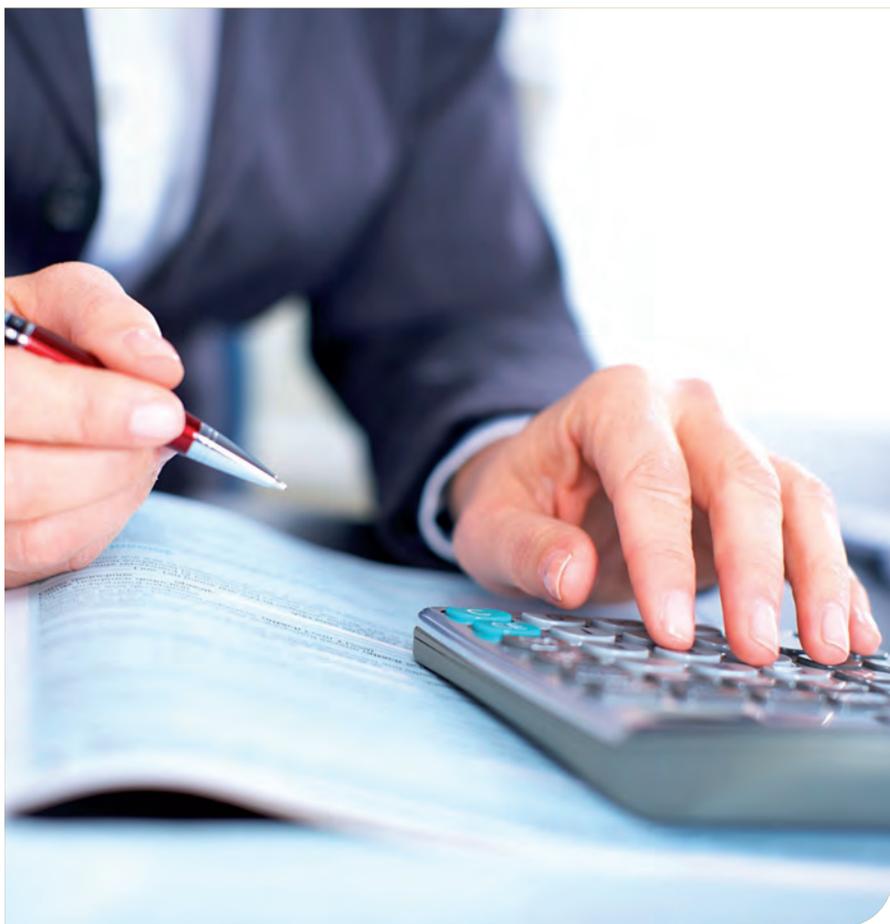
Se han llegado a identificar en el mundo hasta cincuenta y siete maneras distintas de planificar y utilizar el modelo sanitario, sin que haya sido posible demostrar su exacta influencia cuantitativa en la salud colectiva de la población

La consecuencia es que debe conocerse quiénes son esos cuatro grupos que lo condicionan, qué intereses tienen y cómo pueden conciliarse.

Sexta. Los cuatro colectivos que condicionan el modelo sanitario son: a) los ciudadanos, potencialmente enfermos, muchos contribuyentes y la mayoría votantes b) los suministradores de salud fundamentalmente médicos y enfermeros, así como las casas comerciales, los laboratorios farmacéuticos y proveedores en general c) los gestores y equipos directivos y d) los propietarios, que en los servicios públicos son políticos y en los privados son accionistas.

La consecuencia es que debe conocerse cuáles son sus intereses fundamentales para intentar armonizarlos y conciliarlos y lograr así un modelo sanitario que cumpla objetivamente las siguientes seis características, todas ellas cuantificables, que deben expresarse en números: necesario, eficaz, efectivo, eficiente, equitativo y de calidad.

Séptima. Los intereses fundamentales de los ciudadanos son los cuatro siguientes: 1º confianza en las instituciones donde recibirán el servicio y en las personas que se lo proporcionará, 2º no esperar para recibirlo, 3º ser informados y 4º no arruinarse al uti-





lizar el servicio o previamente por abusivos e injustificados impuestos. Desean también, a ser posible, poder elegir médico y, en su caso, hospital. Según las circunstancias, su relación con el modelo será la de paciente (se conforma con lo que recibe que lo percibe como una dádiva), usuario (tiene derecho a usar pero no a elegir) o cliente (puede elegir médico y hospital).

La consecuencia es que el modelo debe garantizar y satisfacer esos intereses proveyéndose del personal mínimo y suficiente, capacitado y responsable, con continua actualización de sus conocimientos por medio de una formación permanente. El personal además de aplicar una actitud empática con el enfermo, debe aceptar que puede equivocarse y cometer errores de los cuales aprende, porque sabe que “unas veces se acierta y otras se aprende”. Asume que no siempre la culpa de los fallos es achacable a la falta de aparatos o a que la ciencia no llega a más y por tanto la culpa no es de los demás, acepta que su salario conlleva obligaciones, entre las cuales, además de asistir, enseñar e investigar diligentemente, está la de cumplir el horario establecido. Echar la culpa de las deficiencias a los demás, especialmente al jefe, a la dirección o al gobierno de turno, en el servicio público, suele ser una actitud pueril, inútil para el enfermo, frecuentemente onerosa para el contribuyente, casi siempre injusta y muy poco inteligente ya que la actitud certera es que “unas veces se gana y otras se aprende”. Antes de ver la paja en el ojo ajeno debe verse la viga en el propio.

Octava. Los intereses fundamentales de los suministradores de salud, que fundamentalmente son los médicos y enfermeros, deben ser analizados con especial cuidado, pues los enfermos basan toda su confianza en ellos. Estos intereses y su sa-

tisfacción, cuando están justificados, son la clave del éxito o fracaso del sistema sanitario. Un interés muy destacado del médico es el reconocimiento. El de los enfermeros es el de la participación. El de las casas

comerciales es el de obtener rentabilidad económica a sus inversiones.

La consecuencia es que el reconocimiento a los médicos, en lo que sea justo y no abusivo, debe ser atendido.

La relación del médico con el enfermo es de agencia que significa de confianza. Esa relación de agencia o confianza del enfermo con el médico debe serlo también del médico con el gestor o equipo directivo y viceversa. Así resulta que el médico es, o debe ser, un verdadero agente doble (persona de confianza) tanto del enfermo como del gestor o equipo directivo. Si falla esa relación se desajusta el sistema. El enfermo confía que el médico le atienda con seguridad, sin esperar (en exceso) y ser informado. El gestor desea que el médico utilice bien los recursos (que sea eficiente) de los que el principal es la adecuada utilización del tiempo (dedicación y puntualidad). Además el médico en el imperfecto, o al menos curioso, mercado del sistema sanitario público es quien compra u ordena el consumo y en consecuencia ordena el gasto, el enfermo consume y un tercero paga. Ese tercero que paga, en los servicios públicos, está representado por el gobierno y por delegación por el gestor sanitario. En estas circunstancias la clave de la efectividad terapéutica y del gasto está en el médico. Asume una responsabilidad para la que es preciso disponer, además de una ética intachable, de una considerable formación gestora que, basada, como casi todo, en el sentido común, necesita información que consiste en conocer las cosas, conocimiento que significa relacionar las cosas y sabiduría que es aplicar el conocimiento adecuado adecuadamente.

Cosa, según el DRAE, es todo lo que tiene entidad, ya sea corporal o espiritual, natural o artificial, real o abstracta. Es probable que la gestión clínica se aproxime al ejercicio efectivo de esta doble relación de confianza del enfermo con el médico y mutuamente del médico y gestor sanitario. Para ello es imprescindible que los intereses y objetivos personales del médico y de la institución coincidan. En este sentido la compatibilidad público/privado no deja de ser un grave obstáculo, aunque, probablemente en las actuales circunstancias, un necesario mal menor.

Para que la gestión clínica tenga un mínimo de posible garantía de éxito, su organización necesita cumplir dos premisas y el responsable conocerlas, disponer de ellas y utilizarlas: 1ª) Establecer un plan contable muy fiable que permita disponer de una amplia y estricta contabilidad analítica que informe cuantitativa y cualitativamente sobre la actividad y el gasto y permita conocer la cantidad, calidad, gasto y, en su caso, precio de lo que hace, analizarlo para conocer su adecuada justificación y poder relacionarlo con otras instituciones similares, con la intención de mejorar y 2ª) Disponer de una capacidad de mando en la que el cociente entre la autoridad que como jefe ostenta (legal y reconocida) y la responsabilidad que, en consecuencia, asume sea igual a la unidad. La autoridad consiste en dar órdenes y ser obedecido. Dicho de otra manera más práctica se trata de que los demás hagan lo que él quiere porque ellos quieren. La responsabilidad consiste en asumir las consecuencias de las propias decisiones sin excusas y sin echar las culpas a los demás. Cuando la autoridad es muy superior a la responsabilidad tiende a producir dictadores o déspotas. Cuando predomina la responsabilidad sobre la autoridad aparecen esclavos, que si son creyentes rezan y si no leen el horóscopo.

Si de los resultados de la gestión clínica no se derivan consecuencias para el responsable, incluso económicas, la acción será de tipo voluntarista, el interés de

tomar decisiones escaso, y más si son impopulares, con probable fracaso y con frecuencia culpando a los demás de los fracasos especialmente a la dirección. Es un chollo, y recurso utilizado con frecuencia, saber que si no das más de ti es por culpa de los otros. Incluso, debe recordarse que, para hablar bien de alguien no es necesario hablar mal de otro. Los resultados deben expresarse en cifras y los argumentos basarse en datos porque tanto los que están a favor como los que están en contra si no conocen, o ignoran los datos, se inclinarán por satisfacer los deseos del grupo que tenga mayor capacidad de presión. La objetividad de los resultados se basa en tres acciones: evaluación, evaluación y evaluación y se expresa en tres indicadores: hechos, hechos y hechos.

Muchos de los artículos de autores españoles que escriben sobre gestión clínica empiezan por referirse a Estados Unidos de Norteamérica, y seguidamente aparece una cita bibliográfica, casi siempre, del New England Journal of Medicine. Se olvidan, u omiten intencionadamente, que allí el gasto sanitario llega o supera el 17 por ciento del producto interior bruto (más de la mitad privado), (aquí el 9,5 por ciento, menos del 20 por ciento privado) que apenas existe el seguro de desempleo, que tienen quince días de vacaciones al año, que el puesto de trabajo indefinido no existe, que a cada cual se le paga, fundamentalmente, según sus merecimientos y aportación, que se encuentra en competencia y evaluación permanentes, que no existe una red hospitalaria estatal y que hasta el Presidente Barack Obama apenas hace siete años que ha acabado de abonar el último plazo del préstamo que solicitó para poder pagarse los estudios de derecho en la Universidad de Harvard donde los cursó.

La mayoría de nuestros profesionales son excelentes. He tenido el honor de estar en la cúpula directiva del Hospital Clínic de Barcelona desde 1971 a 2010 que cesé por jubilación y he sido profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB) desde 1973 en todos sus escalos-

nes hasta el actual de profesor emérito, y he conocido, tratado y disfrutado de la amistad de personas extraordinarias que aún sigo tratando y aprendiendo de ellas, casi por ósmosis, en la Real Academia de Medicina de Cataluña. Uno de ellos, dos años mayor que yo, prestigioso hepatólogo que a punto de cumplir 77 años acaba de asumir (8.01.2015) responsabilidades de carácter nacional con gran repercusión mediática, otro con 86, eminente internistas y hematólogo sigue dirigiendo el libro de Patología Médica más difundido del mundo en lengua española con casi 20 ediciones, otros dos con 88 años de edad hacen lo mismo con respecto a la Pediatría y la Ginecología. Nunca han dejado de trabajar, han sido formadores de prestigiosos equipos, con ejemplar disciplina y puntualidad, que con su actuación desmienten a Marañón que atribuía a los españoles los ancestrales defectos de: incapacidad para el esfuerzo continuo, desagrado para el trabajo en equipo y aversión a la autoridad. Son conscientes que la palabra convence pero el ejemplo arrastra.

Novena. Los intereses fundamentales de los gestores y equipos directivos son, sobre todo, conseguir que se obtenga el máximo aprovechamiento de los dispositivos sanitarios disponibles.

La consecuencia es que desean obtener la máxima eficiencia, la cual se expresa por la relación entre la actividad y el consumo de recursos. La actividad equivale al servicio prestado originado por la demanda existente

que es la necesidad manifestada. La secuencia es necesidad, demanda, servicio. La necesidad, tal como se ha expuesto en la tercera verdad de este artículo, es el resultado de la interacción entre el individuo, el entorno y los agentes de enferme-

dad. La diferencia resultante entre la demanda y el servicio es la lista de espera que, obviamente, puede ser por exceso de demanda o por defecto de servicio. La demanda a veces es directa del enfermo, como ocurre en la asistencia primaria y en el servicio de urgencias del hospital o indirecta inducida por el médico a través de las consultas externas hospitalarias una vez atendido en la asistencia primaria o en el servicio de urgencias del hospital. En el supuesto que desde urgencias o desde las consultas externas hospitalarias el médico demande el ingreso del enfermo en hospitalización, la posibilidad de satisfacer dicho ingreso depende directamente del número de camas existentes pero sobre todo del uso que se haga de ellas. Este uso es directamente proporcional a la ocupación e inversamente proporcional al promedio de estancia. Echar la culpa de la lista de espera a la falta de camas o a "los recortes" sin analizar la correcta o incorrecta indicación de ingreso, el índice de ocupación y el promedio de estancia es una irresponsabilidad con negativas consecuencias individuales y colectivas para el ciudadano tanto en su condición de enfermo como de contribuyente. Existen hospitales con muy inferior ocupación que otros y con el doble promedio de estancia, lo que hace que con el mismo

número de camas y similar demanda doblen, como poco, la lista de espera. Eso no es culpa de los recortes ni del gobierno.

El consumo de recursos que es el divisor del quebrado utilizado para calcular la eficiencia suele expresarse en unidades monetarias.

Se compone de unos gastos fijos, constituidos, fundamentalmente, por el pago de la nómina de personal que llega al 70 por ciento del gasto hospitalario y unos gastos variables relacionados proporcional y directamente con el número de enfermos

Es probable que la gestión clínica se aproxime al ejercicio efectivo de la doble relación de confianza, y para ello es imprescindible que los intereses objetivos del médico y de la institución coincidan



asistidos. La mayor parte de estos gastos variables corresponden al material fungible, a la alimentación y a la medicación. Planificar correctamente las plantillas de personal y asegurarse del cumplimiento de sus obligaciones incluida la puntualidad, utilizar estrictamente el material necesario, la alimentación adecuada y la medicación exacta sin despilfarros ni rancanería junto a facilitar la relación médico-enfermo que es la esencia del acto asistencial, huyendo de cualquier protagonismo, son tareas propias del buen dirigente sanitario.

La discusión de si el director de la institución ha de ser un profesional de la gestión sanitaria, opinión por la que lógicamente se inclina la mayoría, o un líder médico de la propia organización es una cuestión que debe dirimirla los resultados. En 1966 cuando yo comencé como director-gerente de los hospitales de la Diputación de Jaén y donde permanecí dos años y medio hasta mi traslado a Oviedo apenas había gestores sanitarios profesionales en España, yo fui el tercero, cuando llegué, como director al Clínic de Barcelona en 1971, después de pasar otros dos años y medio

en la gerencia del Hospital General de Asturias donde se inició dicha profesionalización en 1960. También fui el primer director profesional del hospital. Actualmente el director del Clínic es un clínico del hospital, donde incluso hizo su residencia, que pre-

viamente ha sido jefe de servicio y director médico y antes había realizado el máster de gestión hospitalaria que iniciamos en la UB en 1988. No se han resentido negativamente los resultados del hospital. Es necesario acostumbrarse a razonar con datos, con adecuada interpretación de los mismos, sin prejuicios, sujetando, en lo posible, las emociones que frecuentemente lle-

van a precipitadas y equivocadas conclusiones y que a veces acaban en inadecuadas decisiones. Un caso particular no puede interpretarse como general. La discusión con datos enriquece, mejora y consolida el conocimiento.

Para facilitar la planificación, que es previsión, y la gestión que es decisión, es necesario, además de las dos premisas antes citadas: 1) plan contable y 2) capacidad de mando, aplicar las siguientes seis disciplinas todas ellas basadas en el sentido común: 1) conocimiento de los hechos, 2) determinación de objetivos (mejor metas: número, fecha y persona), 3) dotación de medios, 4) establecimiento de las relaciones personales de mando y control (organigrama), 5) selección y motivación del personal y 6) evaluación. Incluso un mal plan escrito es mejor que ningún plan, ya que sobre el malo al menos se puede corregir, sobre el no plan ni eso es posible. Sobre todo se necesita evaluación, evaluación y evaluación. Si se quiere cambiar de conducta deben cambiarse los incentivos que pueden ser justos previa evaluación. Con carácter general mejora lo que se mide evalúa y reconoce. Las personas ac-

túan conforme a como vayan a ser evaluadas. Los cambios sociales cambian y se consolidan de acuerdo con el siguiente polinomio: insatisfacción con la situación presente, planificación exacta de a dónde se quiere llegar y resultado de las primeras medi-

das tomadas. Si la suma de estos tres factores es superior a la tendencia habitual a permanecer estáticos por temor a lo desconocido el cambio se produce.

Décima. Los intereses fundamentales de los propietarios políticos, como ocurre en los servicios públicos, es conseguir y mantener la paz socio-laboral e intentan, sobre

todo, que no haya líos Si son accionistas, como ocurre en las instituciones privados, su interés fundamental es el de obtener rendimiento económico de su inversión, es decir, ganar dinero. Así como en el mercado sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga, en el privado el médico compra y el enfermo consume y paga. La institución pública ingresa lo que gasta, la privada gasta lo que ingresa.

La consecuencia es que como entre los políticos además de gobierno, propietarios delegados temporales de los servicios públicos, existe la oposición, y como a los ciudadanos se les garantiza, con carácter universal, un equilibrio entre necesidad, demanda y servicio, que es muy difícil de cumplir por la propia definición de salud, es un campo muy abonado para la descalificación política. La necesidad sanitaria frecuentemente es subjetiva. La demanda puede ser directa o inducida. El servicio es gratuito en el momento de utilizarlo. A ello se añade la presencia, disponibilidad e interés del sector privado que sí percibe una contraprestación económica al realizar el servicio. El equilibrio entre necesidad, demanda y servicio es muy inestable y consecuentemente sus desajustes son frecuentes y muy fácilmente utilizables políticamente.

Pueden ocurrir las siguientes siete eventualidades, que excepto la primera las demás desajustadas: 1) coincidencia entre necesidad, demanda y servicio (situación ideal) 2) que haya necesidad y demanda pero no servicio (insatisfacción objetiva), 3) que haya demanda pero no necesidad ni servicio (insatisfacción subjetiva no onerosa para los ciudadanos contribuyentes) 4) no haya necesidad pero sí demanda y servicio (despilfarro) 5) haya servicio pero no demanda ni necesidad (despilfarro) 6) haya necesidad y servicio pero no demanda (desinformación) y 7) haya necesidad pero no demanda ni servicio (injusticia).

Los ciudadanos eligen al gobierno, directa o indirectamente, es decir a los que dese-

an que hagan de propietarios por delegación suya, y eligen a los que suponen les van a dar mejor servicio con menor carga impositiva y que además disponen de mayor credibilidad. La credibilidad consiste en que las palabras y los hechos coincidan, y últimamente la credibilidad política en España es escasa, pues el partido que era gobierno negó la crisis económica y los ciudadanos le mandaron a la oposición y quien era oposición la puso de gobierno al prometer bajar los impuestos. Resultó que la crisis existía, los impuestos subieron, la diferencia entre ricos y pobres se hizo mayor, se destapó la insoportable corrupción y la desconfianza se instaló en los ciudadanos. En tales circunstancias, añadidas a que se ha limitado o contenido el gasto sanitario público, ha sido imposible conseguir la anhelada paz socio-laboral y evitar los líos. Ahora parece que la crisis amaina, los impuestos disminuyen y se castiga a los corruptos. Falta conocer y evaluar si los resultados sanitarios son conformes al gasto y en relación a los países de nuestro entorno. Para ello son imprescindibles las cifras. Muchas de ellas puede encontrarlas el lector en esta misma revista en un reciente artículo titulado "Un poco de paciencia. Datos para opinar, dialogar, negociar y decidir". (El Médico N° 1153. Abril 2014; 12-20).

Tanto el gobierno como la oposición saben que el modelo sanitario se adapta al modelo social. Así lo atestigua la historia. En tiempos remotos la enfermedad se consideraba causada por el pecado y en consecuencia la terapéutica adecuada era la oración, por lo que los enfermos acudían a los templos a rezar. Luego a los monasterios. Más tarde, con las peregrinaciones aparecen grandes hospitales/monasterios: San Marcos en León y Reyes Católicos en Santiago, hoy excelentes paradores de turismo. Es decir, asistencia por caridad cristiana. La Revolución Francesa, de 1789, proclama como derecho la asistencia sanitaria y aparece la beneficencia, asistencia pública, que realiza su actividad en hospitales civiles que antes hacían aquellos monasterios. En 1883



Bismarck establece los seguros sociales, financiados con cuotas, y se inician los hospitales del seguro. Con la revolución bolchevique de 1917 se nacionaliza todo su aparato sanitario. En 1945 Beveridge en Inglaterra propone y se acepta el Servicio Nacional de Salud y se financia con impuestos, y en España en 1986 el ministro Ernest Lluch propone y se aprueba la Ley General de Sanidad que crea el Sistema Nacional de Salud, también financiado con impuestos. Simultáneamente, los descubrimientos sanitarios condicionan, incluso, el diseño hospitalario. Pasteur descubre los microbios como causantes de las infecciones y los hospitales se construyen en pabellones y así se aísla a los enfermos. Fleming descubre los antibióticos y se construyen en monobloque. Mejora el funcionamiento de los ascensores y, a la vez, sube el precio del suelo, se construyen en vertical. Se desarrolla la tecnología radiológica diagnóstica y terapéutica, así como el laboratorio, la cirugía, la asistencia urgente y se sitúan en edificios propios. Ahora la cronicidad y las TIC modificarán la planificación, la

gestión y hasta el diseño. En cambio los sentimientos de amor, padecimiento, ayuda, tristeza, alegría, solidaridad, odio, rencor, soledad etc., siguen afectando al ser humano como siempre. De ahí su desconcierto, incertidumbre e insatisfacción. De las emociones básicas la más influyente es el miedo y la peor de todas ellas el miedo a la muerte. De ahí la importancia del sistema sanitario.

Ahora la gente ya no cree en las promesas, sólo en los resultados. El gobierno y la oposición harán bien en no olvidarlo. El individuo está mejor informado, es analítico, en incluso muchos aplican el muy recomendado verso de R. Kipling: conservo seis honestos servidores que me enseñaron cuanto se, sus nombres son: qué, por qué, cómo, cuándo, dónde y quién.

Ojo con las promesas electorales que luego hay que cumplir y de no hacerlo las urnas lo penalizan, y a la tercera se llega al desafecto político con aumento de la abstención. Como dice el popular refranero: una cosa es predicar y otra dar trigo ■



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

Autor | Manuel Martín García. Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de España

La creación de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria está asociada a la necesidad de cambiar la forma de abordar los problemas de salud teniendo en cuenta sus determinantes epidemiológicos y medioambientales, el nuevo patrón de la morbi-mortalidad, el crecimiento de las desigualdades y los avances científicos y tecnológicos que han favorecido la fragmentación de la atención, el incremento del gasto y de la iatrogenia.



Manuel Martín García

Las características básicas de la nueva especialidad de Medicina Familiar se orientan a garantizar la accesibilidad, coordinación, integralidad, y la longitudinalidad de la atención, con una perspectiva humanística, integral, integrada y de búsqueda de la eficiencia.

Esta especialidad es la consecuencia de tres determinantes:

1. La necesidad de aplicar las recomendaciones de la Conferencia de la OMS de Alma Ata, suscrita por el gobierno español, de cambiar los modelos sanitarios orientándolos a la promoción, la participación e implicación social y la Atención Primaria.

2. La llegada de la democracia que planteó la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud público que garantizara el derecho universal a la salud, equitativo, democrático, participativo, redistributivo y sostenible.
3. El desarrollo de los contenidos de la Ley General de Sanidad que otorgaba a AP el papel protagonista como base y eje del Sistema Nacional de Salud.

El proceso de desarrollo de la Medicina Familiar en España

El Gobierno español acometió el proceso

de reforma sanitaria con una serie de medidas legislativas de naturaleza complementaria:

- En 1978 se aprueba el mapa sanitario que desarrolla la descentralización del sistema y su ordenación territorial, algo esencial para desplegar los servicios de Atención Primaria.
- En 1983 se modificó el acceso a la especialidad y se barema la Medicina General contemplando como mérito preferente para acceder a una plaza de Atención Primaria del sistema público la especialización en

Medicina Familiar y Comunitaria.

- En 1984 se procede a la jerarquización de las instituciones sanitarias abiertas y a la creación de las estructuras básicas de salud que delimitan las zonas de salud, centros de salud integrales de base poblacional y territorial y los equipos de Atención Primaria de carácter multidisciplinarios. La jerarquización modifica el estatuto jurídico del personal sanitario estableciendo la vinculación laboral del personal del sistema y creando la figura de enfermería de Atención Primaria.
- En 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad que dotó de un marco jurídico al sistema sanitario, asignando a la Atención Primaria la función de base y eje del mismo.

Un nuevo modelo de Atención Primaria

El nuevo modelo incrementó el horario de trabajo de dos horas y media a una jornada completa de 8 horas; mejoró la capacidad resolutoria de la AP al dotar a los facultativos de habilidades médicas quirúrgicas, de salud pública y de salud comunitaria y facilitando el acceso a pruebas diagnósticas como radiología, laboratorio, espirometría, o ECG; levantó los centros de salud como estructuras físicas y poblacionales para los equipos interdisciplinarios; introdujo el uso de documentación clínica especialmente la historia clínica; e introdujo el trabajo por programas y protocolos dirigidos a los problemas de salud de mayor prevalencia.

Este cambio de modelo fue paralelo a la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con formación MIR; a la puesta en marcha de un sistema de formación continuada para el reciclaje a los médicos generalistas; y a la incorporación de nuevos profesionales a los equipos como pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos de salud, veterinarios, administrativos, etc.

Probablemente una de las decisiones más trascendente para el cambio en la Atención Primaria fue la dedicación exclusiva a tiempo completo de los médicos y trabajadores; la utilización de la historia clínica y de sistemas de documentación y registro específicos; y la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en los propios centros de salud.

En este desarrollo tuvo un papel esencial el Decreto de creación de Estructuras Básicas de Salud (de 1984, dos años antes de la Ley General de Sanidad) que delimi-

tó las zonas básicas de salud en base a un territorio y una población determinada; creó los equipos multidisciplinarios y los centros de salud como estructura física común para todos los trabajadores de AP; estableció la necesidad de coordinar la Atención Primaria con los hospitales; la integración de las actividades curativas, de promoción, prevención y rehabilitación; y la incorporación a los centros de salud de actividades de formación, docencia e investigación.

La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria planteó la ne-





cesidad de incorporar la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) a la universidad, garantizar su formación práctico-superpervisada de acuerdo al modelo MIR en los nuevos centros de salud, y crear una estructura que facilitara el reciclaje de los médicos generales y del personal de enfermería que no tuvieron la oportunidad de acceder a esta formación.

1. La formación en Medicina Familiar y Comunitaria en la universidad

Los avances técnicos, científicos y tecnológicos en la Sanidad han cambiado la asistencia sanitaria y la forma de abordar los problemas de salud. Este avance tecnológico ha tenido una gran influencia sobre la docencia en las universidades hegemónicas por la súper-especialización, la fragmentación del conocimiento y de la formación médica, que impregna los conocimientos y actitudes de los nuevos profesionales, y los aleja de una concepción de la Sanidad basada en la atención integrada de los problemas de salud que en gran parte tienen una etiología multifactorial.

Todo esto plantea la necesidad de equilibrar la formación universitaria entre el modelo hospitalario centrado en la enfermedad y lo biológico, y el comunitario, holístico, centrado en la persona, la familia, la comunidad y lo bio-psico-social. Por ello la Medicina Familiar y Comunitaria se ha ido incorporando a numerosas facultades de Medicina de todo el mundo. La Conferencia OMS-WONCA de Ontario en 1994 dedicada a la enseñanza de Medicina Familiar y Comunitaria acordó que ésta debería enseñarse en todas las universidades para proporcionar un equilibrio Medicina general/Medicina especializada. Entre sus recomendaciones cabría destacar el que todas las universidades deberían tener un departamento de MFyC; todas las materias enseñadas de-

berían incluir la dimensión general como la interconsulta, atención compartida, alta de especialista y seguimiento; se deberá poner énfasis en enseñarla desde las consultas de Medicina de Familia; todos los estudiantes deberán experimentar la continuidad de la salud individual y la enfermedad en la comunidad; se incorporarán un número apropiado de médicos de familia como profesores universitarios; y se facilitará a los alum-

nos una elección informada de la especialidad.

La OMS considera que la Atención Primaria debería ser el núcleo principal de los sistemas sanitarios, dado que la AP se

asocia con menores costes de atención, mayor satisfacción de la población con los servicios sanitarios; niveles más elevados de salud de la población y menor utilización de medicamentos.

El plan de estudios para título universitario de 1990 estableció la necesidad de incorporar a la formación de los nuevos facultativos/as la influencia del comportamiento y el entorno sobre la salud-enfermedad y la relación entre enfermedad y prevención, que sólo se encuentra dentro de la MFyC.

En España desde mediados de los años 80 las facultades de Medicina ofrecen a sus alumnos prácticas en centros de salud (asociados a la universidad por convenios) y seminarios impartidos por profesores asociados. En algunas universidades se ha introducido la asignatura de MFyC y creado cátedras de Medicina Familiar (aunque son financiadas por laboratorios farmacéuticos, y alguna sociedad profesional), y no hay departamentos de MFyC en ninguna facultad.

La asignatura de Medicina familiar ha tenido un desarrollo escaso y limitado

El 72 por ciento universidades ofertan la

asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria, aunque en la mayoría es optativa (solamente en dos tiene carácter obligatorio). Como consecuencia es elegida por muy pocos estudiantes (en la mitad es elegida por un 11-25 por ciento de los estudiantes, en una tercera parte por el 10 por ciento y tan solo en el 20 por el 50 por ciento). Los créditos por cursar la asignatura no superan el 2,5 por ciento del total y su media de tiempo es de unas escasas 33 horas.

La mayor parte de las clases son impartidas por médicos de familia, con la colaboración de algunos internistas y pediatras, siendo el promedio de profesores con especialidad en Medicina Familiar de 14 por facultad.

En cuanto a las prácticas en centros de salud, el 95 por ciento de las universidades tienen conciertos con centros de Atención Primaria, siendo obligatoria en todas las rotaciones por los mismos. La estancia en los centros de salud es de 17 días, y los créditos asociados (7,3). Representan el 5 por ciento de los de toda licenciatura. En un 65 por ciento la rotación es coordinada por un médico de familia.

La oferta de actividades docentes universitarias relacionadas con la especialidad es heterogénea, escasa y puntual fundamentalmente en programas de doctorado, master postgrado, cursos en habilidades en entrevista clínica o comunicación. Ubicándose los especialistas en Medicina Familiar en el escalón más inferior como profesores asociados.

Los estudiantes de Medicina rechazan cursar esta especialidad a pesar de que es una de las que más les atrae profesionalmente

La Medicina Familiar ocuparía el 10º lugar de 36 especialidades, cuando se les pregunta por las que más les gustaría ejercer. Y el segundo lugar cuando se les pregunta por las tres que más les atraen (ver tablas 1 y 2).

Sin embargo al elegir la especialidad la

Tabla 1. Lugar que ocupa la MyF entre las especialidades favoritas para ejercer

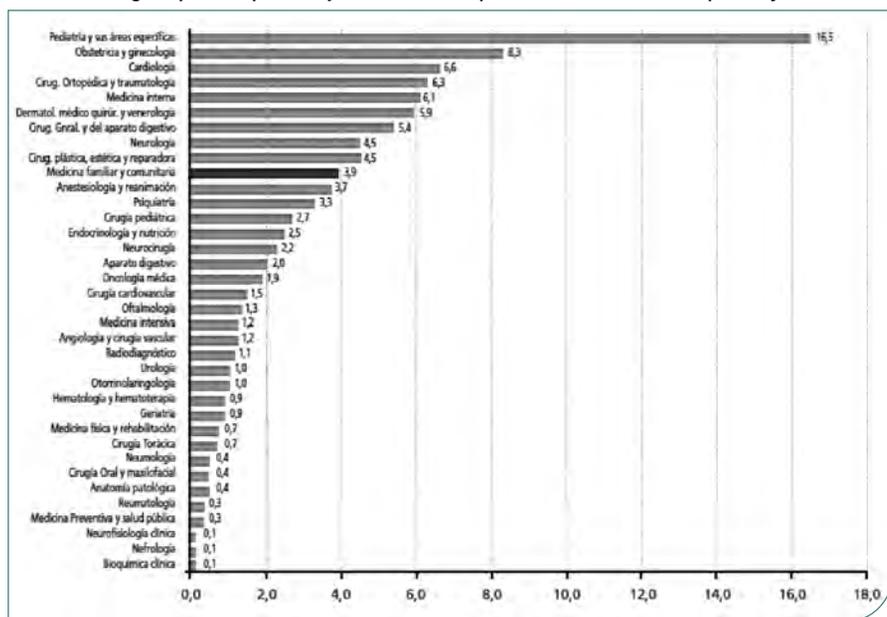
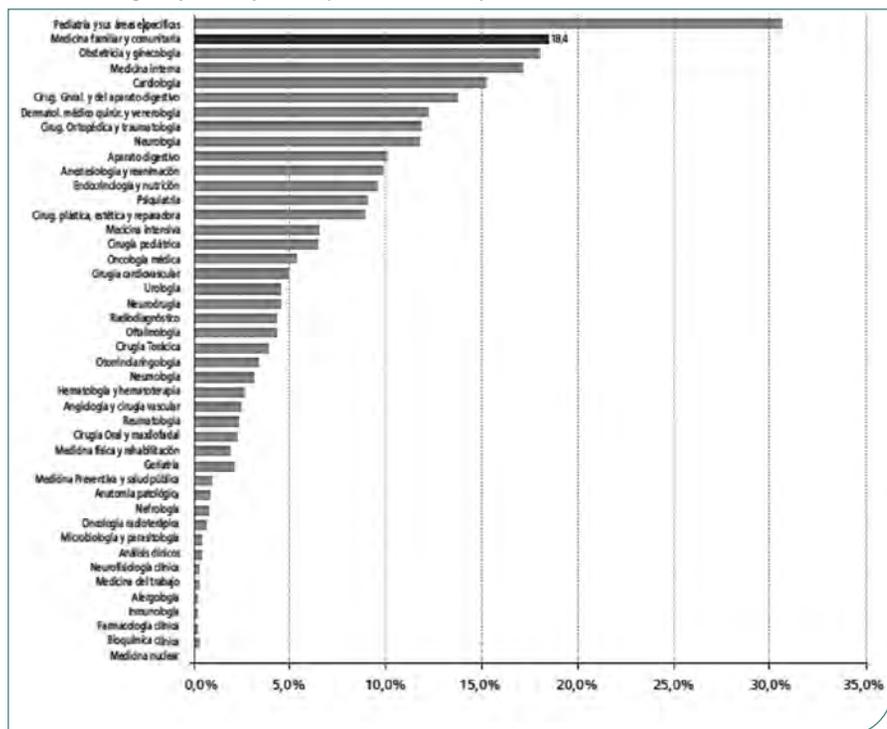


Tabla 2. Lugar que ocupa la MyF entre las especialidades más atractivas



MFyC queda relegada a los últimos lugares. En la convocatoria del año 2010-2011 tan solo el 5 por ciento de los que eligió MFyC estaba por encima del puesto 3.419 y el 50 por ciento por encima del puesto 6.297.

Esta paradoja tiene que ver con los factores que influyen en el ejercicio profesional, como las condiciones laborales, el horario, las vacaciones y la posibilidad de compatibilizar la vida profesional y personal, el reconocimiento de los pacientes,

las posibilidades de promoción profesional, la seguridad en el empleo, la retribución económica, las posibilidades de investigar, y el prestigio y reconocimiento por los compañeros y la sociedad.

La Medicina Familiar es escogida en los últimos lugares como consecuencia de que los factores que más influyen en la decisión de la elección de los estudiantes son el reconocimiento social y profesional (asociado a la fascinación por las tecnologías), la posibilidad de conseguir mayores ganancias y la oportunidad de compatibilizar la práctica pública con la privada. (Tabla 3)

Algunas medidas para afrontar la falta de atractivo de esta especialidad en unos momentos en que es más necesaria que nunca al estar el sistema sanitario sometido a serios recortes (con la coartada de la crisis económica) que exigen la eficiencia, reducir medicalización y controlar el gasto innecesario: Hacer obligatoria la asignatura; crear departamentos de Medicina Familiar en todas las universidades; ampliar el tiempo de la asignatura y su peso en el currículum docente; incorporar especialistas de familia como profesores universitarios; mejorar la remuneración; hacer compatible el ejercicio público y privado; mejorar la capacidad resolutoria de la AP eliminando las limitaciones de acceso a los recursos diagnósticos; y potenciar el papel de la AP en la gestión de los procesos asistenciales.

2. La formación de especialistas en MFyC dentro del programa MIR

La especialidad se creó en 1978, con una duración de tres años, ampliada posteriormente a 4, con rotaciones por hospitales y centros de salud. El número de plazas de formación en MFyC es la más elevada con el 28 por ciento ofertadas.

En el modelo MIR, la especialización se desarrolla de manera programada y tutelada en la práctica, con la implicación progresiva del residente en la realización de las actividades asistenciales, supervisado/a por



Tabla 3. Condicionantes para elegir la especialidad de Medicina de Familia

Especialidad	Probabilidad de encontrar trabajo	Horario, condiciones laborales	Reconocimiento por los pacientes	Reconocimiento social y por los colegas	Desarrollo profesional
La elegida en primer lugar ^a	76,4%	6,30	7,43	7,23	7,96
MFyC	84,39%	7,77%	8,88	3,96	5,09

tutores, en hospitales y centros de salud debidamente acreditados, y sometidos a evaluación continuada para controlar y mejorar la calidad de su formación.

Las condiciones de los MIR en formación es de dedicación a tiempo completo a la formación, a través de una relación laboral especial que finaliza al terminar el período formativo, retribuida por salario, con una duración marcada por el programa formativo de cada especialidad (4 años para Medicina Familiar y Comunitaria), su evaluación se lleva a cabo con el libro del residente (donde se registran todas las actividades realizadas lo que permite evidenciar el aprendizaje cualitativo y cuantitativo realizado).

La evaluación del residente es realizada anualmente y al final del programa por un comité de evaluación, mediante entrevistas del tutor con el residente cada tres meses y a través del libro del residente donde se registran las actividades realizadas. Todo esto es posible realizarlo gracias a la existencia de objetivos fijados previamente que permiten la valoración de los progresos y las competencias adquiridas en el desempeño.

La regulación de la especialidad se llevó a cabo a los largo de varios años con diferentes instrumentos legislativos

- En 1978 se estableció el sistema de residencia unificado para formar médicos especialistas.
- En 1979 se estableció el acceso al MIR a través de una prueba única nacional.
- En 1984 se reguló la formación de

especialistas y la obtención del título de todas las especialidades por residencia y por escuela. También se regularon los programas formativos, los requisitos para acreditar centros y unidades docentes, y la responsabilidad de los residentes en su formación.

- En 2003 se reguló la ordenación de todas las profesiones sanitarias; y en 2006 la relación laboral especial de los médicos residentes.

Recursos del programa de formación en MFyC

- Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC. Entre sus cometidos están el establecer el programa de la especialidad, los criterios de evaluación de residentes y unidades docentes, elaborará informes y los planes integrales de la especialidad.
- La Comisión de Docencia formada por tutores coordinados por la figura del tutor principal (especialista acreditado planifica, orienta, supervisa y evalúa al residente), incentivos económicos de tiempo y carrera profesional.
- La Comisión Local de Docencia (integrada por el jefe de estudios y los tutores de cada centro) encargada de planificar, gestionar y supervisar la formación de los residentes.

El acceso a la formación MIR se realiza mediante una oferta de plazas de formación anual por CCAA (necesidad especialistas y presupuestos), que tiene un carácter único y nacional. La prueba com-

bina conocimientos teóricos y prácticos, y habilidades clínicas y comunicativas. Se lleva a cabo a través de un test multi-respuesta de 225-250 preguntas e imágenes y casos clínicos. El 90 por ciento de la puntuación son los resultados del test y el 10 por ciento currículo académico del alumno en la universidad.

Algunos resultados asociados a la MFyC

Gracias a la creación de la especialidad, la Atención Primaria ha experimentado una importante consolidación y mejorar dentro del sistema sanitario que se evidencia en una enorme mejora de la calidad asistencial y de la oferta de servicios; en el avance del desarrollo científico y tecnológico de la AP; en un incremento de la capacidad resolutoria de los médicos de familia de la MFyC que se hacen cargo y resuelven el 90 por ciento de la demanda asistencial del sistema sanitario público; y la creación de más 25.000 especialistas.

La AP publica infinidad de revistas, libros, monografías; realiza cursos, talleres, ha creado grupos de trabajo, realiza congresos (el anual de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria congrega a más de 6.000 participantes cada año); realiza actividades de investigación y docencia, etc.

El programa docente de MFyC desarrolla 5 áreas de competencias

- Básicas y esenciales: Comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención, y bioética.
- Atención al individuo.
- Atención a la familia.

Tabla 4. Oferta plazas facultades de Medicina y ofertas plazas MIR

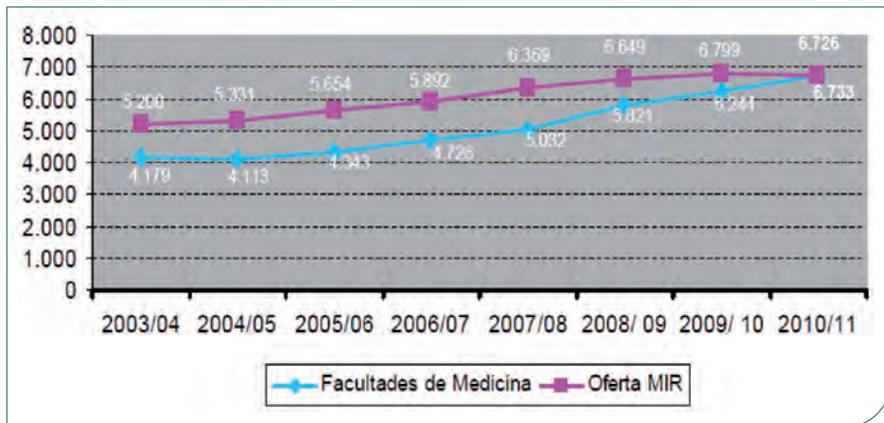
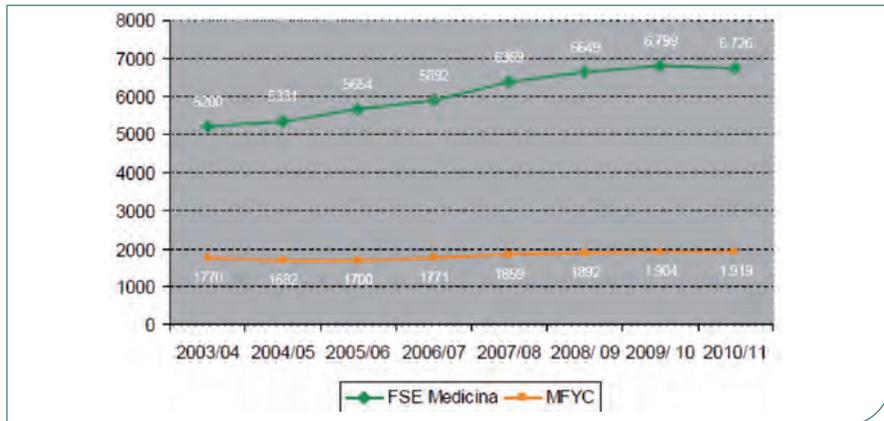


Tabla 5. Oferta plazas facultades de Medicina y oferta plazas MIR de MFyC



- Atención a la comunidad.
- Formación continuada e investigación.

El programa docente se desarrolla a lo largo de cuatro años

- Primer año: Rotación por el centro de salud, 3-6 meses, Medicina Interna y especialidades 5-8 meses, vacaciones 1 mes, guardias en servicios de urgencias de hospital, autoaprendizaje, clases, trabajos y talleres.
- Segundo y tercer año: Rotaciones Medicina Interna y especialidades medicas y quirúrgicas... 8 meses, rotación en centro de salud rural 3 meses, rotación en Pediatría 3 meses, rotación en Salud Mental 3 meses, Ginecología 3 meses, vacaciones 2 meses, guardias en urgencias hospital, autoaprendizaje,

clases/trabajo en grupo/talleres.

- Cuarto año: Rotación en centro de salud 11 meses, vacaciones 1 mes, guardias, autoaprendizaje, clases/trabajo en grupo/talleres.

Las rotaciones son un aprendizaje de campo, que consiste en colocar al residente en una situación real para adquirir y comprender la complejidad de las funciones y toma de decisiones en Atención Primaria.

Forman parte de este aprendizaje en la práctica

- La observación directa, en la que el residente ve lo que hace y cómo lo hace su tutor.
- Intervenciones tutorizadas en las que

el residente realiza las actividades en presencia del tutor.

- Intervenciones directas, no supervisadas directamente por el tutor, que evalúa posteriormente la actuación en base a la información registrada en la historia clínica.
- Auditoría de las historias clínicas de los residentes, recogida de la opinión de los pacientes, del resto de los compañeros del equipo del centro de salud o del nivel hospitalario.
- Vídeo-grabaciones realizadas en la propia consulta (con consentimiento del paciente) y posterior análisis de la información grabada.

La metodología docente recomendada se basa en un desarrollo flexible del programa

Autoaprendizaje

- Lectura de publicaciones secundarias (Cochrane, Bandolera, Atención Primaria).
- Conocimiento de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Análisis de trabajos publicados que planteen problemas éticos de diseño y aplicación.

Aprendizaje de campo

- Seguimiento tutorizado de un proyecto de investigación.
- Presentación de sesiones clínicas.
- Presentación de comunicaciones a congresos.

Clases

- Clases sobre metodología de la investigación, epidemiología, estadística, Medicina basada en pruebas.

Trabajo grupal

- Ejercicios sobre casos reales.
- Presentación y discusión de artículos en sesiones bibliográficas periódicas.
- Discusión en sesiones de metodología aplicada a las propuestas de cada residente.
- Grabaciones de situaciones reales o simuladas.



Talleres

- Seminarios con práctica real con ordenador.
- Seminarios de lectura crítica a lo largo de toda la residencia.

Pese a los éxitos alcanzados existen problemas y riesgos de deterioro del programa de formación en Medicina Familiar y Comunitaria docente MIR

- Si tenemos en cuenta la media de puntuación de los estudiantes que elegían Medicina Familiar y Comunitaria en la convocatoria MIR 2004-2005 la especialidad ocupaba el puesto 38 de 47 especialidades. En la convocatoria de 2010-2011 retrocedió al puesto 44 de 47.
- El 19 por ciento de los residentes de MFyC abandona la especialidad para volver a presentarse al examen y cambiar de especialidad, el 39 por ciento de los residentes abandona en el primer año y el 32 por ciento en el segundo, a pesar de que estos corren un elevado riesgo ya que el 39,8 por ciento no consiguieron una plaza mejor.

Esta elevada tasa de abandono obliga a plantear los problemas de la rotación en Medicina de Familia

- El funcionamiento de los centros de Atención Primaria ha sufrido un importante deterioro en los últimos años como consecuencia de las restricciones de recursos y las trabas de acceso a los recursos diagnósticos desde la Atención Primaria.
- En la mayor parte de las unidades docentes no se desarrolla plenamente el programa, sobre todo en los aspectos comunitarios. En la actuación de los centros de AP se potencia los aspectos clínicos en detrimento de los relacionados con las actividades de promoción y de intervención comunitaria. Esta situación desanima y frustra a los residentes y les hace volver sus ojos al hospital ya que la clínica se hace mejor y con más recursos en las especialidades hospitalarias.

- Existe una evidente fascinación por las tecnologías y los hospitales, tanto de los usuarios como de los propios profesionales médicos, situación a la que contribuye de manera importante la prensa médica y profesional que destaca los resultados de aplicar las tecnologías más avanzadas en lugar de los logros de la promoción y prevención.
- El deterioro, desmantelamiento y privatización del sistema público, como consecuencia de las políticas neoliberales que han encontrado en la crisis una gran justificación para introducir recortes. El gasto sanitario público ha descendido un 11 por ciento, especialmente el de Atención Primaria que ha descendido por debajo del 12 por ciento cuando debería estar en el 25 por ciento del gasto sanitario total. La falta de poder de la AP explica esta situación.

Nuevos riesgos que ponen en duda el futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria

- La huida de médicos de familia a otras especialidades como Urgencias, muy potenciadas en el sistema con unas buenas condiciones de trabajo tanto en buenos salarios, como en días de descanso.
- La creación de unidades de gestión clínica, entidades organizativas que pretenden transformar los actuales servicios sanitarios en empresas con autonomía de gestión y presupuesto, con capacidad para vender sus productos a otros servicios y otros hospitales (vinculando los incentivos salariales de los médicos que las integran a los ahorros generados) fraccionando así los hospitales en múltiples entidades empresariales compitiendo entre sí. En este escenario de mercado, la Atención Primaria quedará relegada a la función de portera (con la finalidad de realizar una selección de riesgos para las empresas hospitalarias) perdiendo su papel de controladora de los procesos y de los pacientes en su circulación por el sistema que marcaba

la Ley General de Sanidad.

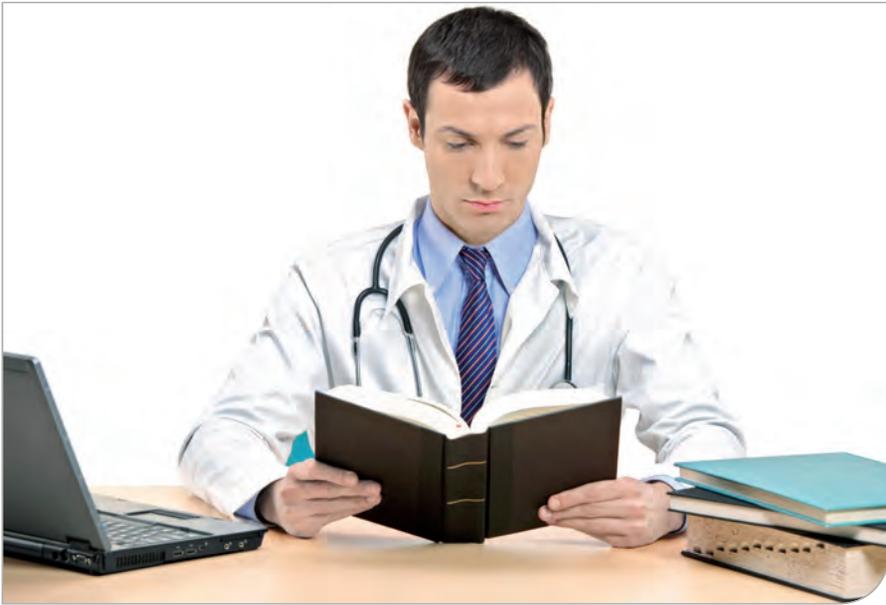
- La troncalidad con la que el Gobierno pretende crear nuevas especialidades abriendo la posibilidad de re-especializarse tras dos años de ejercicio profesional en áreas de capacitación específica, lo que permitiría a los médicos de familia especializarse en Urgencias o Medicina Paliativa.
- Cambios en la prueba de acceso al MIR. Cada año el examen es más fácil y se han introducido cambios en el sistema de puntuación reduciendo el peso del examen y potenciando la puntuación por currículo académico (lo que favorecerá a las universidades privadas, donde el estudiante que paga sus estudios podrá ver incrementada la puntuación académica, cosa imposible en las universidades públicas).

Papel de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en la introducción, desarrollo y mejora de la especialidad

La sociedad tuvo un papel fundamental en el desarrollo y consolidación de la nueva especialidad. La creación de la nueva especialidad fue recibida con enorme suspicacia y rechazo por los médicos generalistas, sin formación MIR, con unas condiciones de trabajo muy precarias y acientíficas (ya que no existía hasta ese momento un sistema de formación continuada que actualizara y mejorara los conocimientos adquiridos en una universidad dominada por la enseñanza teórica de especialidades clínicas). Este colectivo tuvo que consolidar la especialidad, movilizarse para que se crearan y dotaran adecuadamente los nuevos centros de salud comunitarios con capacidad docente.

También tuvo un papel protagonista en la regulación de la formación MIR, la obtención del título y el reconocimiento del título de MFyC como mérito importante en el baremo para el acceso a las nuevas plazas asistenciales.

La semFYC ha desarrollado desde su creación actividades formativas como cursos,



seminarios, talleres, grupos de estudios, realización de informes sobre temas relevantes para la MFyC, etc. Edita una revista dedicada a la Medicina Familiar a nivel nacional y algunas en las diferentes Comunidades Autónomas (tiene una estructura federal siguiendo el modelo de Estado y de servicios sanitarios descentralizados). Organiza un congreso nacional anual (al que asisten más de 6.000 participantes) y congresos en cada Comunidad Autónoma. La semFYC participa en la Comisión Nacional de la Especialidad y en los planes de formación de las administraciones sanitarias. Con todo, dentro de la semFYC existen contradicciones y conflictos por motivos de intereses o de ideología.

Los enfrentamientos entre los nuevos especialistas en Medicina de Familia y los generalistas dieron origen a la creación de dos asociaciones cuyo objetivo inicial fue oponerse a la nueva especialidad y posteriormente a su reconocimiento como mérito en los baremos para adjudicar plazas en AP, aunque posteriormente el conflicto se ha ido atenuando, existiendo incluso espacios de colaboración.

El desarrollo de la Medicina Familiar en España sería impensable sin la semFYC, pero también sin el esfuerzo de otras organizaciones como la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, la Red Española de Atención Primaria o el Grupo CESCA, que han contribuido

activamente a movilizar esfuerzos y voluntades para potenciar la especialidad ■

Bibliografía

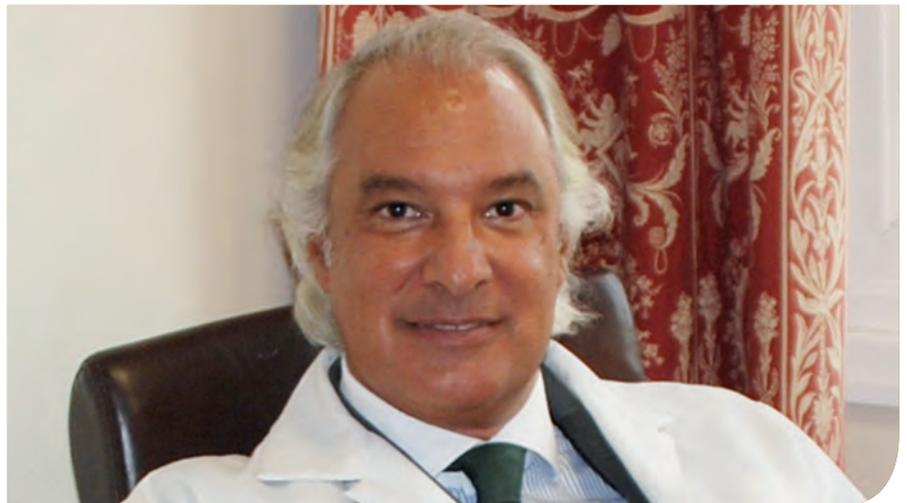
1. Amado Martín Zurro et al. Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. Vol. 43. Núm. 04. Abril 2011 Documento Anterior - Documento Siguiendo doi: 10.1016/j.aprim.2010.06.004.
2. M.V. Martín San Miguel y J.L. Delgado. Medicina de Familia e la Universidad. Ad Aten Primaria Vol 17 Pag 235-236. Año 2010.
3. V. Casado Vicente. Formación pregrado La Medicina de Familia y comunitaria: Una asignatura de la Universidad española. Medifam versión impresa ISSN 1131-5768. Medifam v.12 n.2 Madrid feb. 2002. <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002000200004>.
4. Programa de la asignatura de "Medicina Familiar y Comunitaria" Departamento de Medicina, Universidad de Medicina. Universidad de Sevilla.
5. Vicente Ortun (dir) La Refundación de la Atención Primaria. Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona 2011.
6. Casado V, Bonal P. La formación pregrado a debate. En: Prieto A. Medicina familiar y comunitaria. Libro del año. Madrid: Saned, 1997.
7. Lorenzo-Cáceres A, Calvo E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad española? Aportaciones de la Atención Primaria. Medifam 2001; 11: 275-88.
8. Conferencia OMS-WONCA La Contribución del Médico de Familia. Ontario: 6-8 noviembre 1994.
9. OCDE Nouvelles Orientations dans la politique de santé. Études de Politiques de Santé nº 7. OCDE. París 1995.
10. OMS Carta del médico general/médico de familia en Europa. OMS. Oficina Regional Europea. Copenhague, 1995. EUR/ICP/GPDV 94 01/PBO1.
11. Comisión Europea: Comité Consultivo para la formación de médicos. Directiva XV/E/8443/2/95-ES. Bruselas, 1996.
12. Bonal P, et al. Aportaciones de la Medicina de Familia a las Facultades de Medicina de España. Educación Médica 1999; 2(3): 148.
13. Bonal P, et al. Medicina de Familia y Universidad. Universidad de Sevilla. 1999.
14. Bland C, Stritter F. Characteristics of effective family medicine faculty development programs. Family Medicine 1988; 20 (4): 282-4.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo: Sistema nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y Cifras. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995.
16. semFYC. Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 1998.
17. Amado Martín Zurro et al. Los estudiantes de Medicina españoles y la Medicina de Familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal Vol. 45. Núm. 01. Enero 2013.



Capital humano: un valor añadido en la asistencia sanitaria

Autor | Manuel de la Peña. Presidente del Instituto Europeo de Salud y el Bienestar Social

Los cambios kafkianos que ocurren a nivel mundial y que están asociados al fenómeno de la globalización están mostrando cada vez más una mayor demanda de servicios de salud, y con más motivo la gestión del cambio implica ser capaces de producir un proceso de innovación permanente en la acción de las organizaciones. Los paradigmas del management, con esta base filosófica de sustentación, han de ser capaces de corresponsabilizar a los profesionales sanitarios con el fin de generar un consenso acerca del compromiso del factor humano con los procesos de mejora continua de los sistemas de salud, porque, sin duda, “la esperanza es el sueño del hombre despierto” como dijo Aristóteles.



Manuel de la Peña

Los nuevos paradigmas de los sistemas de salud deben ser particularmente fuertes en el ámbito del diseño estratégico, ya que su planificación tiene un gran impacto sobre el proceso global de modernización. Me refiero, en concreto, a la necesidad de darle más importancia a la "visión", "misión", "valores organizacionales" y "líneas estratégicas de acción", ya que “el sol no se ha puesto aún por última vez”, como diría Tito Livio.

Es esencial contar con una "visión" clara, aceptada y comprendida del entorno y de la organización, en un horizonte temporal extendido que haga posible declarar y validar una "misión", cualquiera

que sea, ya que posibilita hacer juicios de coherencia, consistencia y "rentabilidad"

Otro aspecto esencial del cambio consiste en la evolución de un sistema reactivo y pasivo hacia uno proactivo que interviene de forma anticipada para prevenir las enfermedades

de los proyectos de desarrollo de la organización así como de las actividades operativas de la misma. En caso contrario,

para cualquier organización, significaría cometer errores, generar conflictos y soportar costes. Esto es especialmente grave en organizaciones donde lo que está en juego es la salud y la vida de seres humanos, y para ello “es lícito aprender hasta del enemigo” como sugería San Mateo.

Empowerment: gestionando el cambio cultural

La transformación cultural es condición *sine-qua-non* del éxito de cualquier proyecto de modernización de un sistema de salud. En las concepciones organizacionales que se derivan de los nuevos paradigmas sobre el ser, hacer y conocer humano, cambiar culturas organizacionales debe ser prioritario, objeto de diseño y perfectamente viable.

Como insistía Séneca, “sin estudiar, enferma el alma” y por ello hay que poner en el centro del proceso de modernización el tema de la cultura y las emociones, que ob-

viamente tiene consecuencias positivas, incluso sobre el aspecto clave de la relación médico-paciente que es un facilitador del proceso de transformación organizacional. Aquí el abandono del paradigma tradicional nuevamente abre un enorme espacio de modernización, erradicando el paternalismo y el autoritarismo para generar una verdadera co-participación de todo el personal en los sistemas de salud. De hecho, uno de los grandes consensos en el management moderno es que, sólo sobre la base de una efectiva participación de todos los integrantes de una organización, se pueden generar las innovaciones requeridas por la competencia permanente y creciente, y sólo así podremos lograr un efectivo "empowerment" del conjunto de los integrantes de los sistemas de salud. Pero "lo más difícil de aprender en la vida es qué puente hay que cruzar y qué puente hay que quemar", como diría Bertrand Russell.

Hacia los sistemas de salud proactivos

Otro aspecto esencial del cambio consiste en la evolución de un sistema sanitario reactivo y pasivo, que espera a los pacientes, hacia uno proactivo que interviene de forma anticipada con la finalidad de prevenir las enfermedades. Este cambio implicará un traslado progresivo de parte de la actividad asistencial que se realiza en los hospitales y centros de atención especializada hacia una provisión de cuidados con mayor peso en el nivel de atención primaria, y en el propio domicilio, en la medida de lo posible, y para ello debemos pensar en lo que decía Confucio "aprender sin reflexionar es malgastar la energía".

El capital humano, principal activo de los sistemas de salud

"Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber", así lo visualizaba Albert Einstein, y este debe ser nuestro punto de partida, ya que se necesita innovar desde



dentro del propio sistema con profesionales comprometidos y dispuestos a trabajar para lograr el cambio. Los profesionales sanitarios de los sistemas de salud constituyen un recurso con alto potencial modernizador si se les confiere el protagonismo de ser los actores centrales del proceso. Si se diseñan y ejecutan los programas de capacitación y motivación adecuados, si se implementan incentivos simultáneamente acordes con la cultura y con el plan estratégico y si todo ello se hace en un contexto de "dignificación" de la profesión sanitaria y revalorización de la asistencia sanitaria, será perfectamente posible alcanzar desempeños organizacionales comparables con los que caracterizan a las mejores empresas privadas de cualquier sector.

El paciente, eje central de los sistemas de salud

El rol del paciente ha cambiado; en la actualidad, solicita cada vez más una mayor demanda de calidad en los cuidados que recibe, más seguridad en las interacciones del sistema sanitario, más integración y coordinación entre los profesionales que les atienden y más eficiencia en la prestación de los cuidados. No se trata de cambiar la estructura de los servicios, sino su

funcionamiento. Se ha producido un cambio en la demanda de los pacientes a la que los profesionales sanitarios debemos dar una respuesta con la máxima eficiencia y seguridad. El objetivo debe ser la mejora continua. Si mejoramos nuestros resultados y mejoramos la percepción del servicio, entonces estamos incrementando el valor para el paciente y si a esto añadimos que reducimos los costes, entonces creamos valor para la sociedad.

Libertad de elección de médico y hospital

"Donde una puerta se cierra, otra se abre" decía Miguel de Cervantes, y llegados a este punto resulta obvio que un proceso de modernización implicaría que el paciente tuviera el derecho a la libertad de elegir a su médico y centro hospitalario o de Atención Primaria que crea más oportuno para curarse. Esto además fomentaría la competencia entre centros y permitiría asignar los recursos vinculados a unos resultados.

La competencia profesional como motor de cambio

Si tomamos como base la declaración de Nelson Mandela que afirmaba taxativa-



mente que “la educación es el arma más poderosa para cambiar el mundo”, ello hace necesario impulsar un modelo de acreditación de competencias profesionales, diseñado y desarrollado de forma consensuada por las organizaciones médicas colegiales, las sociedades científicas y los gobiernos como modelo estratégico de fondo que busque una organización más transversal, flexible y orientada al ciudadano. En este sentido, hay dos dimensiones de la calidad que son fundamentales: la seguridad del paciente y la educación médica.

A través de la gestión por procesos, la gestión clínica y la gestión por competencias, podemos intentar cambiar lo más difícil: la actitud, que está dentro de la cultura de las organizaciones y para ello hay que poner mucho esfuerzo. Los programas de acreditación, certificación y recertificación deben estar enfocados a la excelencia en la asistencia sanitaria y basarse en las buenas prácticas de los profesionales sanitarios con el objetivo de reconocer los logros de estos en su día a día. Se persigue, de este modo, una mejora continua de la atención que se presta a los ciudadanos, así como el constante desarrollo profesional. La acreditación a través de estos desarrollos estratégicos permite convertir ese conocimiento tácito en conocimiento explícito, es decir, clasificable, identificable y transmisible, que podamos ver y evaluar, pero siempre teniendo como referente a Aristóteles que decía que “la inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”.

El manager

Si bien una parte insustituible de la tarea

del buen manager consiste en tomar decisiones racionales, informadas, coherentes y consistentes, este modelo de acción gerencial debe ir respaldado por nuevas interpretaciones de la naturaleza humana que han empezado a emerger, como es el caso de la filosofía y la biología.

El manager debe pilotar la transformación sanitaria generada en tres pilares: innovación en el modelo de gestión, innovación social e innovación tecnológica. Cabe recordar

que los médicos y los profesionales de salud trabajan en un modelo organizativo excesivamente burocratizado donde los costes se incrementan, pero donde la tecnificación no debería sustituir al “arte del médico”, y máxime si reflexionamos sobre lo que afirmaba Benjamín Franklin “dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”.

Escuelas de management: liderazgo

Alguien tiene que tomar el liderazgo y no hay nadie mejor que los profesionales sanitarios. Para ello es imperativo revitalizar las escuelas de management de directivos de salud, identificando y reconociendo a los líderes de opinión y dotándoles de habilidades directivas, y por supuesto siguiendo el axioma de Confucio “me lo contaron y lo olvidé; lo vi y lo entendí; lo hice y lo aprendí”. Por otra parte, lo que sí creo que es importante es conceptualizar la gestión del conocimiento, rescatando como base los valores, principios éticos y la fuerza espiritual como ingredientes que dotan al líder sanitario de una posición carismática.

Impulsar la gestión clínica

La reforma debe enfocarse al desarrollo de la gestión por procesos y a una organi-

zación basada en equipos más horizontales y menos jerarquizados. Uno de los cambios esenciales es el desarrollo de la gestión clínica, la descentralización de decisiones de los equipos directivos a los responsables clínicos y que estos asuman una mayor autonomía y mayor capacidad de decisión, no solo en los aspectos asistenciales, sino en aspectos de gestión, organización y planificación de sus unidades. Las organizaciones deben exigir cambios internos y externos y deben adaptarse a la nueva realidad tecnológica y social. La transformación del actual modelo sanitario pasaría también por la simplificación de la burocracia, la gestión integral de la información clínica y la transparencia, y aquí regresemos a Albert Einstein que decía “yo no enseño a mis alumnos, solo les proporciono las condiciones en las que puedan aprender”.

Pay for Value

Siempre tengo muy presente a Gregorio Marañón, que argumentaba que “la capacidad de entusiasmo es signo de salud espiritual”. Esto nos debe motivar a caminar hacia un nuevo modelo en el que se dé un valor real a la “curación del paciente”. Será necesario invertir mejor, y lo ideal sería retribuir al médico por curar al paciente (pay for value). Este nuevo marco conceptual abriría un nuevo horizonte, donde los pilares de los sistemas de salud sean minimizar los tiempos de espera, mejorar el trato y humanizar la Medicina, involucrando para ellos a los profesionales sanitarios y a las asociaciones de pacientes en la participación continua de la toma de decisiones de los sistemas de salud, tomando como base los aspectos espirituales y filosóficos.

Como hemos podido observar si contamos con los profesionales sanitarios en la toma de decisiones se puede lograr transformar los sistemas de salud, y para ello nada mejor que seguir a Walt Disney que decía que “todos nuestros sueños pueden hacerse realidad, si tenemos el coraje de perseguirlos” ■

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.



La necesidad de implicar a todos los agentes, clave en el avance de la gestión clínica

La gestión clínica es un concepto que está en el debate sanitario desde hace años, pero que reaparece siempre en épocas de crisis, ya que tiene una clara asociación con la eficiencia. Si bien existe una opinión general de apoyo a la misma, lo cierto es que el tiempo pasa y no parece que el Acuerdo Marco firmado entre Gobierno y Foro de la Profesión Médica se haya traducido en nada a efectos prácticos. Según los expertos reunidos en el III Coloquio EL MÉDICO, nada se podrá hacer si no se implica a todos los agentes, es decir, no sólo a médicos, sino también a gestores, y no sólo a la Administración central, sino, sobre todo, a las consejerías de Sanidad.

Texto y Fotos | Silvia C. Carpallo



COLOQUIOS EL MÉDICO

La necesidad de implicar a todos los agentes, clave en el avance de la gestión clínica

Parece que la economía mejora poco a poco y, sin embargo, seguimos asistiendo a múltiples debates sobre la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. No es ninguna sorpresa. Todos sabemos que la crisis del Sistema Nacional de Salud (SNS) no era sólo una crisis coyuntural, sino estructural, y es que aunque la macroeconomía del país mejore, eso no cambia el cambio demográfico de nuestra población, ni el aumento del gasto en la atención a enfermos crónicos, entre otras cuestiones.

Las medidas necesarias para mejorar el sistema han sido puestas sobre la mesa y debatidas hasta la saciedad, pero lo que realmente es necesario es reunir a los principales expertos para llegar a una conclusión: cuáles son los pasos necesarios para ponerse de una vez manos a la obra. Es por ello, que en una nueva edición de los "Coloquios EL MÉDICO", el debate se ha centrado en uno de los temas estrella a este respecto, la gestión clínica. Es decir, empoderar al profesional sanitario e involucrarle de forma real en la toma de decisiones y en la gestión de los recursos.

Un concepto del pasado

Tal y como define el Foro de la Profesión Médica, "la gestión clínica es un modelo

asistencial integrador, colaborativo y multidisciplinario que busca la mejora de la eficiencia y la calidad de la práctica clínica, mediante la transferencia de la capacidad de decisión en la práctica

Hace apenas unos años, cuando la situación económica volvió a ser delicada y la gestión clínica un concepto que simboliza la eficiencia, volvió a ponerse sobre el tapete de profesionales y Administración pareciendo tener el apoyo de todos

tencial". Una definición, que en realidad, viene de una idea que se lleva manejando desde hace mucho tiempo.

Así lo hacía constar el Dr. Carlos Macaya, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) que ya explicaba que antes de las transferencias sanitarias, en los años 90, se trabajó en la creación de institutos o áreas que focalizaban la atención en patologías prevalentes concretas, reuniendo especialidades afines, con el fin de poner al paciente

en el centro no solo del debate, sino del organigrama funcional. "En aquella época, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) autorizaba la formación de lo que se llamaban Unidades Multidisciplinares, utilizando la idea de mejorar en eficiencia", relataba Macaya, que situaba la creación de seis institutos entre las comuni-

dades autónomas de Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Madrid, siendo cuatro de ellos dedicados al área Cardiovascular, uno a Oncología y otro a Digestivo. "Se transfería una responsabilidad y una capacidad para dirigir una serie de recursos, tanto tecnológicos como humanos, todo ello tutorizado por la dirección del hospital", hasta que llegó el 31 de diciembre de 2011 y se finalizaron las transferencias sanitarias.

La desaparición del INSALUD coincidió con una mejora de la economía, con la época de bonanza y de "vacas gordas", "lo que convergió con una política más local y comunitaria", además de una etapa en la que "comienza a politizarse aún más la Sanidad, y la gestión clínica se va abandonando", en pro de otros objetivos mucho más electorales. Surgen entonces modelos en diferentes comunidades autónomas, e incluso algunas Unidades de Gestión Clínica, "pero lo que es la multidisciplinariedad y el llevarlo más allá del hospital, incluyendo la Atención Primaria, fue mucho más complicado". Lo cierto es que tras este proceso, en opinión de Macaya, "hubo cierto abandono por parte de la Administración, pero también por parte de los profesionales, que no se sintieron apoyados".

¿Cómo está la gestión clínica hoy?

¿Cómo está la gestión clínica hoy?

Todo ello nos sitúa en hace apenas unos años, cuando la situación económica volvió a ser delicada, y de nuevo, la gestión clínica, un concepto que simboliza la eficiencia, volvió a ponerse sobre el tapete de profesionales y Administración, pareciendo tener el apoyo de todos. Surge además el debate en torno a cuál debe ser la configuración de las llamadas Unidades de Gestión Clínica, que de nuevo, el Foro de la Profesión Médica define como "unidades asistenciales donde se desarrolla la gestión clínica dependientes del Servicio de Salud correspondiente, dotadas de autonomía de gestión, aunque sin personalidad jurídica propia, en los centros de gestión pública directa;

de configuración y dimensión variable, tanto en Atención Primaria como en Especializada, incluyendo la agrupación de servicios y especialidades afines en una única unidad de gestión; estructuradas en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados, y orientadas a un tipo específico de procesos; con la finalidad de prestar eficientemente servicios clínicos”. En palabras de Carlos Macaya “en estos últimos años ha quedado patente que la gestión clínica es una herramienta necesaria, pero también que no es la única”.

Si hay un momento clave para el avance de la instauración de la gestión clínica es, sin duda, julio de 2013, momento en el que el Foro de la Profesión Médica firmó un Acuerdo Marco con el Gobierno, cuyo tercer punto era precisamente el abordaje de la gestión clínica. Tras el mismo, como exponía Macaya al resto de la mesa, se redactaba un documento de consenso junto con el Ministerio de Sanidad, que recoge en unas 13 páginas las cuestiones más elementales, desde el concepto a cómo llevarlo a cabo. Este documento, además de haber sido muy debatido, ha contado además con una asesoría jurídica, y por ello, el siguiente paso es llevarlo al Consejo Interterritorial del SNS, con el objetivo de elevarlo a la categoría de norma. “Ese documento sirve para crear diferentes unidades de gestión clínica de diferente tamaño, que involucren no solamente al hospital, sino al área de Primaria e incluso redes interhospitalarias, y crear así unidades que configuren unas redes asistenciales para patologías muy concretas”. Para ejemplificar el éxito que podría suponer este tipo de modelo, el presidente de FACME sacaba a relucir que “en la Sanidad privada se lleva la gestión clínica con bastante eficiencia, y lo único que hay que hacer es llevarla al SNS”.

Sin embargo, año y medio después, y tras un parón ocasionado por un cambio en el timón de mano del Ministerio de Sanidad -hay que recordar que el acuer-



do se firmó con el Gobierno y no con el Ministerio- la situación poco ha avanzado. Si bien Carlos Macaya informaba de una nueva reunión el pasado 4 de febrero, en la que el Ministerio se comprometía a sacar este asunto adelante, insistía en que “hay que exigir al Ministerio que lleve adelante en esta legislatura el tema de la gestión clínica, y no que cada consejería reinvente la rueda”. Es por ello que el documento consensuado es un texto genérico, con la intención de que sea adaptable posteriormente por cada CC.AA., para que no cree una legislación individual cada una de ellas por separa-

do. Por último, el presidente de FACME mostraba su preocupación “porque parece que en los momentos de crisis nos acordamos de la gestión clínica, pero que si salimos de la misma, cabe el riesgo de que nos olvidemos de ella”.

Problemas a los que se enfrenta

Si esa es la perspectiva de las sociedades científicas, queda por conocer cuál es la visión de los propios gestores, que para empezar, se sintieron apartados del Acuerdo firmado con el Ministerio, pese a su determinante papel en lo referente



COLOQUIOS EL MÉDICO

La necesidad de implicar a todos los agentes, clave en el avance de la gestión clínica

a esta cuestión. Por ello acudía este coloquio Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). El mismo entendía que la gestión clínica tiene que pasar por un impulso desde diferentes ámbitos. Por la macrogestión, de manera que se impulse un marco legislativo para la misma bajo, el amparo de la consejería de Sanidad y del servicio de salud; por la mesogestión, ya que los equipos directivos deben tener las herramientas que les permitan liderar ese cambio para que el profesional tenga más peso; y por último, desde la propia microgestión, ya que si los profesionales son los que lo van a ejecutar, deben estar convencidos de los beneficios de ello.

Analizando estos tres puntos, Estévez encontraba actualmente más barreras que facilidades a la implementación de la gestión clínica, con equidad en el territorio español. En primer lugar, porque “no hay una legislación adecuada para poder fomentar la gestión clínica”, y es que es difícil pretender que el gestor transfiera al clínico “poderes que él mismo no tiene, y por ello, el

primer punto es que cambien las reglas de juego”. De esta forma relataba al resto de la mesa que el gerente no tiene libertad de gestión como empresa de servicios sanitarios, ya que hay una legislación encorsetada en materia de Recursos

Humanos y Materiales que impide tomar las decisiones que deberían partir desde las Unidades de Gestión Clínica en este nuevo modelo.

Otra cuestión a abordar y a la que Esté-

Joaquín Estévez: “Este Acuerdo Marco lo firma quien no tiene la gestión de la Sanidad, y por tanto qué más dará lo que diga el Ministerio si las CC.AA. no lo asumen en su estrategia de gestión”, apuntando que hay consejerías que no creen en la gestión clínica

territorial no son vinculantes. “Algunas comunidades autónomas sí han avanzado, en el País Vasco, por ejemplo, se llevan a cabo proyectos de gestión clínica desde los 90, otra cosa son las autonomías que se han dedicado más al ladrillo que a las personas, porque pensaban que daban más votos”, exponía el presidente de SEDISA, en una clara alusión a

Manuel Bayona: “Indudablemente son los profesionales los que tienen que tener el protagonismo de la gestión, si los profesionales no se sienten implicados los acuerdos no sirven de nada”

políticas sanitarias como las de la Comunidad de Madrid. Desde esta perspectiva, su conclusión principal era que, más allá de la tardanza que lleva la puesta en marcha del Acuerdo Marco, este “lo firma quien no tiene la gestión de la Sanidad”, y por tanto, “qué más dará lo que diga el Ministerio si las CC.AA. no lo asumen en su estrategia de gestión”, apuntando que “hay consejeros que no creen en la gestión clínica, y algunos lo han manifestado directamente”.

No sólo desde el colectivo político vienen las reticencias, y es que “hay centrales sindicales o colectivos que creen que la gestión clínica es privatización”, hecho en el que ninguno de los asistentes del coloquio estaba de acuerdo, “o se les ha explicado mal, o lo quieren entender mal”.

Así, y teniendo en cuenta la cercanía de las elecciones autonómicas, sentenciaba que “no se va a hacer nada en esta legislatura, si no firman las comunidades autónomas, todo lo que habrá serán experiencias aisladas”. Por lo que desde la perspectiva de los gestores, “lo apoyamos, creemos en ello, pero somos escépticos porque no tenemos fe en quién tiene que ejecutar”.

La opinión de la experiencia

Si estas opiniones se centraban más en un debate teórico respecto al futuro, para ampliar la perspectiva era necesario poner el foco en la realidad de la gestión clínica que se ha venido desarrollando hasta ahora en España. Revisando los datos, una de las regiones donde la gestión clínica ha tenido más desarrollo es, sin duda, Andalucía, ya que existe una amplia implantación de las Unidades de Gestión Clínica (UGC). De hecho, según datos de la Junta de Andalucía en 2012, tras una década de desarrollo e implantación de este modelo organizativo en el sistema sanitario público andaluz, alrededor del 95 por ciento de los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía trabaja ya bajo el modelo de Unidad de Gestión Clínica. Los datos de las Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía son notables, pues el sistema cuenta ya con 273 UGC acreditadas, de las cuales 152 son de Atención Primaria y 121 de Atención Hospitalaria.

Por ello, la opinión del Dr. Manuel Bayona, vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) y también director gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Granada,

resultaba clave en este debate. “La gestión clínica ofrece mayor autonomía organizativa al equipo asistencial, pero a la vez mayor corresponsabilidad. En Andalucía ambas se concretan en acuerdos de gestión, que son evaluados periódicamente, y que contienen objetivos comunes (50 por ciento) y objetivos específicos (50 por ciento), propuestos por los profesionales de la unidad, en función de las áreas de mejora detectadas en la misma”.

El experto explicaba además que la organización del sistema sanitario en torno a unidades clínicas ha permitido, en Andalucía, contar con experiencia suficiente y evidencias que permiten aplicar criterios que contribuyen a la mejora continua, siempre centrados en las necesidades de los pacientes, e implicándoles en la gestión clínica, con participación efectiva. “Sus verdaderos artífices son los profesionales, y es que la gestión clínica son las dos caras de una misma moneda, donde la cara es la clínica, y es lo que se ve, y la cruz, la gestión. Planificación, organización y evaluación de la primera, sustentándose en valores como la equidad, la calidad, buen servicio al paciente y corresponsabilidad social”. Insistía además en recalcar que “este tiempo nos ha permitido realizar una importante labor de evaluación, saber qué ha funcionado y qué no, puesto que hacer por hacer, sin evaluar, no sirve de nada”.

De esta forma Bayona concluía que “la gestión clínica no es ni buena ni mala, ni hay un modelo único, todo dependerá de lo que seamos capaces de aportar como organización y como profesionales individuales, a la adecuación de recursos, tecnología, conocimiento, experiencia, incluso de espacios asistenciales, a la gestión asistencial del día a día, así como de la respuesta que demos a las necesidades de nuestros pacientes, en términos de calidad, satisfacción, efectividad y eficiencia”.

Lo que la gestión clínica debe ser

Además de aportar su visión respecto a



cómo ha evolucionado la gestión clínica en Andalucía, Manuel Bayona, como representante de SEDAP, y desde su postura tanto de clínico como de gestor, ofrecía también algunas de las claves de lo que realmente es y no es la gestión clínica, puesto que “en momentos difíciles, estar sentados y compartir experiencias puede ser lo más rentable que hagamos”.

En este contexto señalaba que “cuando la gestión clínica pone su valor sobre la mesa es cuando ha habido una planificación previa, y ha permitido en momentos difíciles tener soluciones y tener mecanismos que te aporten flexibilidad en tu actuación, amortiguando situaciones complicadas”. Para que esto sea realmente así, “lo importante es que se incorporen todas las dimensiones de esa práctica asistencial organizada, además de incorporar de facto los resultados en salud”. Así, “las decisiones que tienen que ver con Cardiología las tiene que tomar el cardiólogo, porque tienen la experiencia y el conocimiento. El gerente debe evaluar los resultados de lo que están haciendo, el marco en el que estamos, los recursos de los que disponemos, pero la mejor decisión es la que aplica el técnico. En época de crisis el técnico será el que sepa lo que tiene que poner y lo que quitar, y no se tomarán decisiones lineales, que hagan que toquemos elementos intocables para la salud de los pacientes. Para llegar a eso hay que haber lega-

do previamente al profesional la capacidad. Esto es lo que aporta verdadero valor a la organización”.

Otra de las cuestiones que resultaba importante hacer visible para Bayona era “el establecer acuerdos entre unidades, que permitan que el proceso asistencial se dé como lo tenemos definido, y que el paciente no sea de una unidad o de otra, sino que el paciente sea el paciente”.

Una perspectiva profesional

Bayona volvía a recalcar que “indudablemente son los profesionales los que tienen que tener el protagonismo de la gestión, si los profesionales no se sienten implicados los acuerdos no sirven de nada”, y por ello, en representación de los profesionales asistía a este coloquio el Dr. Juan Manuel Garrote, secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC), que opinaba que hablar de gestión clínica no es hablar sino de “nanogestión”, es decir, de las decisiones que lleva a cabo el médico en su consulta, lo que no es un concepto tan complejo ni novedoso. “Se habla menos de esto, pero la toma de decisiones del médico es un factor fundamental en toda gestión”. Es por ello, que desde la perspectiva de Garrote, si realmente se quiere llevar a cabo la gestión clínica se debe contar no solo con el médico, sino con todo el personal sanitario.



COLOQUIOS EL MÉDICO

La necesidad de implicar a todos los agentes, clave en el avance de la gestión clínica

“El médico debe ser un actor principal y no un mero administrador, sino que debe ser capaz de decidir sobre los recursos de su entorno”, insistía Garrote, que recordaba que la gestión clínica no es sólo hablar de dinero, ni de ahorro, sino de un mejor reparto de los recursos. No sólo eso, para el representante de los profesionales el verdadero avance en la gestión debe pasar no por crear unidades específicas, sino por abordar al paciente por procesos. En este sentido, y respecto a las experiencias que se han llevado a cabo en algunas comunidades autónomas, según diversos reales decretos que regulaban regionalmente las Unidades de Gestión Clínica, cree que esta nueva forma de gestión también puede ayudar a paliar “la insatisfacción profesional del médico”.

Asimismo, recordaba que “los médicos hasta ahora no nos hemos sentido protagonistas”, y es que hasta ahora ha existido una división entre los dos núcleos de decisión, que son los gerentes y los propios médicos. “Todo ello lleva a la reflexión de cómo gestionar y quién debe de gestionar”.

Si estos eran puntos favorables en el camino hacia el futuro, Juan Manuel Garrote también veía algunas barreras. “Posiblemente se pongan en marcha estos mecanismos en un momento en el que ojalá que la crisis haya pasado, eso da miedo, por si el poder político será capaz de no repetir los mismos errores. Debemos avanzar pero planteándonos muchas cosas. Habíamos apostado por la Atención Primaria, y ahora hay que encajarla con una comunicación real y efectiva con Atención Especializada, sobre todo para el enfermo crónico”.

Aunando posturas

“Hay que hacer muchas cosas, ni el Sistema Nacional de Salud ni la Universidad ha cambiado nada, estamos igual que hace muchos años, con la misma legislación”. Esa era la primera conclusión

de Carlos Macaya, tras escuchar al resto de sus compañeros, y tras su propia perspectiva entre el ayer y el mañana. “Esto tiene que cambiar todo”.

O quizás no todo, mejorar el sistema no sólo es cuestión de construir de cero sino de observar qué es lo que ha funcionado antes y mejorarlo. En ese sentido, Macaya citaba dos de los grandes ejemplos de éxito sanitario en España, como es la ONT y el MIR, “ambos llevados a cabo por profesionales, ambos no han sido transferidos y ambos han estado incentivados, es decir, han sido iniciativas que han contado con apoyo”. Manuel Bayona se unía a esta reflexión, reconociendo que “hay que ser muy valiente para hacer esos cambios”, pero mostrando todo lo que se puede ganar al hacerlos, “mejor respuesta, más calidad, y más servicios con el mismo personal, es un modelo organizativo que tiene claras ventajas, pero eso hay que articularlo y crearlo desde el consenso”.

Consenso. Esa es la otra cuestión que queda clara tras esta reunión, falta crear un consenso no sólo entre profesionales y Ministerio, sino implicando también a los propios gestores, y por supuesto, a los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas. Para hacer realidad la gestión clínica el primer paso es encajar todas las piezas del puzzle.

Para ello hay que tener en cuenta que siempre existen resistencias, pero que si se encuentran los líderes adecuados, estos serán capaces de tirar hacia el cambio. Cambios que también pasan por cambiar la estructura del hospital. Joaquín Estévez citaba a este propósito el caso del Hospital de La Fe de Valencia

“donde no sólo se cambió el ladrillo, sino la estructura”, cogiendo Carlos Macaya esta idea, y preguntando si también debe cambiarse la estructura basada en servicios, ya que “hay muchas competencias de las especialidades que están solapadas, que crean conflictos”, proponiendo pasar del jefe de servicio a lo que podría ser un responsable de unidad. Juan Manuel Garrote aportaba que quizás la cuestión reside en que “muchos médicos piensan que la gestión clínica es una reducción de los recursos humanos, es importante la labor pedagógica, explicar que se trata de mejorar los servicios”.

**Juan Manuel Garrote:
“Muchos médicos piensan que la gestión clínica es una reducción de los recursos humanos, es importante la labor pedagógica, explicar que se trata de mejorar los servicios”**

Precisamente, sacando a colación el tema de la formación, surgía otra de las importantes conclusiones de este encuentro, la necesidad de que el primer cambio se produzca en la formación de los médicos, ya que en la Universidad sigue existiendo una carencia de conocimientos relacionados con la gestión. Si bien este déficit se está intentando paliar incluso desde las propias sociedades científicas, ofreciendo tanto másters como cursos de gestión clínica adaptados a las necesidades reales de los médicos, lo cierto, es que tal y como exponía el representante de la OMC, “si el médico no sabe lo que quiere, ni donde está, siempre tendrá miedo a lo desconocido”.

La última reflexión, volvía a centrarse en la necesidad de implicar a las autonomías. “Vivimos en un país donde se hacen cosas totalmente diferentes en un lado que en otro, y esto va a tener muchas implicaciones, no solo en diferentes resultados en salud, sino también en docencia e investigación”, finalizaba su intervención Carlos Macaya ■

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



Si el
PSOE
vuelve al poder
daremos marcha atrás al
copago
farmacéutico

María Chivite

Ex portavoz socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y portavoz del PSOE en la Cámara Alta

Texto | Nekane Lauzirika Fotos | J.A.



ENTREVISTA María Chivite

“Si el PSOE vuelve al poder daremos marcha atrás al copago farmacéutico”

La navarra María Chivite, ex portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado desde finales de 2011, abandonaba el puesto que ostentaba para tomar el testigo que le pasa el expresidente de Aragón, Marcelino Iglesias, como nueva líder de los socialistas en la Cámara Alta. Tras despedirse de su ocupación en el ámbito sanitario Chivite habló con la Revista EL MÉDICO, para hacer un repaso de su labor al frente de la Comisión de Sanidad. La senadora asegura que si el PSOE llegara al poder daría “marcha atrás” a las medidas privatizadoras que hoy llevan a cabo los populares y al copago farmacéutico.

María Chivite habla con fluida precisión de todas las cuestiones relacionadas con la Sanidad española, en general, y de las de Navarra en particular, algo que ella también conoce a la perfección, ya que es a la Comunidad Foral a donde ha vuelto, sin dejar sus puestos de responsabilidad en Madrid, para hacerse cargo del PSN y darle aires renovados ante la nueva etapa política que se avecina en Navarra una vez se celebren las próximas elecciones. Ella es la cara joven y el nuevo estilo que los socialistas navarros quieren imprimir a su formación, que no pasa por sus mejores momentos tras su frustrado gobierno de coalición con UPN del que fueron expulsados por la presidenta Yolanda Barcina.

Con las reformas sanitarias llevadas a cabo por el Partido Popular y con las que van a llegar, ¿cree que el sistema sanitario público tiene futuro?

Con el Partido Popular está en serio peligro. Nada más acceder al poder eliminaron la universalidad del sistema y a partir

de ahí empezaron a desmontarlo. Luego instauraron los copagos de medicamentos y rebajaron los presupuestos en Sanidad. Cuando esto sucede la calidad se ve seriamente perjudicada, como denuncian los propios profesionales que trabajan en el SNS, sobre todo los de Madrid.

Si ganara las elecciones el PSOE, ¿cambiaría muchas cosas en Sanidad?

Por supuesto que sí. El PSOE fue quien en el año 1986 puso en marcha el actual sistema sanitario del que toda la ciudadanía se ha sentido y se siente todavía tan orgullosa. Un sistema que es de los mejores del mundo, basado en los principios de universalidad, equidad y calidad. Es cierto que tiene márgenes de mejora, pero fundamentalmente es un sistema excelente que tenemos que preservar a toda costa.

El Senado es una Cámara de segunda lectura. ¿Sirve realmente, modifica en algo al Congreso, en este caso en materia sanitaria? ¿Habría que reformarlo?

El Senado hay que reformarlo sí o sí. Tal y como viene reflejado en la Constitución tendría que convertirse en una cámara territorial. A iniciativa del PSOE se creó una comisión para hablar de la reforma, ver qué aspectos habría que cambiar... Ahora está en manos del PP y no se nos ha vuelto a citar para hablar de nuestras propuestas.

No nos podemos permitir que muchas personas a causa del copago farmacéutico estén abandonando sus tratamientos al no poder pagarlos

Cuando dejas de invertir en Sanidad influye en la contratación y los servicios, de modo que la calidad global se ve mermada. Esto es un desmantelamiento velado, que es lo viene haciendo el PP

¿En qué líneas iban sus propuestas?

En esencia, los socialistas apostamos por un Senado que sea Cámara de “primera lectura” en aquellas leyes que son de especial incidencia en las Comunidades Autónomas, por ejemplo, en Educación y Sanidad. Para nosotros es fundamental que las CC.AA. tengan un mayor protagonismo.

Como Navarra sabe que la Sanidad pública de la Comunidad Foral funciona razonablemente bien. ¿Nunca se ha pensado en el PSOE que se pudiera copiar el organigrama de allí para toda España?

No. Las competencias están transferidas a todas las CC.AA, pero el sistema de financiación navarro no se puede copiar a nivel nacional. En todo caso podría ser que otras zonas de España copiaran cosas concretas del funcionamiento organizativo del sistema navarro. Por otro lado, tiene usted razón, es cierto que en la Comunidad Foral la Sanidad, Osasunbide, funciona razonablemente bien, pero perdiendo calidad en los últimos años.

¿El copago de medicamentos ha llegado para quedarse o darán marcha atrás si triunfa el PSOE?

Daríamos marcha atrás al recobro farmacéutico. Estamos viendo que hay muchas personas, más de lo que la gente se ima-



gina, que no pueden pagar las medicinas. Vas a las farmacias y hablas con el personal que atiende y te dicen que hay mucha gente que ha dejado de seguir el tratamiento porque no se pueden pagar los medicamentos. Adquieren unos y otros no; así no cumplimentan las terapias que su médico les ha recomendado. Los farmacéuticos reconocen que muchos pacientes no pueden abonarles todos los medicamentos. Es tremendo que esto esté ocurriendo en nuestro país; no nos podemos permitir el riesgo inherente a que la gente abandone sus tratamientos.

Al socaire de grupos como Podemos muchos reclaman una Sanidad gratuita para todos, incluyendo las personas que vivan en España en situación irregular. ¿Cree que es sostenible la Sanidad bajo este planteamiento?

Nuestro sistema sanitario es gratuito, público pero cada vez menos universal. Nosotros desde el PSOE queremos también su universalidad. Está en el ADN de nuestro partido. De hecho, en Navarra, la universalidad la hemos conseguido con una ley foral que hicimos desde el PSN. Por supuesto que defendemos la universalidad del sistema sanitario para todos, incluso las personas que no disponen de “papeles”.

Insisto, ¿será posible económicamente?

Es que ha sido posible hasta ahora; hasta la llegada del Partido Popular. Existen quejas sobre la sostenibilidad del sistema, pero casualmente sobre todo en aquellas Comunidades gobernadas por el PP. En ellas se producen a diario denuncias por parte de los sanitarios de procesos de

desmantelamiento de la Sanidad; es algo programado. Si gobernara el PSOE todo esto se frenaría. Cuando dejas de invertir en Sanidad, cuando el presupuesto de cada una de las CC.AA. tiene menos dotación, influye directamente en la contratación, en la ratio de personal, en los servicios, en las camas disponibles y en general la calidad se ve mermada. Asistimos a un desmantelamiento velado del sistema sanitario público que es el que nosotros defendemos.

Al final, ¿una buena Sanidad es cuestión de inversión económica?

Sí. Porque es incierto que se pueda hacer más con menos. Se puede ser más eficientes en el gasto, pero no más con menos: esto es imposible. Es cierto que no hay un criterio único de cuánto se debe gastar, cuánto presupuesto debe haber por habitante en Sanidad, pero qué menos que se pueda dedicar el 6 ó el 7 por ciento del PIB. Los debates siguen abiertos, pero la inversión en Sanidad es fundamental y no podemos bajar de los porcentajes citados.

Y con nuestra “delicada” economía, ¿cree que nos permitirá retornar a esa Sanidad pública de calidad y universal?

Ese es un debate intoxicado e interesado. Es cuestión de voluntad política, de prioridades, de que se quiera que nuestro sistema sanitario sea universal y de calidad, y dedicarle los recursos necesarios.

¿Cuántos?

Ya nos pondremos de acuerdo en cuánto tendremos que invertir. Pero ese debate de que eso no nos lo podemos costear es falso. Porque nuestro sistema sanitario en gasto-eficiencia es uno de los mejores del mundo, tanto en resultados en salud como en esperanza y calidad de vida. Y eso que invertimos mucho menos que otros países que dedican bastante más dinero obteniendo peores resultados que nosotros en Sanidad.



ENTREVISTA María Chivite

Entonces, Sanidad pública, universal y gratuita....

Insisto, hay que defender la Sanidad pública universal. Lo sanitario no puede estar al albur de ser un negocio. Pienso que el SNS debe ser repensado, dando un cambio al sentido de que antes estaba pensado para enfermos agudos y ahora la mayor parte de los usuarios del SNS son y serán principalmente crónicos. Debemos de reorientar la atención del paciente agudo a crónicos que suponen el 60-70 por ciento del gasto sanitario. Tenemos que ordenarlo de otra manera. Pero para hacer esto no hay que poner parches como el copago, sino reorientar y reorganizar nuestro sistema sanitario. No vamos a ahorrar dejando a la gente fuera del sistema. Si excluyes de la asistencia en AP, por ejemplo a inmigrantes, luego los tendrás en urgencias. Lo que te supondrá mayor coste. Porque lo que ahorra es la prevención, el tratamiento anticipado del paciente sin que tenga que ser hospitalizado.

Las estadísticas dicen que se marchan muchos sanitarios, médicos y enfermeros/as, y más preocupante, los más jóvenes. ¿Cree que se podrá revertir ese proceso?

Pienso que tenemos unas plantillas de profesionales bastante recortadas y que habrá que adaptar los sanitarios a las necesidades reales que tengamos. Ahora andamos bastante escasos en facultativos, enfermería y personal de salud en general, lo que provoca parte del evidente malestar actual entre los trabajadores del SNS

Se puede ser más eficientes en el gasto, pero no se puede hacer más con menos

Se refiere a esa marea blanca humana que recorre las calles de Madrid

Exactamente. Ese es el máximo exponente de que la Sanidad está dejando de funcionar bien; los propios profesionales salen a la calle para dar la voz de alarma ante las privatizaciones que se llevan a



cabo por ejemplo en Madrid donde gobiernan los populares.

La investigación sanitaria no se puede parar. Sin embargo, en los últimos años, según denuncian los científicos, se desmantela con la promesa de que luego volverán a la velocidad de crucero

Recuperar una investigación en la que se deja de invertir es casi imposible. Todos sabemos que para ver los frutos de un trabajo se tardan muchos años; para que vea la luz un fármaco a veces pasan hasta diez años. Si dejas de invertir, recuperar

los frutos será misión imposible. Nosotros estamos formando en España grandes profesionales, invirtiendo grandes sumas de dinero en su formación para que luego se tengan que ir a otros países que se aprovechan de su excelente capacitación. Se van porque aquí no tienen posibilidades de trabajar. Además de desperdiciar

el capital humano, es desinvertir 10 años, algo que luego con invertir un año no lo vas a recuperar.

En Navarra la concertación pública-privada funciona. ¿Podría ir por ahí la reorganización de la Sanidad para todo el Estado a un costo razonable?

Bajo mi opinión personal, la Sanidad debe ser pública, y la concertación debe ser coyuntural, no estructural. Por ejemplo, derivaciones en temas y casos puntuales cuando el sistema público no pueda hacerse cargo de las demandas de los usuarios al cien por cien. Por lo tanto, no creo que el modelo deba ser 50-50 público/privada. Insisto, la concertación debe ser algo coyuntural, nunca estructural.

Sobre el número de plazas para estudiar medicina/enfermería en las Universidades. ¿Cree que se ofertan muchas? ¿Cuál es su opinión?

Éste es un debate que nunca acaba de dilucidarse, si realmente es preciso tener más

profesionales sanitarios o no, algo que ya nos planteábamos en la legislatura pasada. Sin embargo, ahora parece ser que la gente se va porque no encuentra trabajo. Creo que hay que lograr el equilibrio sobre la formación del personal sanitario, una carrera que dura muchos años. Hay que buscar el término medio, que nunca hemos sabido muy bien cuál es. Es cierto que ahora exportamos trabajadores sanitarios, pero es porque las plantillas están empobrecidas.

En Navarra y en la Comunidad Vasca la inversión es notablemente más alta que en el resto del Estado. ¿El dinero es la clave para una mejor Sanidad?

Es fundamental. Cuando menos destinas en Sanidad lo primero que pierdes es la calidad. Hay menos personal para atención, menos inversión en tecnología, y aunque se diga lo contrario, afecta a la calidad de los servicios que se ofrece al paciente.

En inversión en Sanidad estamos por debajo de otros países de Europa. ¿Qué otras partidas abogaría por reducir para dirigir las al SNS?

Es cierto que nuestra inversión está por debajo de la media europea; sin embargo, como he dicho antes, nuestro sistema es mejor que el de la mayoría de los países de Europa; los resultados españoles son mejores. Por ejemplo, en Alemania, el tema de los copagos son mayores que aquí y más gente se queda fuera del sistema. Son menos eficientes que nosotros. Eso no quiere decir que no haya que invertir en Sanidad más. Pero también hay que dejar claro que ellos invierten 2.000 euros por persona y sus resultados no son mejores que los nuestros.

En el Estado español la Sanidad está transferida a las Comunidades Autónomas; sin embargo algunas CC.AA. piden devolver al Estado la competencia. ¿Qué le parece?

Las transferencias han sido positivas para la mayoría de las CC.AA., por eso me pa-

rece inadecuado que las quieran devolver. En todo caso serán aquellas que no las han gestionado bien, porque si sabes hacerlo bien todo lo que sea gestión cercana será mucho más positiva para la gente.

Pero en muchos círculos políticos, sociales y profesionales se argumenta que se han creado 17 reinos de taifa sanitarios

Eso es porque el Ministerio de Sanidad no ha sabido liderar el tema con unos criterios únicos para ciertas cosas, dejando que cada sistema haya hecho lo que le ha parecido.

¿Cree entonces que el actual Consejo Interterritorial es un mero trámite? o ¿cree que funciona razonablemente bien?

Un mero trámite. El Consejo manda las convocatorias con 21 puntos. ¿Cree que se pueden abordar con profundidad y tratarlos con la importancia que se deben en una tarde? No estoy para nada de acuerdo en cómo funcionan las cosas en los Interterritoriales.

Demanda de la carrera profesional, eternamente solicitada e incumplida sine die. ¿Si volvieran al Gobierno entrarían a valorarla?

Creo que tenemos que darle otra perspectiva a la carrera profesional. Creo que los propios sanitarios demandan un giro de la misma, donde se primen no solo los años, sino el trabajo bien desarrollado, la buena formación, que se sigan reciclando, etc. Nosotros apostamos por un replanteamiento de todo lo que es una carrera profesional.

Sobre el turismo sanitario, ¿se ha puesto ya freno?

Creo que ya hay una directiva que trata todo lo relacionado con este tema, donde cada país deberá compensar el gasto que

sus ciudadanos hagan en el SNS. Es cierto que se debe controlar más este tema y pedir a los países de origen las compensaciones. Lo que ocurre es que el PP bajo este epígrafe del turismo sanitario no trata tanto de controlar a los europeos que vienen aquí a utilizar nuestra Sanidad pública, sino de poner impedimentos

para que los inmigrantes irregulares no se aprovechen de la Sanidad pública, acusándoles implícitamente de abuso y esto no es verdad.

¿Qué aspectos destacaría de los tres años que ha estado como portavoz de Sanidad en el Senado?

En Navarra estuve también una legislatura como portavoz de salud. De esta última etapa en el Senado destacaría la defensa de los principios básicos del sistema sanitario. Creo que es fundamental. Aquí el PP en lo que lleva de legislatura está empeñado en desmontar el sistema público. Y eso afecta a los pilares básicos; la labor que debemos hacer es la de defenderlo. Me he esforzado durante mi mandato en intentar visualizar el problema que supone la ruptura de la universalidad, el dejar a la gente fuera del sistema. Y sobre todo he denunciado los copagos farmacéuticos, porque vemos que hay gente que no puede comprarse su medicación. El Real Decreto 16/2012 ha sido un golpe durísimo a nuestro sistema. He intentado poner sobre la mesa las evidencias, los perjuicios que los perjuicios sanitarios del partido conservador sobre un sistema público de salud pueden suponer para todos los ciudadanos y defenderlo. En esta línea creo haber hecho todo lo que he podido. Ésta ha sido mi labor fundamental: defender nuestro sistema sanitario público, universal, gratuito y de calidad, porque creo que nuestro sistema no es de los gobiernos, es de los sanitarios y de la ciudadanía ■



La
inve



stigmación

en la
farmacia,

clave para orientar la práctica clínica
y favorecer el uso racional
de los fármacos

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE

La investigación en la farmacia, clave para orientar la práctica clínica y favorecer el uso racional de los fármacos

Los estudios postautorización de tipo observacional con medicamentos de uso humano permiten la obtención de un conocimiento que los ensayos clínicos controlados no aportan, siendo fundamentales para orientar la práctica clínica y favorecer el uso racional de los fármacos. En este tipo de investigaciones, la asignación de un paciente a una estrategia terapéutica concreta no se decide de antemano en base a un protocolo concreto, sino que está determinada por las condiciones establecidas en ficha técnica y por el ejercicio habitual de la Medicina. Tampoco se aplica ninguna intervención diagnóstica o de seguimiento que se salga de dicho contexto, y se utilizan métodos epidemiológicos para el análisis de los datos obtenidos.

Los estudios posautorización de tipo observacional con medicamentos de uso humano suelen realizarse con alguno de los siguientes fines: determinar los efectos beneficiosos de los fármacos en las condiciones de la práctica clínica habitual y los factores modificadores de la misma (incumplimiento terapéutico, polimedicación, gravedad de la enfermedad, etc.); identificar y cuantificar sus efectos adversos –en especial los no observados antes de la autorización– y establecer los posibles factores de riesgo y modificadores de resultado; obtener nueva información sobre sus patrones de uso (dosis, duración del tratamiento, utilización apropiada, etc.); evaluar su eficiencia a través de análisis farmacoeconómicos de distintos tipos; y conocer sus efectos desde la perspectiva de los pacientes (calidad de vida, satisfacción, etc.).

La oficina de farmacia, como centro proveedor de servicios sanitarios, es un lugar idóneo para llevar a cabo este tipo de estudios, ya que el paciente se ubica en un entorno “más amigable” que el de un ensayo clínico y, por ello, sus respuestas se presuponen más sinceras. Esta investigación también ofrece la oportunidad de entablar conversaciones y aclarar dudas sobre

temas de salud que preocupan a la población. Al tratarse de trabajos rigurosos y objetivos, sus resultados pueden llegar a publicarse en revistas científicas (tanto nacionales como internacionales) y la normativa por la que se rigen es exactamente la misma que sirve de guía en un hospital o en un centro de salud.

Cribado de patologías, lo más puntero

“Lo primero que hay que tener en cuenta es que la investigación en farmacia es epidemiología, con dos grandes líneas de trabajo: una está destinada a la medida de la

prevalencia de problemas de salud y la otra se centra en el diseño, pilotaje e implantación de servicios farmacéuticos dirigidos a minimizar dicha prevalencia”, explica la profesora Pilar García Delgado, coordinadora de proyectos de investigación del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. En este contexto, los estudios de cribado

de patologías son los más punteros, aunque también destacan los de dispensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico. El riesgo cardiovascular y la diabetes son dos ámbitos muy trabajados.

Los farmacéuticos comunitarios apenas han empezado a hacer investigación, por lo que “necesitan formación en epidemiología y en el diseño de protocolos de calidad que maximicen la validez de los resultados de estos estudios”, apunta la experta. El Consejo General de Colegios Ofi-



ciales de Farmacéuticos, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), el mismo Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de Granada y otros colectivos de estos profesionales son conscientes de dicha necesidad y están poniendo en marcha numerosas iniciativas para cubrirla de la mejor manera posible. “Merece la pena hacer un esfuerzo en este punto para conseguir resultados no sesgados y extrapolables al conjunto de la población”, señala.

Por su parte, “la Administración ha empezado a financiar determinados estudios de cribado porque ve la farmacia como un lugar idóneo para poner en marcha una estrategia de prevención”, señala. Al

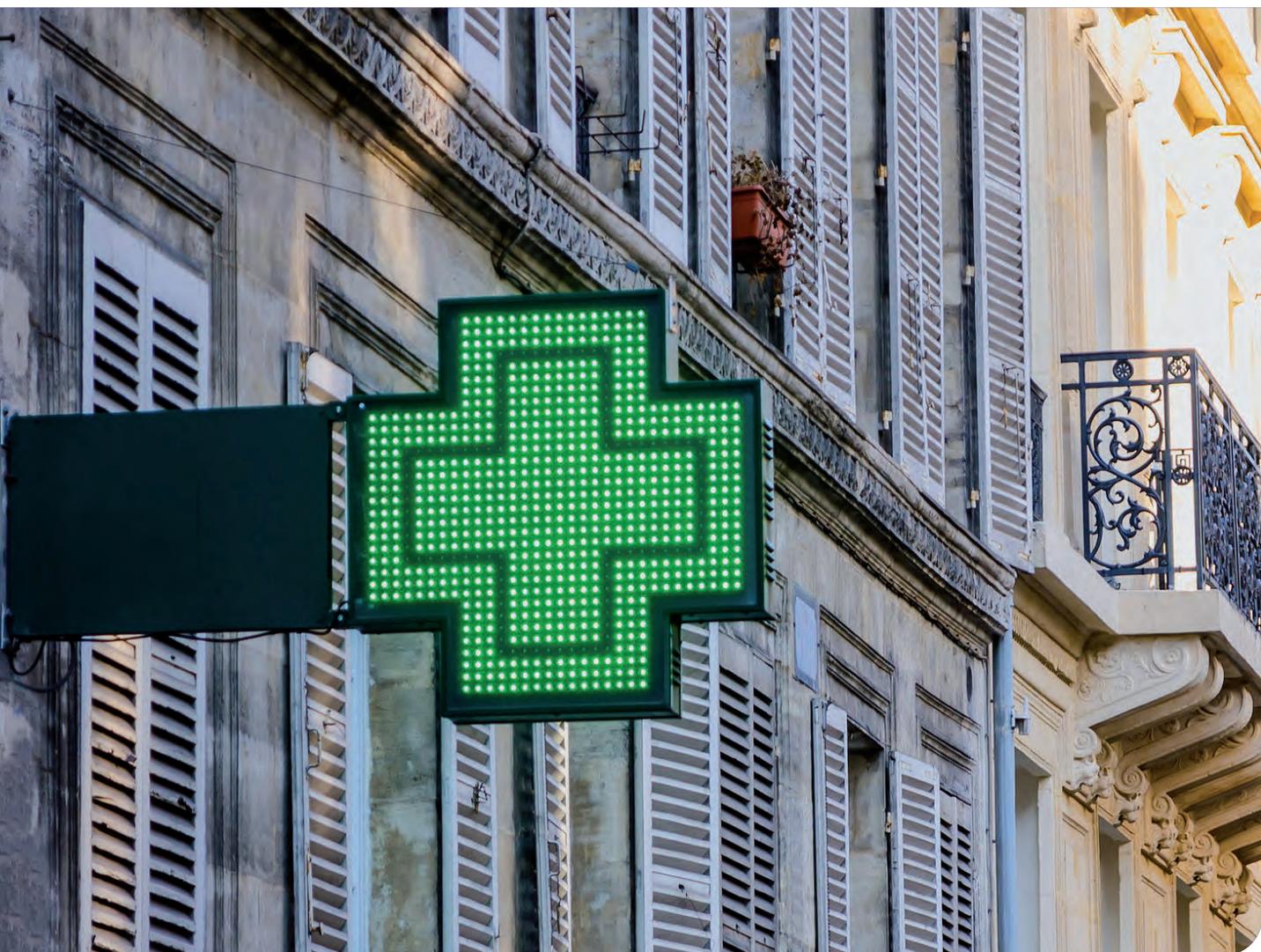
igual que está ocurriendo en otros países de nuestro entorno, “hay que demostrar con datos válidos que el farmacéutico comunitario tiene mucho que decir en el ahorro sanitario y en la mejora de los resultados de salud”. Precisamente, la investigación en oficinas de farmacia “busca la renovación de este profesional sanitario en su práctica asistencial dentro del Equipo de Atención Primaria”.

El trasfondo de todas estas investigaciones va más allá de “obtener un pago por la realización de un determinado servicio farmacéutico”, apunta la experta. “Por ello es importante decirle a la Administración qué beneficios de salud y qué ahorro económico puede suponer su implementación”, añade.

El farmacéutico comunitario sabe que su labor es cada vez más necesaria y valorada por otros profesionales sanitarios, y estos estudios dan buena cuenta de ello. “A pesar del poco tiempo que llevan investigando, las publicaciones se están incrementando en número y calidad, haciéndose hueco incluso en revistas cuyo objetivo principal no es la atención farmacéutica”, comenta.

Estudios en farmacias como complemento de los ensayos clínicos

Según el presidente de SEFAC, Jesús Gómez, la investigación en farmacias comunitarias “permite obtener datos sobre el uso, efectividad y seguridad de los medicamentos en entornos reales, que difieren





REPORTAJE

La investigación en la farmacia, clave para orientar la práctica clínica y favorecer el uso racional de los fármacos

considerablemente de los obtenidos en los ensayos clínicos”. Por otra parte, estos estudios “nos pueden ayudar a definir el papel que puede desempeñar el farmacéutico en el abordaje de los pacientes crónicos, sobre todo en lo referente al control de sus patologías”, explica. “En España ya se han llevado a cabo algunas investigaciones con diseños rigurosos e interesantes resultados de salud con significación clínica y estadística”, varias de ellas publicadas en la revista científica “Farmacéuticos Comunitarios”, de SEFAC.

Los farmacéuticos comunitarios apenas han empezado a hacer investigación, por lo que necesitan formación en epidemiología y en el diseño de protocolos de calidad que maximicen la validez de los resultados de estos estudios

Por todo esto, la Administración “debe dar mayor protagonismo a los farmacéuticos comunitarios en el reto de mejorar la atención a pacientes con patologías crónicas porque, entre otras cosas, llevamos décadas formándonos para ello”, apunta el experto. “Es una oportunidad que habría que aprovechar”, añade. Otro punto importante es el apoyo a los grupos de investigación formados en este ámbito. “Las becas y demás ayudas disponibles suelen estar reservadas al personal sanitario integrado en redes de investigación dependientes –directa o indirectamente– de centros sanitarios ligados a las universidades”, afirma. La farmacia comunitaria “no suele acceder fácilmente a estas subvenciones”.

SEFAC y sus asociados han puesto en marcha numerosos programas de implan-

tación e investigación: “Epifarm” y “Detect-ed”, sobre disfunción eréctil; “Tú puedes evitarlo”, acerca del conocimiento del paciente anticoagulado sobre su enfermedad y tratamiento; “Comparándonos”, sobre comparación de indicadores para la mejora de la práctica asistencial farmacéutica; “Know Alzheimer”, y otros muchos. “Próximamente vamos a llevar a cabo un estudio de eficacia de implantación del servicio de deshabituación tabáquica”, señala.

Eficiencia de la práctica asistencial del farmacéutico

La coordinadora de la Comisión de Investigación de SEFAC, Adela Martín, ha dicho de estos estudios que “exigen un gran esfuerzo para alcanzar un diseño de calidad, pero tienen la ventaja de ser muy válidos, ya que incluyen pacientes muy comunes y, por lo tanto, es más fácil extrapolar estos resultados que los obtenidos en ensayos clínicos”. El estudio de la eficiencia de las intervenciones del farmacéutico comunitario en su labor asistencial es el hilo argumental de la investigación que se está llevando a cabo en las oficinas de farmacia. La Red de Investigación en Farmacia Comunitaria (RIFAC) “tiene en marcha una serie de proyectos en este sentido, y algunos de ellos ya cuentan con importantes resultados”, apunta.

La investigación en oficinas de farmacia se dirige hacia al “diseño de procesos y

herramientas que ayuden a coordinar la labor del farmacéutico comunitario con la de otros profesionales sanitarios –especialmente la del médico de Atención Primaria– para poder atender conjuntamente al paciente en el entorno más adecuado”, apunta la experta. “La definición y desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos es otra meta que debe ir acompañada de la obtención de evidencias sobre los resultados de salud que se derivan de su prestación al usuario de la farmacia y de la evaluación de sus costes”, señala. Todo esto cobra especial relevancia en el caso concreto de los pacientes crónicos y en aspectos tales como la adherencia o la formación.

Para la doctora María Luisa Orera, *Head of Medical Department, Established Pharmaceuticals*, en Abbott Laboratories, “es evidente que el rol del farmacéutico ha evolucionado significativamente en los últimos años, llegando a jugar un papel mucho más activo en el cuidado del paciente”. A día de hoy, estos profesionales “facilitan consejos de salud, hacen seguimiento de la adherencia a los tratamientos –muy útil en patologías crónicas– y, a veces, incluso deciden qué producto dispensar”, añade. Por todo esto, “es importante intentar entender este nuevo rol para tratar de ofrecer soluciones que ayuden a los pacientes a vivir sus vidas con el máximo potencial”. En este sentido, Abbott España está colaborando en varios proyectos de investigación con farmacias comunitarias de nuestro país.

Esta experta prevé un importante incremento en el número de proyectos de investigación dirigidos a las farmacias “por el hecho de que los pacientes están cada vez mejor informados y, como consecuencia de ello, acuden a sus farmacéuticos –cada vez más involucrados en labores asistenciales– para pedirles consejo y/o más información sobre los tratamientos”, explica. Los resultados de estos estudios “pueden ser de gran valor para hacer más eficiente la labor de los diferentes



proveedores de cuidados sanitarios”. Según la doctora Orera, los farmacéuticos no están muy familiarizados con la metodología de la investigación clínica, por lo que aboga por “facilitar sesiones de formación sobre este asunto a las farmacias”.

Importante contribución del Grupo SANED

El Grupo SANED tiene una amplia experiencia en la realización de estudios observacionales, siendo la calidad de vida uno de sus ejes fundamentales. El dolor, la menopausia, la artrosis o la insuficiencia cardíaca han sido algunos de los

Grupo SANED tiene una amplia experiencia en la realización de estudios observacionales, siendo la calidad de vida uno de sus ejes fundamentales

problemas de salud abordados en este ámbito. Otras líneas de investigación se han fijado en la comorbilidad, el conoci-

miento que tiene el paciente de su patología o la adherencia al tratamiento. En este contexto, SANED es miembro de la *International Society for Quality of Life Research* (ISO-QOL), cuya actividad se basa en el estudio científico de la calidad de vida relacionada con la salud y la asistencia sanitaria. Esta entidad promueve la investigación rigurosa del binomio salud-calidad de vida, relacionado con la medición de la conceptualización a la aplicación y práctica, y fomenta el intercambio mun-

dial de información a través de diversos canales.

El Grupo SANED empezó la investigación en farmacia comunitaria en el año 2010, cuando se llevó a cabo el proyecto “Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos antidepressivos en España”, en colaboración con el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. A raíz de esta colaboración surgieron otros proyectos, como el protocolo del estudio “Demanda y práctica farmacéutica en afección bucofaríngea en España”, publicado en las revistas “Farmacéuticos Comunitarios” e *International Journal of Clinical Pharmacy*. Otro trabajo enmarcado en este ámbito es el titulado “Uso de analgésicos y su práctica en dolor leve-moderado en oficina de farmacia”, cuyo objetivo principal fue determinar la percepción del farmacéutico sobre el uso de analgésicos en la población que atiende y la intervención farmacéutica en analgesia que los farmacéuticos refieren.

En 2012 se abrió una nueva línea de colaboración específica con SEFAC para la puesta en marcha de proyectos de investigación conjunta, de la que surgieron el estudio “Tú puedes evitarlo” –anteriormente mencionado– y diversas investigaciones sobre adherencia al tratamiento ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista con Pilar García Delgado, coordinadora de proyectos de investigación del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.
2. Entrevista con Jesús Gómez, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).
3. Entrevista con Adela Martín, coordinadora de la Comisión de Investigación de SEFAC.
4. Entrevista con María Luisa Orera, *Head of Medical Department, Established Pharmaceuticals* en Abbott España.



Ya se están dando los primeros pasos para las áreas de capacitación específicas

Serafín Málaga

Presidente de la Asociación Española de Pediatría

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Archivo EL MÉDICO



Ya se están dando los primeros pasos para las áreas de capacitación específicas

La estructura de la Asociación Española de Pediatría es peculiar, ya que no es una sociedad científica convencional, sino que es, al igual que FACME, una federación de sociedades de Pediatría en la que están incorporadas 14 sociedades regionales y hasta 22 sociedades especializadas. Todas están unidas en el tronco común de la AEP y comparten los mismos objetivos y prioridades.

¿Qué peculiaridades organizativas presenta la AEP?

Al ser una federación, esto diferencia de lo que es una sociedad convencional en la que están las personas que se dedican a esa especialidad concreta. Pediatría además es una especialidad que atiende a niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. En el segundo informe PENIA se ha puesto de manifiesto que la cobertura pediátrica se completa hasta finalizar la adolescencia; es decir, hasta los 18 años.

¿Cómo desarrolla el pediatra esta asistencia?

A dos niveles, pero mayoritariamente a nivel de Atención Primaria, donde la cobertura de centros de salud es un modelo que no lo tienen muchos países de nuestro entorno, pero que ha demostrado innumerables beneficios para el niño. En este momento, tenemos un índice de mortalidad infantil envidiable, entorno al 3 por mil. El otro nivel es hospitalario. Pocas especialidades pueden decir esto, aunque esto comporta que en nuestra sociedad

tengamos que hacer frente a retos que nos imponen estas vías diferentes de ejercer la profesión.

¿Cómo se canalizan las necesidades de los diferentes niveles asistenciales?

Esto es una federación de sociedades. Tenemos dos sociedades muy importantes de Atención Primaria, la AEPap, y la SEPEAP. Desde la AEP atendemos todos los retos más genéricos de la profesión.

¿Con qué estructura cuentan?

En este momento estamos intentando modernizar la estructura. La AEP se fundó en los años 40 al ir uniéndose las sociedades regionales y se montó la estructura por la fusión de estas sociedades. Hemos detectado algunas anomalías, como por ejemplo que en algunas comunidades autónomas hay dos sociedades y hay otras sociedades que engloban provincias de diferentes comunidades autónomas.

Y, ¿cómo van a solucionar este problema?

Ahora intentamos que la estructura se armonice con la del Estado; por comunidades autónomas. Las gestiones van por buen camino, pero sin prisa. Es necesario armonizarlo y ajustarlo a la estructura del país.

¿Qué está sucediendo con las sociedades de especialidades?

También es un asunto que tenemos que solucionar. Primero eran secciones dentro de la AEP y luego fueron tomando mucho auge, ya que la ciencia ahora exige que por ejemplo un pediatra que se dedica a la neuropediatría sepa lo último de esa especialidad y en los hospitales cada vez se demandan más especialidades.



¿Cómo está trabajando la AEP en las áreas de capacitación específicas?

Lo primero que quiso hacer la actual junta de la AEP es que las especialidades pediátricas fueran reconocidas. No de facto, que ya existen en muchos hospitales, pero no están reconocidas institucionalmente. Por eso, hicimos un libro blanco de las especialidades pediátricas en el que dimos a conocer a las autoridades sanitarias y a la población general cuál era la situación real de las especialidades pediátricas, qué bagaje científico había detrás, dónde estaban implantadas y con qué fuerza estaban reconocidas fuera de nuestro país.

¿Cuál era el principal objetivo del libro blanco de las especialidades pediátricas?

Quisimos que las diferentes sociedades



hicieran presión en el Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad para que con el decreto recién aprobado de las áreas de capacitación específica se fueran reconociendo. De hecho, el real decreto reconoce la primera, que es Neonatología. Tenemos los nombres de los primeros neonatólogos que van a poner en marcha la formación específica. Ahora ya habrá un sistema reglado de formación y nos parece que esto es importante.

¿Por qué la primera ha sido Neonatología?

Porque no tienen que compatibilizar la troncalidad con ninguna otra especialidad del adulto y no planteaba problemas a la Administración. Estamos luchando para que detrás de ella entren otras. Hay especialidades que han corrido más que otras, como puede ser Cardiología, que ya ha

presentado su plan de área de capacitación específica que no solo apoyan los cardiólogos infantiles, sino también los de adulto y en neuropediatría pasa lo mismo. Esas ya han pasado por la Comisión Nacional de Pediatría. Ahora tienen que pasar al pleno del Consejo General de Especialidades

¿Qué plan de desarrollo tienen?

Esto tiene que ser a medio plazo. Espero que en los dos años y medio que nos quedan a nosotros de mandato tener reconocida alguna especialidad más.

Por parte de Pediatría, ¿cómo está siendo esta acogida?

Nos hemos entrevistado con los presidentes de las 22 sociedades de especializada y nos han dado su opinión. Ha habido un antes y un después, ya que no se había afrontado el reconocimiento de las especialidades pediátricas. Nos costó mucho tiempo y mucho dinero hacer el libro blanco de las especialidades pediátricas. Cada vez damos más realce a las especialidades pediátricas dentro del tronco común de la Pediatría. Pretendemos que cualquier especialista pediátrico antes de ser especialista tenga que cursar cuatro años de Pediatría.

¿Quién puede tener acceso a las especialidades pediátricas?

Tal y como está configurado el real decreto, lo prevé para pediatras que ya están en ejercicio. Nosotros pretendemos que pase poco tiempo para que se pueda solicitar la especialidad. De hecho, otros países lo tienen configurado así. Cuando terminan la formación pediátrica general la amplían. Eso exigiría aumentar el tiempo de formación. Nosotros en el libro blanco proponemos lo que se está haciendo en la mayor parte de los países de la Unión Europea: proponemos una formación de cinco años: tres de Pediatría y luego dos de especialidad.

En España, ¿tenemos el suficiente número de pediatras por habitante?

Nuestro sistema de asistencia hace que sea diferente al de otros países. Nosotros tenemos un número importante de pediatras, ya

que vemos niños hasta los 18 años. Siempre decimos que estamos en déficit, porque para poder cubrir todos los centros de salud y los hospitales necesitamos más especialistas. Además tenemos que tener en cuenta que en el último lustro se están jubilando muchos pediatras hospitalarios y no se está renovando dicha generación. Pri-

En Pediatría, la investigación es muy desigual; en hospitalaria está muy bien, sin embargo en Primaria hay un gran déficit



PRESTIGIO INSTITUCIONAL, TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO

La AEP tiene un proyecto que se denomina prestigio institucional, transparencia y buen gobierno en el que se pretende dar a conocer todas sus actividades: desde los congresos hasta los viajes que hacen los miembros de la junta directiva para que todo el mundo sepa en qué se gastan el dinero. “Ahora pasamos a la segunda fase que es ver cómo nos ven diferentes estructuras: desde el periodista de salud hasta asociaciones de pacientes. Pretendemos que nuestra asociación sea lo más transparente posible y lo vamos a poner a disposición de todo el que lo quiera ver: cómo entra el dinero de nuestro patrocinadores y cómo sale (en becas, en estancias, en formación)”, apunta Serafín Málaga.

mero le ha tocado a los hospitales, pero en unos cinco años la situación será similar en Primaria. Hay que prevenir el recambio de los médicos de Atención Primaria, aunque hoy por hoy el déficit de pediatras en Atención Primaria está siendo cubierto por médicos de familia.

¿A qué se debe este déficit?

A que no sale el suficiente número de plazas en el MIR. Muchos pediatras prefieren quedarse a trabajar en una ciudad que irse a un pueblo, pero queremos que haya equidad. Tenemos déficit de pediatras porque no se aumenta el número de plazas MIR en consonancia con las bajas que vamos teniendo. Sabemos que hay áreas que tienen un déficit importante de pediatras, por ejemplo toda el área mediterránea, mientras que están cubiertas en el norte.

La dispersión geográfica, ¿influye también en el calendario vacunal?

Este ha sido un tema importante durante la época de la ministra Ana Mato, que, por cierto, tengo que decir que nunca nos recibió. Siempre que he ido al ministerio a hablar con la directora de Salud Pública, Mercedes Vinuesa, he tenido buenas palabras, pero en ningún momento ha aceptado nuestra propuesta. No entendía que defendiéramos la inclusión en el calendario de vacunas como el neumococo o la vari-

cela. Afortunadamente, ahora se respiran otros aires en el Ministerio y en los meses que lleva el nuevo ministro y el director general de Salud Pública, Javier Castrodeza, hemos visto que se ha aprobado la del neumococo. Tenemos un año para hacerlo y seguimos reivindicando un calendario único para todo el Estado.

¿Cómo se plantea la formación la junta de la AEP?

La formación es uno de los pilares de la Asociación Española de Pediatría. Nosotros tenemos diferentes comités de expertos para la formación continuada: de lactancia materna, otros de nutrición, de vacunas, de lesiones involuntarias... Esos comités propician una serie de actividades de las que salen unos documentos sobre las novedades más importantes que se han dado en ese campo concreto. Luego tenemos el congreso anual que pretendemos que aúne toda la formación pediátrica puntera. Empezamos siendo el congreso de la AEP exclusivamente y ahora se han ido incorporando otras sociedades de especialidad. Por

ejemplo, este año se han incorporado la de primaria, la AEPap, la de Pediatría Hospitalaria, la de Reumatología y la de errores innatos del metabolismo (metabolopatías). Estas cuatro celebran su congreso al mismo tiempo que el nuestro, bajo nuestro paraguas. Esto lo que hace es facilitar mucho en un momento de crisis como el que tenemos facilitar la formación de otras sociedades.

Se ha referido a la formación continuada, ¿cuentan con alguna herramienta más?

Nuestra joya de la corona es la plataforma digital Continuum. Tenemos una plataforma de formación online propia y pretendemos que a medio plazo termine con mucha de la formación presencial. La formación online permite llegar a mucha gente y con un buen diseño. Hace unos días empezamos un curso de electrocardiografía y teníamos más de 400 inscritos.

¿Cómo está diseñada esta plataforma?

Para ofertar diversos cursos, como de vacunas, de nutrición, de TDHA... Pero también tiene unas secciones fijas muy interesantes con casos interactivos y puestas al día... Así, cada asociado puede elegir lo que más necesite para cuando llegue el día de la certificación tenga una herramienta para conseguirla.

Lo primero que quiso hacer la actual junta de la AEP es que las especialidades pediátricas fueran reconocidas. No de facto, que ya existen en muchos hospitales, pero no están reconocidas institucionalmente

¿Este es el primer paso para la certificación?

Nosotros vamos a eso, a que igual que se hace en Estados Unidos donde tienen que certificarse, nosotros también tenemos que arbitrar un método para la certificación. Al principio nos va a costar trabajo. Queremos empezar de forma vo-



luntaria, pero queremos que todo el mundo tenga que hacer una recertificación que será un marchamo de calidad de los especialistas.

¿Cómo es el acceso a la plataforma?

Para los socios es gratuita. Está diseñada no solo para los pediatras españoles, sino para los pediatras de habla hispana. Un número importante de Latinoamérica accede a la plataforma y está siguiendo nuestros cursos. Los precios son diferentes, pero pueden acceder a ellos. Se está ofertando formación.

¿Tiene otras formas de dar a conocer a sus asociados los avances en su especialidad?

Sí, otra herramienta formativa de primer nivel es la revista Anales de Pediatría, que lleva tantos años como la AEP. Desde junio de 2014 traducimos nuestros artículos al inglés. De esta forma, hemos duplicado la difusión de la revista y el número de visitas ha aumentado significativamente. También tenemos la revista Evidencias en Pediatría. Queremos hacer cosas útiles que no generen gastos al sistema. Aquí recogemos artículos y los analizamos y vemos algunas actuaciones si se deben seguir o dejar a un lado. Es online y de libre acceso para todos.

¿Qué papel tiene FACME en todo este proceso de formación?

Siempre hemos tenido una relación exce-

lente con la junta directiva de FACME. Tiene una razón fundamental de existir, ya que hay cuestiones que nos afectan a todas las sociedades científicas y que uno a uno no nos van a escuchar, juntos tenemos más fuerza. Si queremos que nos hagan caso, tiene que haber una voz común a todos y FACME canaliza este papel. Nosotros cuando hemos tenido algún problema y hemos acudido solicitando amparo a FACME lo hemos recibido incondicionalmente.

¿Cómo es la investigación en Pediatría?

Dentro de la junta directiva de la AEP tenemos un comité de investigación. En Pediatría, la investigación es muy desigual; en hospitalaria está muy bien, sin embargo en Primaria hay un gran déficit. Estamos trabajando en esto y prueba de ello es que tenemos un premio de investigación con una buena dotación económica que tiene como objetivo potenciar trabajos en los que estén implicados hospitalaria y primaria.

¿Cómo es la coordinación entre ambos niveles de asistencia?

Es una asignatura pendiente. Todos decimos que hay que potenciarlo y que hay que mejorarla. Desde las sociedades científicas podemos hacer algo, pero las comunidades autónomas son las que tienen transferidas las competencias y son las primeras interesadas en potenciar esta simbiosis y que los médicos de Primaria se reciclen en los hospitales ■

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





La Sanidad pública no se recupera de los

ortes

Los presupuestos de Sanidad de las 17 comunidades autónomas crecen, aunque levemente. En 2015 la Sanidad autonómica recibirá una inyección de 1.756 millones de euros. Algunos ven su razón en que a lo largo de este año la ciudadanía será convocada a tres citas electorales: municipales, autonómicas y nacionales. Aun así, el aumento presupuestario para Sanidad en todos los territorios es claramente insuficiente para abordar los problemas sanitarios que existen en España, pero supone el reconocimiento de que los recortes realizados en el sector eran claramente incompatibles con una prestación sanitaria de calidad. A la vista de estos datos puede decirse que tras años ajustando sus cuentas, las comunidades autónomas ya vislumbran el inicio del fin de la crisis económica y comienzan a dar respiro, aunque levemente, a sus presupuestos en uno de los servicios públicos más esenciales: la Sanidad.

Texto | Nekane Lauzirika



REPORTAJE DE PORTADA

La Sanidad pública no se recupera de los recortes

■ MINISTERIO DE SANIDAD

Su presupuesto aumenta en 12 millones, un 0,7 por ciento más que en 2014

Frente a los 1.907 millones de euros de 2014, el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2015 dispondrá de 1.919 millones de euros, un 0,7 por ciento más que el pasado ejercicio. Dado que las CC.AA. sufragan con sus presupuestos la Sanidad pública, el grueso de estos 12 millones de incremento corresponde a las transferencias a la Seguridad Social, que aumentan en 1.298,6 millones, la mayor parte de ellos destinados al IMSERSO, sobre todo, a costear la dependencia.

Con estos presupuestos, el Ministerio hará frente a sus propios programas sanitarios y al de sus organismos autónomos, además de a la Agencia Estatal. Este paquete presupuestario también incluye la prestación sanitaria que dispensa la Asistencia Hospitalaria del Ministerio de Defensa, la que se presta a través del Mutualismo Administrativo (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), además de la asistencia sanitaria vehiculada por organismos integrados en el Sistema de Seguridad Social. En las cuentas previstas se incluyen 15,73 millones de euros para la Agencia Española de Consumo y Seguridad Alimentaria y Nutrición; 3,95 millones de euros para la Organización Nacional de Trasplantes (ONT); así como 47,11 millones para la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Baja ligeramente el presupuesto del Plan Nacional sobre Drogas, de 14,9 del pasado año hasta los 14,7 millones del actual.

Las autonomías destinarán una media de 1.257,82 euros por persona al área de Sanidad. Muy lejos aún de las inversiones del año 2010

También pierde presupuesto la partida destinada a las prestaciones sanitarias y farmacia, de 73,7 a 53 millones de euros. Aunque no sea mucho -de 19,1 a 20,1 millones-, se incrementa lo destinado al programa de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres; y en este mismo ámbito también aumenta -23,7 millones frente

a 21,9 millones de euros- el presupuesto para actuaciones de prevención integral contra la violencia de género. El Ministerio prevé solicitar créditos para la política de Sanidad en 2015 por importe de 3.861,52 millones de euros, algo más del 1,2 por ciento superior al del año pasado, quedando excluidos los del Fondo de Cohesión Sanitaria. Asimismo, el presupuesto destina 167,32 millones, un montante similar al de 2014, a créditos para el Ministerio de Sanidad, para su Agencia Estatal -Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-, y para sus organismos autónomos de carácter sanitario -Seguridad Alimentaria y Nutrición, Agencia Española de Consumo y la Organización Nacional de Trasplantes-.

El principal objetivo será continuar el desarrollo del Real Decreto Ley que entró en vigor hace dos años sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. A este objetivo estratégico se añade el de "culminar" las medidas contempladas en el Programa Nacional de Reformas 2013.

Entre los objetivos estratégicos estarían también combatir las enfermedades raras, a lo que se destinan 3,44 millones de euros; los 4,76 millones para el desarrollo de la digitalización en los servicios sanitarios y la implementación del Sistema de

Información Sanitaria y 3,37 millones de euros a fomentar la investigación en salud, la donación y trasplante de órganos tejidos y células, cantidad levemente inferior a la dotación del año 2014.

■ ANDALUCÍA

Los eventuales tendrán jornada y salario al cien por cien

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía contará en 2015 con un presupuesto de 10.166 millones de euros, lo que supone un incremento de 184 millones respecto al año anterior (1,85 por ciento más). Estas partidas suponen un 45,5 por ciento de los recursos totales de las consejerías del Gobierno andaluz, manteniéndose la misma proporción que en 2014.

La consejera del ramo, María José Sánchez Rubio, destaca que "este presupuesto pone de manifiesto la enorme importancia que concede el Gobierno andaluz a las políticas sociales, su sensibilidad con la situación de los colectivos de población más vulnerable y el compromiso con los sistemas públicos de protección".

Por su parte, el presupuesto de Sanidad crece un 2,5 por ciento, hasta alcanzar 8.427 millones (acumulando el 37 por ciento del gasto de las consejerías), "puesto que las políticas sanitarias son una



de las grandes prioridades de este Gobierno", subraya Sánchez Rubio. La ampliación del presupuesto en Sanidad permitirá ampliar la jornada laboral al cien por cien a los eventuales estructurales

Para el sistema de atención a la dependencia se destinan 1.116 millones. Respecto a las políticas de inclusión social se prorrogan las medidas extraordinarias impulsadas en los últimos años: el Plan Extraordinario de Acción Social y Garantía Alimentaria estará dotado con 60 millones de euros, y el Programa de Solidaridad se mantiene con 90,6 millones.

Bajan los conciertos sanitarios

La dotación del capítulo de gastos de personal se eleva a 4.350 millones, 150 más que en 2014 (3,6 por ciento de incremento). El de gastos corrientes en bienes y servicios contará con 2.089 millones de euros, lo que supone un incremento del dos por ciento respecto a 2014. Los gastos en conciertos sanitarios, incluidos en este capítulo, vuelven a bajar su peso porcentual

respecto al conjunto del Presupuesto, del 3,6 por ciento en 2014 al 3,57 por ciento este ejercicio. Por su parte, los gastos en conciertos sociales se mantienen (66 millones).

El gasto financiero cuenta con 40,6 millones y las transferencias corrientes suponen una partida de 3.578 millones, prácticamente igual que el pasado año. Por su parte, las inversiones alcanzan los 96,3 millones, un 47 por ciento más que en 2014 (30,7 millones más). Este aumento se destinará a culminar las grandes actuaciones de infraestructuras sanitarias comprometidas, priorizando las más necesarias y las que estén más avanzadas.

Sánchez Rubio se refiere detalladamente a las políticas de salud como "las más beneficiadas en este Presupuesto de la Junta para 2015" y expresa que "el objetivo básico al que estarán encaminadas estas políticas será el mantenimiento de los derechos, servicios y prestaciones existentes, con los mismos criterios de calidad y accesibilidad en la asistencia sanitaria". El incremento del Presupuesto de salud permitirá mantener una cartera de servicios que ya es de las más amplias del SNS, y se destinará también a restituir el cien por cien de la jornada y el salario para los eventuales estructurales del sistema, junto a la recuperación de la paga extra de todos los profesionales.

En el ámbito laboral, se continuará desarrollando la Oferta Pública de Empleo de

2014, con una convocatoria de 1.407 plazas y, en 2015, se aprobará una nueva oferta de empleo que responda al 50 por ciento de la tasa de reposición.

En los presupuestos de las políticas de salud se priorizará la vía de la calidad y la eficiencia, con la implantación de medidas innovadoras, estrategias de uso racional del medicamento. En este terreno, está previsto continuar con las convocatorias públicas de selección de medicamentos, con el que se prevé un ahorro global de 200 millones, hasta cubrir el total de medicamentos susceptibles de seleccionar para su dispensación cuando se prescriban por principio activo. La consejera manifiesta su confianza en que el informe de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, que respalda el procedimiento, sea tenido en cuenta por el Tribunal Constitucional.

■ ARAGÓN

Escala de la 11ª hasta la 3ª posición en el ranking de gasto sanitario per cápita

El Gobierno de Aragón se ha superado a sí mismo y ha escalado hasta la tercera posición en presupuesto sanitario *per cápita* para 2015. La comunidad aragonesa ha incrementado su gasto sanitario por habitante y año desde los 1.119,94 euros de 2014 hasta los 1.439,25 euros en este ejercicio por habitante y año, inmediatamente por detrás del País Vasco y de la Comunidad foral de Navarra con 1.548,34 y 1.467,10 euros, respectivamente. La media nacional se encuentra en 1.257,82 euros.

El consejero de Salud, Ricardo Oliván, explica que el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Ejecutivo autonómico abarcará un 54,9 por ciento, 1.917,6 millones de euros del presupuesto total de la Comunidad. Así, el Servicio Aragonés de Salud continuará en la senda establecida en las Líneas Estratégicas definidas por el mismo para el periodo 2012-2015, fundamentadas en la adecuación de





REPORTAJE DE PORTADA

La Sanidad pública no se recupera de los recortes

la estructura, la sostenibilidad y perdurabilidad económica-financiera, la excelencia y la Innovación, según destaca. Consecuencia de este plan estratégico su presupuesto para este 2015 asciende a más de 1.480 millones de euros.

Con un mantenimiento del gasto de personal en 878 millones de euros, en 2015,

Oliván prevé seguir en la línea de mejora en la eficiencia ejecutando las medidas de consolidación del empleo, fruto del acuerdo del 23 de julio de

2014 firmado por la Consejería y las organizaciones sindicales. A juicio del responsable sanitario aragonés también se favorecerá el acceso a las diferentes categorías de personal estatutario, mediante procesos de concurso de traslados y concurso-oposición que permitirán aumentar la solidez de las plantillas y la satisfacción de los profesionales, lo que redundará en un mejor servicio al ciudadano.

■ BALEARES

Con el presupuesto sanitario más alto de su historia

La Consejería de Salud manejará en 2015 un presupuesto de 1.317 millones de euros con un aumento de 120 millones (+10,29 por ciento), por lo que es el más alto de la historia de la Sanidad pública balear, tal y como destaca con satisfacción el conseller, Martí Sansaloni. Según Sansaloni "nunca, ni un Govern de derechas ni de izquierdas", ha presentado en el Parlamento un presupuesto sanitario "tan bien dotado y tan bien cubierto", por lo que ha invitado a todos los partidos a trabajar "todos juntos para ofrecer una atención sanitaria de calidad".

Sansaloni explica con vehemencia que "desde el 1 de enero" y hasta final de año su departamento gestionará "con el máximo cuidado" los recursos financieros de

los que dispone, adaptándose a las "circunstancias mes a mes". El conseller garantiza que su departamento continuará prestando la asistencia sanitaria bajo los mismos "máximos parámetros de calidad" que hasta ahora, que se mantendrán todos los servicios asistenciales y que "el pago de las nóminas está asegurado".

Este aumento de 120 millones permitirá reducir al "mínimo histórico" la diferencia entre el presupuesto y el gasto real, sostiene Sansaloni, al tiempo

que resalta que este año el Govern balear destinará a la Sanidad pública 1 de cada 2 euros del dinero del que dispondrán todas las consejerías.

El presupuesto del Servicio de Salud (Ib-Salut) crece un 10,48 por ciento y alcanza los 1.290 millones, es decir, 122,3 millones de euros más que este año.

Los principales aumentos en el Ib-Salut están relacionados con el personal y la compra de bienes y servicios. Uno de cada dos euros se dedicará a pagar a los profesionales sanitarios, en concreto, 627,5 millones. En esta línea, los fondos para la compra de bienes corrientes y servicios crece un 25,45 por ciento, hasta los 469,74 millones.

■ CANARIAS

El peso específico de Sanidad sobre el presupuesto global supone el 44,50 por ciento

La consejera de Sanidad, Brígida Mendoza, asegura que las cuentas sanitarias de la comunidad canaria aumentarán en un 1 por ciento con respecto al año pasado. Así, el Servicio Canario de la Salud (SCS) cuenta con un presupuesto global de 2.627,29 millones de euros, lo que supone un incremento con respecto al año anterior de un 0,99 por ciento (25 millones de euros más)

y un peso específico dentro del presupuesto global de la Comunidad de un 44,54 por ciento. Por su parte, la Consejería de Salud que lidera Brígida Mendoza dispondrá de 3,3 millones, algo menos que en 2014, por lo que pierde un 0,8 por ciento de sus fondos, que solo representan el 0,1 por ciento del gasto sanitario total.

Con este presupuesto se garantiza la continuidad asistencial para que, según Brígida Mendoza "todos los canarios continúen acudiendo a sus centros asistenciales y recibiendo la atención que precisen así como retirando los medicamentos que se les prescriban". "También, este presupuesto para 2015 refuerza los recursos humanos para dar respuesta a la apertura de centros y continúa garantizando la reposición del cien por cien de las plazas vacantes derivadas de jubilaciones del personal médico", ha señalado.

Según Mendoza, "continúa apostando por la sostenibilidad del sistema sanitario, manteniéndose la Cartera común y suplementaria de Servicios en coordinación con la Estatal, de la que se beneficia toda la población, garantizando que quienes se ven más afectados por la actual crisis cuenten con todos los servicios sanitarios".

■ CANTABRIA

Con un 0,3 por ciento más, pero con sus cuentas congeladas

La Sanidad cántabra contará en 2015 con un presupuesto un 0,3 por ciento mayor que en 2014, por lo que los fondos quedan casi congelados, según el proyecto de presupuestos para el próximo año, presentado por la Consejería de Hacienda.

La Sanidad cántabra tendrá en 2015 un presupuesto de 789 millones, sólo un 0,3 por ciento más que este año; el Servicio Cántabro de Salud (SCS) dispondrá de 770 millones, y el resto de la consejería tendrá casi 18 millones, según los Presupuestos Generales que ascienden a 2.500 millones de euros, un 2,13 por ciento más que el de



2014; si bien el gasto no financiero disminuye un 0,64 por ciento, hasta los 2.136 millones, según los datos del presidente de la región, Ignacio Diego. Este asegura que "Cantabria crecerá y dejará atrás la crisis". Tres de cada cuatro euros de las cuentas se van a Sanidad y Servicios Sociales, Educación y deuda pública, aunque esto significa que las cuentas sanitarias quedan congeladas.

Según el presidente cántabro en los Presupuestos de 2015 está "el guión" del "relato" que va a protagonizar por Cantabria; esto es, el fin de la crisis. Buscan, a su juicio, actuar como "motor" de la recuperación económica y de la creación de empleo; "garantizar la sostenibilidad" de los servicios básicos con una "calidad creciente"

Diego destaca que "crece" el Estado del Bienestar, cuyos servicios fundamentales aglutinan el 74,2 por ciento del gasto. La Sanidad supone el 36,9 por ciento; seguido de la Educación (23 por ciento), la Política Social (9,9 por ciento) y el Empleo (4,4 por ciento). Además, asegura que también "crecen" las inversiones productivas, que llegan a los 277 millones de euros, frente a los 245 del año pasado.

Sanidad y Servicios Sociales y el Servicio Cántabro de Salud (SCS), recalcan desde la consejería de Saénz de Buruaga, aumenta

tan solo un 0,3 por ciento (789 millones); el presupuesto del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (Iccas) sube tres décimas (204,9 millones) y el del Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo un 6 por ciento (2,4 millones). Desgranando este Presupuesto, destacan los 770,85 millones de euros con los que contará el SCS, el que es, según Diego, el "mayor presupuesto" de su historia.

■ CASTILLA-LA MANCHA

El SESCAM invierte 47,9 millones en 5 hospitales

La presidenta del Gobierno regional, María Dolores de Cospedal, ha reiterado que los Presupuestos Generales de Castilla-La Mancha para el año 2015, que ascienden a un total de 8.206,37 millones de euros, garantizan el gasto social y destinan a Sanidad, Educación y Asuntos Sociales más del 86 por ciento del techo de gasto. Sanidad y Asuntos Sociales en 2015 cuenta con 686,4 millones de euros, un 1,8 por ciento más que este ejercicio, y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) dispondrá de 2.343,8 millones, un 1,3 por ciento más.

El director gerente ha desgranado además datos de la previsión de gasto en otros capítulos, incidiendo en que el 54 por ciento de todo el presupuesto irá a parar a gastos de personal, con un total de 1.265 millones de euros, 15,4 millones más que durante 2014.

En compra de material sanitario se gastarán 114,8 millones, cuando en 2011 se gastaron más de 140; o que en material no sanitario se ahorran en cuatro años más de ocho millones, pasando de 21,7 a 13,1 millones.

Mientras el gasto en farmacia hospitalaria se mantiene "estable" en torno a los 154 millones de euros; en suministros eléctricos asciende a 31,2 millones; en servicios generales pasa de 107,3 a 84,4 millones; y en arrendamientos se ahorran más de cuatro millones en esta legislatura, pasando de 6,85 a 2,07 millones de euros.

Sobre el dinero destinado a conciertos sanitarios, desde la Consejería ponen el acento en que en 2011 fueron 201,1 millones de euros los destinados desde el SESCAM, mientras que para 2015 este gasto

Baleares es la Comunidad que más incrementará su presupuesto sanitario este año



REPORTAJE DE PORTADA

La Sanidad pública no se recupera de los recortes

descenderá hasta los 123,3 millones de euros.

Los populares han puesto en valor que la calidad del servicio sanitario se ha mantenido e incluso "se ha mejorado" en algunos puntos pese a las medidas de ajuste, además de que se ha ido pasando de forma progresiva en cada ejercicio presupuestario a obtener "el mejor rendimiento de los recursos públicos". Para ello, ha resaltado las medidas llevadas a cabo durante la legislatura como la centralización de compras, que ha ahorrado "81 millones de euros", o la creación de las áreas integradas.

■ CASTILLA Y LEÓN

Crearán 406 puestos de trabajo en Atención Especializada

La Consejería de Sanidad de Castilla y León absorbe en 2015 casi el 50 por ciento del incremento de los recursos no financieros disponibles para todas las consejerías, según pone de manifiesto su responsable, Antonio Sáez Aguado. Este aumento de la capacidad de gasto permitirá la convocatoria de más de 1.000 puestos de trabajo y el impulso, con una inversión superior a los 107 millones de euros, de las obras en ejecución y de otras actuaciones para la mejora de las infraestructuras y del equipamiento.

El proyecto de presupuestos de la Consejería de Sanidad para este año asciende a 3.267,41 millones de euros, lo que supone un incremento del 2,35 por ciento respecto al pasado ejercicio que se traduce en 75,34 millones más de crédito inicial.

El consejero subraya que "la Sanidad pública continúa siendo una de las principales prioridades políticas de la Junta". En 2004 su presupuesto representaba en 35,2 por ciento del total de la Junta; en 2015

será del 43,7 por ciento. En este sentido, señala que "de haberse mantenido el mismo peso de la Sanidad que en 2004 hoy dispondríamos de 612 millones de euros menos", y recuerda que "durante la última década el presupuesto no financiero de la Junta se ha incrementado en un 8,7 por ciento, mientras que el de la Sanidad ha aumentado en un 34 por ciento, ocho veces más".

El responsable sanitario destaca dos características importantes de esta estructura del gasto sanitario en Castilla y León. En primer lugar, el importante peso de los recursos humanos (que suponen el 53,3 por ciento de todo el presupuesto) como corresponde a una organización que presta servicios de atención a las personas. Castilla y León es una de las comunidades que mayor proporción de su gasto sanitario destina a los recursos humanos. Y, en segundo lugar, un mayor peso de las inversiones (se incrementan en un 25 por ciento) que habían sido aplazadas para mantener el núcleo fundamental de la Sanidad: la prestación de servicios.

En el ámbito de los recursos humanos, se aprobarán las nuevas plantillas de Atención Especializada para lograr la homogeneización de los recursos en los hospitales de la Comunidad de acuerdo a criterios objetivos. Supondrá la creación de 406 puestos de trabajo más. Además, se pondrá en marcha un nuevo procedimiento homogéneo de promoción interna temporal. Asimismo, añade el consejero, "como desarrollo del Plan de ordenación de los Recursos Humanos en Atención Primaria, convocaremos más de 2.000 plazas de médicos a concurso de traslados y 1.300 de enfermeras".

En tercer lugar, se aprobará una oferta de empleo público con la convocatoria en 2015 de más de 1.000 plazas para profesionales sanitarios. Además, se constituirán bolsas de empleo sin vincularlas a pro-

cesos selectivos, que se gestionarán a través de un sistema telemático y se realizarán convocatorias de estatutización para el personal.

La dotación presupuestaria para las inversiones en infraestructuras se ha incrementado un 25,9 por ciento respecto a 2013, lo que permitirá continuar con obras puestas en marcha en años anteriores, tanto en Primaria como en Especializada, al mismo tiempo que mantener la apuesta por la tecnología más puntera en los centros y hospitales de la comunidad.

■ CATALUÑA

Mejora de listas de espera y recuperación del poder adquisitivo de los trabajadores

Los presupuestos para el 2015 del Departamento de Salud serán de alrededor de 8.500 millones de euros, un 2 por ciento por más que en 2014, y se dedicarán especialmente a reducir las listas de espera y a que los trabajadores puedan recuperar el poder adquisitivo perdido. El consejero de Salud, Boi Ruiz, se ha comprometido a que ningún ciudadano tarde más de un año en ser operado de cualquier patología, y que en las operaciones garantizadas no se supere el medio año de espera. También ha planteado un tiempo mínimo de tres meses para una primera visita al especialista o una prueba diagnóstica.

El presupuesto destinado al Departamento de Salud continúa suponiendo un 40 por ciento del total de la Generalitat, mientras que en 2010 suponía un 36 por ciento del total del presupuesto. Los presupuestos consolidados para 2015 del Departamento de Salud son de 8.466 millones de euros, frente al 2014 que fue de 8.290 millones de euros. Esto supone un aumento del presupuesto *per cápita* que se explica por una subida de los presupuestos globales y una disminución de la población respecto al año anterior.

Los presupuestos de 2015 "mantienen los



El Servicio Madrileño de Salud contará en 2015 con 7.170,1 millones de euros, con un aumento de un 4,6 por ciento respecto a 2014 (313,81 millones de euros). Entre los nuevos servicios sanitarios que ofrecerá la Comunidad de Madrid se encuentra el nuevo centro de salud de Arroyomolinos y la remodelación del de Alpedrete.

Además, se destinarán 21,6 millones de euros (un 136 por ciento más que hace dos años) a los planes de necesidades, conservación y mejora de los distintos centros hospitalarios y otros diez millones de euros para la compra de nuevos equipamientos médicos en hospitales. A lo largo de este Ejercicio 2015 ya estará en pleno rendimiento el Hospital General de Villalba, para lo que presupuestan 62,8 millones de euros, frente a los 12,7 millones de 2014 que recogen la apertura del hospital los dos últimos meses y medio de este año.

derechos y la cartera de prestaciones” y “permiten recuperar la accesibilidad, especialmente en Atención Especializada y primeras visitas”. En este sentido también se ha comprometido a que durante el 2015 el tiempo de referencia de una primera visita no supere las 48 horas y el de primera visita en atención especializada o prueba diagnóstica no supere los tres meses.

El consejero asegura que se mantiene la necesidad de resolver el déficit estructural de la Sanidad, que ha cifrado en 500 millones de euros y, en este sentido, ha explicado que el ministro de Sanidad ha aceptado su petición de convocar una reunión monográfica para tratar sobre el sub-financiación del sistema de salud en el marco del Consejo Interterritorial.

En cuanto al presupuesto destinado a la financiación de inversiones, 211,54 millones de euros, hay que tener en cuenta que un 68 por ciento del presupuesto es para hacer frente a los compromisos de inversiones ya ejecutadas, mientras que un 33 por ciento se destinará a nuevas actuaciones

o a otras que ya están en curso. Las inversiones incluidas en estos presupuestos engloban 9 nuevos equipamientos que se prevé que entren en funcionamiento, 6 actuaciones de ampliación y/o adecuación de equipamientos, 8 obras que continúan, 30 previsiones de inicio de obras, 14 proyectos en redacción y 25 actuaciones de redacción de nuevos proyectos.

■ COMUNIDAD DE MADRID

Culminará la OPE y devolverá parte de la paga extra

La Comunidad de Madrid destinará a Sanidad 7.292 millones de euros, un 4,4 por ciento más que en 2014 y un 60 por ciento más que en 2003 (2.723 millones más). Desde la consejería se recuerda que la cantidad que se destina a Sanidad se mantiene en el 45 por ciento del presupuesto total regional.

Al tiempo que continuará con el desarrollo de los distintos Planes Estratégicos de cada especialidad médica, la Consejería de Sanidad de Madrid pondrá en marcha un registro comunitario en el ámbito de la salud perinatal, creando una base de datos única y común de registro obligatorio para todos los recién nacidos en la región. Esta iniciativa está orientada a la planificación futura y desarrollo de acciones de las distintas consejerías competentes en materia educativa y de servicios sociales.

Andalucía desarrollará la Oferta Pública de Empleo de 2014 con 1.407 plazas, para aprobar en 2015 una nueva oferta de empleo con el 50 por ciento de la tasa de reposición

Pacto de Gestión

En el ámbito de los Recursos Humanos, Sanidad continuará con la implantación del modelo de Pacto de Gestión, por el que se encomien-

da a los propios servicios de los centros de la red pública una actividad determinada con un presupuesto específico, lo que permite mejorar el aprovechamiento de los recursos propios.



REPORTAJE DE PORTADA

La Sanidad pública no se recupera de los recortes

Durante el año 2015, la Consejería de Sanidad de Madrid culminará los procesos de reconversión de más de 5.000 eventuales en interinos, para mejorar la estabilidad en su trabajo, y resolverá las convocatorias de la mayor Oferta Pública de Empleo público mayoritario que se ha desarrollado en España en los últimos años, con 3.571 plazas de distintas categorías.

Por otro lado, en los créditos para 2015 se han previsto las dotaciones necesarias para proceder a la devolución a los funcionarios y trabajadores públicos parte de la paga extra que fue suprimida en 2012 por el Gobierno de España. Para ello, en el presupuesto se han destinado 21,4 millones de euros.

■ COMUNIDAD VALENCIANA

Llombart gestiona 5.493 millones, el 70 por ciento del presupuesto total

El consejero de Hacienda y Administración Pública, Juan Carlos Moragues, subraya que los Presupuestos generales de la Generalitat para 2015 ascienden a 17.191 millones de euros, lo que supone un incremento de 7,2 por ciento con respecto al presupuesto del año 2014.

Las cuentas para este año están comprometidas con aquellas personas que más lo necesitan, según informan desde el Ejecutivo valenciano. Es por ello que incrementarán especialmente las destinadas a Bienestar Social, Educación y Sanidad, que en conjunto concentran más del 87 por ciento del presupuesto.

Los presupuestos sanitarios de 2015 crecen un 2,2 por ciento

En consonancia con el incremento presupuestario general, la Consejería de Sanidad concentrará en 2015 un presupuesto de 5.493 millones, un 2,2 por ciento más

que en 2014, y un 31,9 por ciento del total de las cuentas de 2015.

El gobierno de la región señala que en 2015 destinarán 28,57 millones a gasto social, de los que 15 millones irán destinados a materias sanitarias y 2,3 a bienestar social. Destacable es el importante peso que se le da al área sanitaria en el apartado de gastos de funcionamiento, re-

presentando más del 70 por ciento del total (2.925 millones, un 2,5 por ciento más que en el ejercicio 2014).

En el apartado de transferencias corrientes, (que ascienden a 3.266 millones), destacan transferencias de 860 millones para prestaciones farmacéuticas y socio-sanitarias y 418,57 millones para dependencia, discapacitados y servicios sociales.

La Generalitat informa respecto al capítulo de gastos de personal (que asciende a 5.135 millones), que los sucesivos acuerdos alcanzados en la Mesa General de Negociación van a permitir en 2015 la devolución de cerca del 25 por ciento de la paga extraordinaria retraída en diciembre 2012 a los empleados públicos, la recuperación del cien por cien de la carrera profesional en Sanidad y el cien por cien de los sexenios en Educación, y la implantación del sistema de carrera profesional horizontal.

■ EXTREMADURA

Aumento significativo "sin endeudar a la Comunidad"

El consejero de Salud y Política Sociosanitaria, Luis Alfonso Hernández Carrón, destaca que el incremento del presupuesto de Sanidad para el ejercicio 2015 es "significativo" gracias al "trabajo de equilibrio" de las cuentas públicas acometido por el Gobierno extremeño en los últimos tres años.

Basa su afirmación anterior en que el Pro-

yecto de Presupuestos elaborado por el Gobierno regional para 2015, que contempla un total de 5.365,69 millones de euros, destine el 59,1 por ciento a políticas sociales. Para Hernández Carrón esto es una prueba de que el gobierno presidido por José Antonio Monago "se compromete con la Sanidad una vez estabilizadas las cuentas", según el consejero. En este sentido, explica que el Gobierno de Extremadura tuvo "muy claro" que había que actuar para equilibrar las cuentas públicas, luchar contra el déficit y no endeudar más a la Comunidad, "y este planteamiento está dando sus resultados".

Según datos del consejero de Hacienda, Clemente Checa, se incrementan notablemente las partidas reservadas para la Sanidad pública extremeña, que crecen en su conjunto 94,5 millones de euros. En este sentido, los gastos destinados al Servicio Extremeño de Salud (SES) aumentan un 6,4 por ciento, hasta alcanzar los 1.364,3 millones de euros.

Además, a esta cantidad hay que sumar los 292,6 millones reservados para el Servicio Extremeño de Atención a la Dependencia (SEPAD), que crece un 4,1 por ciento, y a las cuantías propias de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, que asciende a 18,2 millones, lo que refleja un crecimiento del 2,7 por ciento.

El consejero de Hacienda añade que el Ejecutivo regional presta "cada vez" mayor apoyo a la Sanidad pública, al tiempo que destaca que se mantiene el presupuesto destinado a los conciertos sanitarios con entidades privadas, lo que refleja la "apuesta decidida por la Sanidad pública de calidad y para todos" del Gobierno de José Antonio Monago.

■ GALICIA

La Xunta deja la Sanidad fuera del leve incremento que tienen otras consejerías

El presupuesto que la Xunta de Galicia

destinará en 2015 a Sanidad asciende a 3.409 millones de euros, lo que significa un aumento de 11,6 millones con respecto al 2014. El Servicio Gallego de Salud (SER-GAS) recibirá la mayor parte de esa cantidad, 3.341,41 millones de euros. Se trata de una pequeña subida, de un 0,3 por ciento, pero es la primera que se produce en seis años, desde que Núñez Feijóo se puso al frente del Gobierno gallego tras ganar sus primeras elecciones autonómicas en 2009. Una opinión que no comparten ni los grupos de la oposición ni las centrales, quienes subrayan que la Xunta deja fuera a Sanidad del exíguo incremento que hace en otras consejerías.

De hecho, en 2014 se produjo una bajada con respecto al año anterior del 0,6 por ciento y en 2013 una más acusada del 1,5 por ciento. El presupuesto global de la Comunidad Autónoma registrará también un leve incremento del 0,5 por ciento con 8.436 millones de euros, 45 más que en 2014.

La consejera de Hacienda, Elena Muñoz, defiende que las cuentas blindan el gasto social, ya que casi ocho de cada diez euros se los llevarán Sanidad, Educación y Servicios Sociales. Estas tres consejerías suman un incremento de 28,3 millones de euros. Sin embargo, matiza que la Xunta "también tiene que atender otras áreas". De hecho, Vicepresidencia crece más que los tres departamentos sociales juntos, un total de 34,2 millones, el 16,8 por ciento.

Según Elena Muñoz, entre las prioridades de la Xunta para este año figura el impulso de las infraestructuras sanitarias con 124 millones de euros. El nuevo Hospital de Vigo es el proyecto estrella y recibirá unos 60 millones de euros para su puesta en marcha. Este importe contempla los 40 millones que costará equipar el centro, 1,9 millones para los accesos al recinto, los 5 millones para los equipos informáticos y otros 15 millones destinados a la primera anualidad del canon que debe pagar la Xunta a la UTE de empresas que asume la construcción, según la fórmula de financia-

ción público-privada elegida por el Gobierno de Núñez Feijóo para este hospital, lo que sigue provocando una fuerte controversia.

Como viene siendo habitual, la Consejería de Sanidad -como en todas las CC.AA.- es el departamento del Gobierno gallego que absorbe un mayor volumen de recursos públicos, con un total de 3.409 millones de euros. A pesar de ser una cantidad muy significativa en el conjunto de las consejerías -sus fondos totales ascienden a 8.436 millones de euros-, el dinero del que dispone son unos 4 millones de euros menos que en el proyecto presupuestario de 2014, cuando la cantidad llegaba a los 3.174,4 millones de euros.

■ LA RIOJA

J. Ignacio Nieto: "Son unas cuentas realistas y coherentes con la realidad social y económica"

El consejero de Salud y Servicios Sociales, José Ignacio Nieto, considera que el presupuesto para 2015 del departamento que dirige es "coherente y realista" con las cuentas globales presupuestadas para este 2015. Nieto garantiza que los 507,4 millones de euros con que cuenta la Consejería de Salud y Servicios Sociales -casi el 40 por ciento del presupuesto general del Gobierno riojano-, "son coherentes con la realidad social y económica que atraviesa La Rioja" y están pensados para "garantizar el acceso de todos los ciudadanos tanto a los servicios sociales, como a los sanitarios".

Para Nieto, "los dineros" de este año "nacieron en una situación de moderada confianza, manteniendo el necesario rigor que los hace creíbles y aplicables". Tal y como explicó el responsable de la Consejería de

Salud -con 402 millones (1,32 por ciento más que en 2014)- y Servicios Sociales, contará en el próximo ejercicio con una cifra que supera en más de tres millones de euros la correspondiente a 2014 y supone un incremento de un 0,63 por ciento con respecto al anterior ejercicio.

Esta subida se centra en las políticas activas de salud y de servicios, por encima de las partidas conocidas como de gestión administrativa. Nieto indica que algo más del 50 por ciento de presupuesto, 255,5 millones de euros, recae en el Servicio Riojano de Salud, y que del presupuesto asignado a la Consejería -251 millones-, gran parte está directamente dedicado a las políticas activas de prestaciones. El consejero recuerda el destino a prestaciones directas de la práctica totalidad de los 105 millones asignados a la Dirección General de Servicios Sociales, los más de 60 correspondientes a la factura farmacéutica y los 46,5 millones correspondientes a la Fundación Rioja Salud -17 millones- y la Fundación Hospital Calahorra -29 millones-, cuya dotación se incluye dentro de la Secretaría General Técnica.

Dentro del ámbito sanitario, Nieto considera garantizado el mantenimiento del actual nivel de prestaciones y anuncia entre otros objetivos para 2015, la puesta en marcha de la Estrategia de Crónicos y el III Plan de Salud de La Rioja.

Los presupuestos para el 2015 del Departamento de Salud de Cataluña serán de alrededor de 8.500 millones de euros, un 2 por ciento por más que en 2014

A juicio de Nieto, la actividad sanitaria del sistema público de salud queda garantizada con estos presupuestos y estima que en términos

porcentuales la cuantía de los conciertos establecidos para la asistencia sanitaria con medios ajenos supondrá, en sus contratos más importantes, aproximadamente el 5,5 por ciento del global. Desde 2013, especialmente en el ámbito quirúrgico y radiología, los conciertos sanitarios han re-



REPORTAJE DE PORTADA

La Sanidad pública no se recupera de los recortes

ducido su importe en un 15 y un 20 por ciento respectivamente.

En el ámbito de Servicios Sociales, Nieto explica que, en su conjunto, son las partidas que más se han incrementado, un 2,34 por ciento, hasta alcanzar los 105 millones de euros, casi dos millones y medio más de lo presupuestado en 2014. Gran parte de ese incremento lo asume la prestación económica por dependencia, que aumenta en un 3 por ciento con respecto a 2014 y queda fijada en 14,4 millones de euros.

■ MURCIA

Sanidad, con un aumento del 1,8 por ciento, la consejería que menos crece del Gobierno

Del total de los presupuestos de los que dispondrá la Región de Murcia para este 2015, cuyo montante asciende a 4.589,7 millones de euros, con un aumento del 1,8 por ciento respecto a 2014, al área de la Sanidad murciana se dirigirán 1.882 millones.

Según el presidente de la Asamblea Regional de Murcia, Martínez Asensio, “diseñados para aprovechar la recuperación económica y la previsión de crecimiento económico que tenemos del 2 por ciento para el año que viene, aunque sospechamos que será más de esa cifra”.

El 81 por ciento del presupuesto va destinado a Educación, Sanidad y Políticas Sociales, como en ejercicios anteriores. A la Consejería de Sanidad y Política Social se destina un total de 1.882,8 millones. De ellos, la mayor parte -1.805,2 millones- son para la Secretaría General; 45,3 millones para la Dirección General de Política Social; 22,9 millones van para Salud Pública y Drogodependencia; y 9,2 para la Dirección General de Planificación So-

ciosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano.

■ NAVARRA

Junto con el País Vasco, la que más invierte por persona

El presupuesto global del Gobierno foral de Navarra para 2015 será de 3.797,2 millones de euros, de los que el Departamento de Salud dispondrá 933,69 millones de euros, un 4,55 por ciento más que en la partida del año anterior.

El Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra adjudica a Salud un presupuesto de 933,69 millones de euros. Entre sus líneas de gasto destaca el 1,5 millones de euros destinado a la extensión del programa de detección precoz del cáncer colorrectal, dirigido a los usuarios de entre 50 y 69 años.

En 2015 también se va a implantar en toda Navarra la estrategia de atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos, lo que supondrá un importante cambio en el modelo cultural y de gestión desarrollado hasta la fecha en el ámbito sanitario de la comunidad foral y que abarca aspectos clínicos, organizativos, operativos, tecnológicos y por supuesto económicos.

También es reseñable el impulso de la investigación en el SNS, mediante el impulso al Instituto de Investigación Sanitaria, las becas de ayuda a la investigación, y el mantenimiento de las líneas de ayudas y subvenciones a asociaciones de pacientes.

Respecto de la atención farmacológica, Navarra deberá abordar en 2015 un incremento de la factura de al menos 2,6 millones de euros para la incorporación de nuevos fármacos para el tratamiento de la hepatitis C, lo que implicará un beneficio im-

portante en la curación y salud de pacientes. Además, a partir de este último trimestre y a lo largo de 2015, la gestión de la farmacia de todas las residencias de Navarra se va a extender tanto a las residencias públicas como a las privadas, lo que aportará una reducción del gasto en farmacia de las personas mayores residentes de más de 450.000 euros.

■ PAÍS VASCO

Siete de cada diez euros para las nóminas

El gasto sanitario copa en Euskadi la partida con más peso de los presupuestos del Gobierno vasco, más de un tercio del conjunto. La CAV destinará en 2015 a gasto público en salud por persona 1.565 euros, 24 euros más que en 2014, “una cifra muy importante, que más allá de la compleja situación económica que vivimos, y que refleja la prioridad de las políticas de salud para el Gobierno”, destaca el consejero Jon Darpón. Una cantidad que además está 400 euros por encima de la media del país, que se sitúa en 1.150 euros por habitante

El consejero explica que en 2015 el presupuesto para su Departamento asciende a 3.390,45 millones de euros, el mayor montante de las cuentas del Ejecutivo. Esa dotación representa un extra de 36 millones sobre la asignación del pasado año. “Este presupuesto es el resultado del equilibrio entre la prioridad de las políticas sociales y las necesidades de los vascos y es un presupuesto que garantiza la sostenibilidad del sistema sanitario”, analiza Darpón.

En un análisis más pormenorizado, el Servicio Vaco de Salud-Osakidetza se lleva la gran parte de la tarta presupuestaria, en concreto el 74 por ciento del total. La asignación para Osakidetza ha crecido un 2 por ciento respecto a 2014, ascendiendo a 2.557 millones de euros, 2.511 corresponden al contrato-programa y 46 millones dedicados a inversiones. No en vano, una de las claves de la actividad es que se con-

templán más de nueve millones de consultas en Atención Primaria, más de 116.000 operaciones quirúrgicas y en torno a las 200.000 estancias hospitalarias.

Nueva OPE en 2015

Los gastos de personal, sin embargo, se comen siete de cada diez euros. La suma destinada a las nóminas de la plantilla ha aumentado un 1,8 por ciento -31 millones más-, hasta alcanzar los 1.751 millones. El consejero señala que el “presupuesto va a reforzar el concepto de que el sistema sanitario somos ante todo personas que cuidamos de personas, por lo tanto los profesionales son uno de nuestros valores más importantes”. Además, “para mantener el compromiso con los profesionales, apostamos por la negociación colectiva y una política de consolidación del empleo que se reflejará en la nueva OPE para 2015 que complementará la prevista para finales de este año, con 948 plazas en total”, apunta el titular de Salud.

Darpón hace hincapié en que la parte asistencial, la compuesta por el contrato programa, los conciertos sanitarios y la farmacia representan el 95,6 por ciento del total del gasto. Y es que el gasto farmacéutico, uno de los grandes caballos de batalla en cualquier sistema sanitario, contabiliza algo más de 487 millones, aunque registra un leve descenso debido a la política de racionalización con la receta electrónica y la bajada en los precios de referencia de los medicamentos. Sin embargo, “se produce un incremento importante del 4,4 por ciento en farmacia hospitalaria para atender nuevas necesidades, fundamentalmente tratamientos oncológicos y nuevos tratamientos para la hepatitis C”, apunta Darpón.

El titular de Salud reitera la apuesta por mantener la innovación y la investigación potenciando los diferentes institutos y apoyando la investigación en red. Por ello, en las cuentas de 2015 se prevé también un aumento de un 14,7 por ciento para este ámbito (1,5 millones) que se dirigirá a im-

pulsar Biodonostia, Biocruces y Bioaraba.

Respecto al área de Salud Pública, la dotación presupuestaria se eleva un 2,6 por ciento, con el objetivo de “intensificar” las acciones de promoción y la prevención de la salud, en la línea establecida en el Plan de Salud 2013-2020, impulsar acciones del programa Menores y Alcohol, mejorar el calendario de vacunación infantil, ampliar la lucha contra las adicciones o iniciar el Plan de Salud alimentaria, entre otros.

■ PRINCIPADO DE ASTURIAS

Ligero incremento del 1 por ciento pactado entre el PSOE y el PP

Las cuentas de Sanidad del Principado de Asturias tendrán una ligera subida del 1 por ciento gracias a un pacto alcanzado entre el PSOE y el PP. En concreto, “los dineros” que el Ejecutivo asturiano destinará al ámbito sanitario ascenderán a 1.496 millones de euros de los 3.958 millones globales que el Principado presupuesta este ejercicio. El acuerdo permitió a Asturias evitar una nueva prórroga sobre el presupuesto para 2015.

Según Dolores Carcedo, consejera de Hacienda del Principado, con este presupuesto se garantiza el mantenimiento de la red asistencial, de la cartera de servicios y del empleo estructural. La consejera destaca que los presupuestos reflejan igualmente la apuesta del Principado por la investigación sanitaria, dado que permiten poner en marcha la Fundación para la Investigación Biosanitaria (FINBA), que cuenta con una transferencia para el próximo año de 310.000 euros.

Faustino Blanco, el consejero del ramo, destaca el “esfuerzo” que ha realizado su

departamento para garantizar los servicios públicos “universales, equitativos, justos y eficientes, dentro de la austeridad”. Blanco hace especial hincapié en señalar que del total de las cuentas sanitarias, el SESPAS se llevará 1.433 millones de euros y el

51,05 por ciento se destinará a gastos de personal y el resto al gasto corriente y el pago de la factura de farmacia. Se trata de unos presupuestos que buscan, en su opinión, continuar reduciendo

las inequidades en salud y preservar la cohesión social.

El dinero aprobado por el PSOE y el PP para la Sanidad asturiana vienen a suponer un ligero incremento del 1 por ciento con respecto al que se estableció para 2013 que fue de 1.480 millones de euros y que fue prorrogado en 2014. Con las cuentas de este 2015, los emolumentos destinados a Sanidad pasarán a representar el 38 por ciento del total de la Comunidad asturiana.

Las cuentas pactadas con el PP reflejan la apuesta por el gasto social y también por el control del déficit, para cumplir los requisitos establecidos por el Gobierno central, lo que explica que el capítulo de inversiones se lleve solo 330 millones de euros.

El Plan de Ciencia, Tecnología e Investigación continuará su desarrollo en 2015 con un presupuesto de 74 millones de euros ■

Documentación y fuentes

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Consejerías de Sanidad y Salud de las comunidades autónomas.
3. www.elmedicointeractivo.com



La idea del lema del Congreso
SEDAP 2015,
**‘Marcando
rumbo’,**
es volver a decir que
el profesional de AP
es el más capacitado para dirigirla

Amador Ruiz

Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
Presidente del Comité Científico del Congreso SEDAP 2015

Texto  Antonio Pais



“La idea del lema del Congreso SEDAP 2015, ‘Marcando rumbo’, es volver a decir que el profesional de AP es el más capacitado para dirigirla”

El lema del XVII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), que se celebrará los próximos días 15, 16 y 17 de abril en Palma de Mallorca, ya resulta clarificador: ‘Marcando rumbo’. Porque en el Auditorium de la localidad balear se volverá a debatir intensamente sobre el papel, ese rumbo, de la Atención Primaria (AP) en el sistema sanitario público español. El Congreso reclamará, según explica el presidente del Comité Científico del Congreso, el doctor Amador Ruiz, director médico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (gerencia única de AP, tiene 45 centros de salud y 82 unidades básicas), más hechos prácticos y menos filosofía o buenas palabras para el primer nivel asistencial. La AP quiere que se confíe en ella, que se le dé el liderazgo en un sistema de verdad orientado a crónicos; y precisamente de cronicidad, de la búsqueda continua de nuevas herramientas, de información (con un acercamiento al *big-data*), de indicadores... de gestión, en definitiva, se debatirá durante tres días en Palma de Mallorca.

En un primer vistazo al Congreso SEDAP 2015, dos notas destacadas. Una es su lema, ‘Marcando rumbo’; la segunda es la palabra ‘liderazgo’, el que siempre ha perseguido la AP en un sistema sanitario cada vez más orientado a crónicos. Es algo necesario... pero que nunca llega.

Es curioso. Nosotros en la Atención Primaria hablamos mucho de crónicos, sabemos que los crónicos son nuestros pacientes... pero después el enfoque organizativo de la AP sigue estando en atender al paciente agudo, de forma casi inmediata. Debemos volver a aquella programación de cuando empezó la AP de ver a

nuestros pacientes crónicos con enfermería al lado, lo que denominamos visita conjunta o programada: aplicando la terminología actual, realizar un abordaje multidisciplinar.

Pero desde la Atención Primaria y desde quienes tienen que gestionarla, ¿cómo se ve ese liderazgo, esa necesaria potenciación de la AP, esa falta de no sé si llamarla falta de interés? Porque al final todo es cuestión de invertir en el primer nivel asistencial, de dotarlo de recursos. El rumbo de la AP se ve ahora mismo un tanto torcido.

La idea de poner ese titular del Congreso, ‘Marcando el rumbo’, es un poco volver a decir que el profesional más capacitado para dirigir la AP es el propio profesional de AP. Y dentro de ellos, los directores de zona o de área son los que tienen que marcar ese rumbo y hacérselo ver tanto a la dirección asistencial como a los gerentes, a los políticos y a la población en general. Es así, no tiene que venir de arriba abajo sino que tiene que ir desde abajo hasta arriba. Creemos que el papel de los directivos de AP debe ser algo más que voluntarioso, pasar a ser algo que esté más profesionalizado.

Es éste un aspecto del que también se viene hablando desde hace mucho tiempo...

Sí, pero no se acaba de dar ese paso. Vemos que a nivel legal sí que hay un nombramiento, que se hace oficial al salir publicado en los Boletines Oficiales de las respectivas comunidades, pero nos falta

dar el siguiente paso: ya está nombrado, vamos ahora a darle poder, a darle peso, vamos a tener confianza en él para que lleve a cabo todas las reformas necesarias. Ya va siendo hora de dar ese paso, ser valientes y asumir la responsabilidad que eso conlleva.

Los directores de zona o de área son los que tienen que marcar ese rumbo y hacérselo ver a la dirección asistencial, los gerentes, los políticos o el consejero

Pues otra pregunta que se repite. Al final, ¿es más crucial la cuestión de incrementar presupuestos para la AP, de potenciarla, o de potenciar su propia gestión? Con las consultas masificadas, más en época de gripe, diversas voces reivindicando que el problema es de gestión.

Una cosa marca la otra. Estamos seguros de que la AP, gestionada por los propios directores de área, es muchísimo más rentable, muchísimo más cercana al ciudadano y con mejores resultados. Pero hay que dotarla. Si seguimos haciendo una gran inversión en las nuevas tecnologías y tenemos unos hospitales superdotados y se sigue pensando que la AP, como aguanta, pues que siga así... Nosotros en el Congreso lo que queremos también intentar ver es cómo podemos aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria: intentar volver a ese concepto de que la AP resuelve el 90 por ciento de los problemas de salud de los ciudadanos; eso es muy importante, pero para lograrlo hay que invertir: hacerlo en recursos humanos, en tiempo y en tecnología.

Recientemente, los presidentes de SEMG, SEMERGEN y semFYC se reunieron con el nuevo ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, y entre las peticiones que le hicieron para potenciar la AP estaba precisamente la de dotar de



mayor capacidad resolutoria al primer nivel... y que eso no es posible sin ecógrafos, o sin posibilidad de hacer cirugía menor, o instrumental para realizar retinopatía...

Está claro. Hay cierta tecnología que ya ha sido probada en el ámbito hospitalario, ya ha sido validada y reconocida, y hay que dar el paso de que esa tecnología pase a la AP. Se trata de ir evolucionando, como pasó en su día con el control de la glucemia, que antes la llevaban los endocrinólogos, o el de los anticoagulantes, que lo llevaba el hematólogo... ahora esos controles se hacen en AP. Hemos de seguir con esos pasos: la ecografía, que cada vez se hace más en los centros de salud, el despistaje de la retinopatía diabética... pero claro, si no tenemos ecógrafos, o retinógrafos, o electros digitales o no podemos hacer cirugía menor, entonces tendremos profesionales muy bien formados que después no tienen medios, es un aprendizaje que se pierde.

Priorizar cuestiones

La conferencia inaugural del Congreso SEDAP la impartirá Guillem López-Casasnovas y versará sobre 'Priorización necesaria para la sostenibilidad del sistema sanitario'. Al final, otra verdad que aún estamos esperando que se im-plante: la sostenibilidad pasa por una AP más fuerte.

Queremos hacer ese enfoque: el sistema es sostenible, pese a todos los 'bombardeos' que ha sufrido en su línea de flotación, pero hace falta una buena gestión y un buen enfoque. Hay que repetirlo: estamos hablando una y otra vez de crónicos pero seguimos sin hacer el enfoque en ellos: sigue habiendo un diez por ciento de camas para crónicos cuando son casi el 80 por ciento de los pacientes de los hospitales, eso consume muchos recursos. Y después, un crónico bien controlado en Atención Primaria, dedicándole el tiempo necesario, con sus interconsultas como tocan, potenciando cada vez más también

la consulta telemática para evitar que el paciente se tenga que desplazar y las dudas se puedan resolver en un corto espacio de tiempo, sin engrosar la lista de espera... pues todo eso ayuda. La tecnología del hospital es puntera, la AP necesita tecnología que no hace falta que sea tan puntera pero sí que sea resolutoria, que ayude a resolver los problemas que tenemos en las consultas: estamos en el siglo XXI y seguimos con instrumental de hace más de una década. En AP abordamos muchos aspectos desde el punto de vista biopsicosocial, debemos priorizar y aprender a priorizar para destinar los escasos recursos de que disponemos en aquellas acciones que tienen un aval científico demostrado.

Llama la atención el título de la primera mesa redonda del Congreso: 'Desinversión/reinversión'. ¿Qué hay en estos momentos en la Atención Primaria?

Se trata de decir que en Primaria seguimos haciendo muchas cosas que se hacían hace mucho tiempo y que realmente tam-

poco han demostrado que funcionen; y no podemos hacer otras cosas que realmente sabemos que funcionan como muestran los resultados publicados. Como no tenemos tiempo porque tenemos que seguir haciendo lo de antes, no podemos hacer lo de ahora. Por ejemplo, la revisión del paciente hipertenso: antes se revisaba cada mes, pero ahora si el paciente está bien controlado se puede revisar cada tres, seis meses o incluso una vez al año, y esas visitas que ya hace el paciente hay que reinvertirlas en otras cosas. Pero es importante

hacer ese cambio, porque muchas veces no sólo no se elimina lo anterior sino que se añaden más cosas, con lo cual el profesional termina quemado.

En la profesionalización del directivo de AP ya hay nombramiento oficial... falta dar el siguiente paso: darle peso y confianza para que realice las reformas necesarias

Y el gestor, ¿acaba también desbordado? ¿Siente un

poco que lucha contra molinos de viento?

Sí, también; porque se van introduciendo cosas nuevas en la cartera de servicios y no se van suprimiendo aquellas que ya no son necesarias. El gestor, en estos casos, también se encuentra en una encrucijada: por un lado lo que le demanda



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Amador Ruiz

la sociedad o el servicio de salud... con el presupuesto que le dotan y con unos profesionales sanitarios, en muchas ocasiones, sobresaturados. Aquí el papel de líder, capaz de seguir ilusionando y priorizando en los aspectos del día a día, así como participando activamente en la planificación de la actividad sanitaria y gestionando los recursos de los que dispone, se hace imprescindible.

Dando un salto a la mesa 4 del Congreso, 'Responsabilidad más allá de tu consulta...'

Bueno, este título nos costó encontrarlo. Se refiere a aquellos profesionales de Atención Primaria, dentro de un EAP, que se dedican a hacer actividades más allá de las asistenciales, como puede ser investigación, docencia, etc., que muchas veces se tienen que ausentar del centro de salud para ir a una reunión o un congreso, pues que el resto del equipo no lo vea como un privilegio, un dejar su carga asistencial en sus compañeros, sino que lo vea como que ese médico se está ausentando pero le está dando un prestigio a su centro de salud.

Aunque de potenciar la investigación y la docencia en AP habría mucho que hablar...

Sí. Aunque se hace formación, muchas veces generada por las expectativas de los profesionales, en muchas ocasiones dejamos, por comodidad, presupuesto o lo que sea, que la formación de los profesionales de Atención Primaria recaiga en la industria, que tiene un potencial mucho mayor. Es algo que debemos cambiar; pero si montamos un curso y los profesionales no pueden ir porque no tienen sustituto... eso también influye.

En esta mesa hay una ponencia titulada 'El liderazgo de la AP en la gestión integrada', de José Manuel Martínez.

¿Se está dando realmente este liderazgo?

Creemos que la AP en las áreas de gestión integrada debe tener un peso relevante. Por eso queremos ver las diferentes experiencias que se han desarrollado en otras CC.AA., y aprender de los aciertos y de los errores cometidos.

La búsqueda de herramientas

En esa mesa 2, que va a moderar usted, se debatirá sobre otro aspecto importante: 'Gestión de la información. Del dato al conocimiento'. Se trata, según explican, de la búsqueda continua de herramientas útiles.

Yo fui responsable de la oficina tecnológica del Ib-Salut durante diez años, y llevo también la parte funcional la oficina de seguridad de la información, y estamos viendo, por ejemplo, en el caso de la historia clínica electrónica del paciente que hemos pasado del papel al ordenador, es cierto... pero el concepto sigue siendo el mismo que había en papel, eso no lo hemos cambiado. Y tampoco hemos cambiado el concepto de los indicadores: la única diferencia entre los indicadores de ahora con los de hace 20 años es que antes para hacer una auditoría tenías que

pasar tres meses 'navegando' por todos los centros de salud buscando las historias clínicas de papel y ahora le das a una tecla y las sacas.

Creo que aquí también deberíamos evolucionar, ser valientes y aprovechar la tecnología al máximo para sacar esos indicadores que realmente midan lo que hacen nuestros profesionales; y tener también indicadores de salud, de saber cómo está nuestra población: a lo mejor lo estamos haciendo muy bien según los indicadores, pero la población está peor.

En eso incide la última ponencia de esa mesa 2: 'BIG-DATA. El sistema sanita-

rio del futuro', que impartirá Juan Carlos Muria.

Hay que ver qué está pasando con el *big-data*. Porque puede que lo veamos muy lejos, pero está ahí. Lo que no debemos dejar es que sean los tecnólogos los que manejen el *big-data*. En el Congreso vamos a ver, no ya sólo desde el punto de vista de Primaria sino del sanitario, cómo podemos gestionar esa fuente inabarcable casi de datos. Esto es ya más mirando al futuro, pero la mesa es sobre todo del presente: Galicia con esos indicadores integrados Hospital-Primaria; Cataluña que ha publicado esos indicadores al público, para que cada uno vea cómo está; y el Ministerio, en el trabajo que está haciendo con la BDCAP, que es la base de datos de Atención Primaria.

¿Cómo está yendo este proyecto de la BDCAP?

Es un proyecto que se inició hace dos años, pero que realmente ha empezado a dar datos ahora, del año 2011 de ocho comunidades autónomas que han conseguido subir esos datos, lo cual es bastante complejo; y también se da la diversidad de la AP: cada comunidad tiene su programa, cada una trabaja a su manera, casi el total de los centros están informatizados... pero está la idea de que si los hospitales tienen sus CMBD (Conjunto Mínimo de Bases de Datos), vamos a hacer el CMBD de Atención Primaria. Recientemente ya salieron esos datos de 2011 de ocho comunidades, para este año van a salir ya los de 2012, y seguramente los de 2013: es una fuente de datos potentísima.

Es que es de una lógica aplastante: hay que saber qué se hace, medirlo bien, para corregir y mejorar.

Claro, claro. Aquí hacemos muchas cosas pero no medimos nada; y si las medimos, después tampoco sacamos conclusiones de eso. También es un poco el miedo a

cientemente ya salieron esos datos de 2011 de ocho comunidades, para este año van a salir ya los de 2012, y seguramente los de 2013: es una fuente de datos potentísima.

Es que es de una lógica aplastante: hay que saber qué se hace, medirlo bien, para corregir y mejorar.

Claro, claro. Aquí hacemos muchas cosas pero no medimos nada; y si las medimos, después tampoco sacamos conclusiones de eso. También es un poco el miedo a que estemos midiendo mal, o a que lo medido no nos sirva.

La gestión de la cronicidad

En la mesa 3 del Congreso se debatirán a fondo 'Propuestas concretas a la gestión de la cronicidad', viendo las características diferenciales y diferentes modelos en la gestión de crónicos, la diabetes en AP, el papel de la Enfermería, la atención integrada a crónicos (complejos y paliativos) en AP, con la estrategia existente en Castilla y León... otro aspecto crucial.

En Baleares colaboramos con el Ministerio en la plataforma que está creando de gestor de enfermedades crónicas, y tenemos un programa propio de gestor de enfermedades crónicas que se creó entre 2010 y 2012. Y volvemos a lo mismo, todo el mundo habla de cronicidad, todos saben lo que es, todos dicen que hay que orientar el sistema a crónicos... Entonces, se trata de ver cuál es el punto de vista de otras Comunidades, cómo lo aborda cada una, cuáles son los planes que han hecho y cómo están funcionando, tanto a nivel de crónicos como al de paliativos: aunque sean distintos, tienen que ir un poco de la mano.

Aunque, en todo caso, es el propio sistema el que tiene que convencerse de su orientación.

Creo que en esta mesa también se tratará

el tema de por qué Asuntos Sociales está separado de Sanidad, cuando sobre todo en la parte de cronicidad van muy de la mano: el profesional sanitario llega hasta cierto punto, y hasta cierto punto tienen que entrar también los condicionantes sociales. Es un tema que en Cataluña, con la figura de Albert Lledó, han intentado buscar ese puente entre la Consejería de Salud y la de Asuntos Sociales. Está claro que en este apartado hace falta mucha inversión, y mucha organización también: todos sabemos lo que cuesta una cama de un hospital de agudos y cuánto una de crónicos; si gestionamos bien la cronicidad y la medimos correctamente seremos capaces de invertir mejor.

De la 'necesaria integración Primaria-Especializada' se ha pasado a hablar en España de la integración entre lo social y lo sanitario...

Eso es complicado. Haces lo que puedes y a tu nivel. En Baleares intentamos que las residencias de ancianos del Gobierno tengan el mismo programa informático que los hospitales y Primaria en la gestión de crónicos, para que al menos la información clínica de ese paciente no se pierda. Si después el paciente no puede ir a la residencia porque no hay plazas, o no hay médico allí, ése ya es otro problema que ya no es tanto tecnológico como presupuestario u organizativo.

Esto quizás enlaza con el contenido de la mesa 5, 'Intervención comunitaria. Gestión del entorno'. Se trata de visualizar los recursos de la Comunidad para dar respuesta a las necesidades en salud.

Aquí se trata de hacer un mapa de recursos. Y sobre todo, se trata de inten-

tar evitar duplicidades y discrepancias: no se puede tener a un paciente que esté siendo tratado en una parte de la Comunidad de una manera, y en otra parte, de otra. O también, de evitar desigualdades importantes entre Comunidades, ya que hablamos de una Sanidad universal.

Si no tenemos ecógrafos, o retinógrafos, o electros digitales o no podemos hacer cirugía menor habrá profesionales muy bien formados sin medios

La última pregunta es sobre la conferencia de clausura del Congreso SEDAP, a cargo de

Raimundo García del Moral: '¿Es factible el menos es más en la Medicina moderna?'

Yo creo que sí, volviendo un poco a lo que hablábamos de desinversión/reinversión: no es que se tenga que invertir menos, pero sí que es necesario aprovechar muchísimo mejor los recursos. Y aquí es fundamental el papel del directivo: que sepa dirigir a su equipo, que sepa dirigir también a sus superiores en la dirección asistencial para ir en el lado correcto: porque eso evita duplicidades, evita el gasto superfluo y conseguirá tener mucho mejor atendidos a los pacientes. No hace falta tener a todos los pacientes medicalizados, hay que buscar el término medio que es el que te puede llevar a ser eficiente: estamos en un mundo en el que se controla todo gasto, entonces hay que tenerlo muy bien justificado ■

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





Externalización de servicios en la gestión hospitalaria: un ámbito con necesidades de mejora

La crisis ha sido el motor de la innovación en muchos sentidos, pero hay herramientas de gestión, que tras muchos debates, se han quedado por el camino. Por ello, insistir en las compras centralizadas, en la implantación de las TIC o en la externalización de servicios no sanitarios que supongan un aumento de la eficiencia siguen siendo objetivos de los gerentes de hospitales, que han vuelto a reunirse para tratar este tema en la I Jornada AERCE/SEDISA sobre Compras en el Sector Sanitario.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo

Externalización de servicios en la gestión hospitalaria: un ámbito con necesidades de mejora

Cuando se habla de gestión hospitalaria, por norma general, se tiende a pensar en la gestión de lo sanitario, del personal, de la propia estructura hospitalaria, pero muchas veces se olvida la importancia que tiene la adquisición de bienes y servicios, que resulta clave tanto en las cuentas, como en el buen funcionamiento del hospital. Para ello, el contar con las nuevas tecnologías y

flexibilizar la contratación de servicios no sanitarios a empresas expertas pero externas, son dos claves en los objetivos de los gerentes. Para profundizar en todos estos temas, la Asociación de Profesionales de

Compras, Contratación y Aprovisionamientos en España (AERCE), en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), ha organizado la I Jornada de Compras en el Sector Sanitario, en la que los temas estrella han sido las compras centralizadas, la incorporación de las TIC y la búsqueda de socios en los contratos con proveedores.

Plataforma de Compras Centralizadas del SNS

Una de las herramientas que más impulso ha tomado durante la crisis económica

Una de las herramientas que más impulso ha tomado durante la crisis es la compra centralizada, ya no sólo dentro de una misma Comunidad, sino también a nivel nacional

es, sin duda, la compra centralizada, ya no sólo dentro de una misma comunidad autónoma, sino también a nivel nacional. Aunar los pedidos permite muchas ventajas gracias a las economías de escala, y tras la descentralización de la Sanidad crear una herramienta que pudiera poner de acuerdo a las comunidades autónomas en este sentido ha sido clave en el ahorro

de recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Precisamente, para hablar del proyecto de la Plataforma de Compras Centralizadas del SNS, en marcha desde 2012, intervenía en este foro José Julián Díaz Melguizo, director general de INGESA, que además de datos prácticos y generales sobre la misma, aportaba algunas cifras mucho más ejemplificadoras. Para empezar, que el ahorro total que han supuesto las compras centralizadas a través de esta plataforma ha sido de 838 millones de euros. Una cantidad que el representante de INGESA considera “poco”, teniendo en cuenta que hablamos de un montante total de 10.000 millones.

En total, participaron en las mismas 13 de las 17 comunidades autónomas, cuestión

que Melguizo justificaba explicando que “las que no participaron era porque estaban más avanzadas, como es el caso de Cataluña, País Vasco, Andalucía o Canarias, o porque ya habían sacado esa compra antes con contratos permanentes”, aclarando así mismo que “no todas las Comunidades se han unido en todos los contratos, ni a todos los lotes, pero soy optimista, y de aquí a 2020 se van a unir, siempre y cuando les sea beneficioso”. El director general de INGESA destacaba también la participación del Ministerio de Defensa y del Ministerio de Interior en estas compras centralizadas y afirmaba que 2015 será el año en el que se consolide el funcionamiento de dicha plataforma.

“Los objetivos de dicha herramienta pasan por fijar una política y un procedimiento de compras para el SNS; unificar los criterios técnicos que deben cumplir los productos en el SNS, con mantenimiento de la calidad de los mismos; unificar criterios para los contratos derivados de las CC.AA.; seleccionar proveedores a nivel central que permitan un mantenimiento competitivo del mercado; licitar vía electrónica; e introducir productos nuevos en el SNS”, detallaba Melguizo.

Características de los contratos centralizados

Melguizo profundizaba en la presentación de esta plataforma para dejar patente de dónde surgía la necesidad de la misma y cuál es exactamente su funcionamiento. Es obvio que la necesidad de crear esta herramienta surge tras la descentralización, que ha traído un mayor esfuerzo presupuestario para mejorar y modernizar las estructuras sanitarias. No hay que olvidar que la atomización de los centros de decisión ha provocado la evidente disminución de los beneficios de las economías de escala.

Según la información de INGESA, de forma recurrente, informes emitidos sobre la situación del SNS han subrayado la necesidad de abordar estrategias tendentes a: reducir costes; favorecer economías de esca-



la en las ofertas de los proveedores mediante agregación de la demanda; la simplificación de los procedimientos administrativos; la promoción de la eficiencia, transparencia y concurrencia en las licitaciones públicas, y la homogenización de criterios. Ante todos estos datos, “se empezó a trabajar en esta plataforma en abril de 2012, y fue en diciembre de ese mismo año cuando se realizó el primer concurso. No fue un camino fácil, y es que para esos primeros concursos se presentaron un total de 50 recursos, y se tuvo que desistir de los mismos por cuestiones administrativas. Pero la plataforma ha ido evolucionando, y lo ha hecho junto con el sector, aportando tanto la experiencia de las Comunidades como de la industria farmacéutica y de productos sanitarios”.

Principalmente se ha optado por tres vías de modelo, el de la contratación centralizada, el de compras agregadas y el de la compra centralizada de emergencia. Entre ellos destaca el sistema de compras agregadas, que permite acuerdos de adhesión puntuales de las CC.AA. para cada una de las licitaciones; flexibilidad en el diseño del procedimiento posterior de contratación derivada; o la tramitación a través de Acuerdos Marco. Se trata de un modelo flexible del que se tenía bastante experiencia previa, sobre todo, en la compra de vacunas, pero una de las claves del éxito fue la gran colaboración de las Comunidades, incluso de algunas que no participaron en los concursos, como es el caso de Cataluña, que contribuyeron aportando toda su experiencia previa.

El modelo de compra centralizada en caso de emergencia surge a raíz del RDL 14/2014, es decir, a raíz del brote del virus del ébola. El mismo ha servido para proporcionar material de protección y de asistencia en caso de que existiese un brote de ébola en el territorio nacional. “Este modelo de compra es totalmente centralizado, ya que incluye tanto la compra, como el pago y la distribución, permitiendo ventajas en el suministro en caso de emergencia”, apuntaba el experto del INGESA.



Para explicar cuál ha sido la actividad de esta plataforma, José Julián Díaz Melguizo detallaba que en la compra centralizada de factor VIII recombinante se unieron 9 CC.AA. e INGESA, y el presupuesto ascendió a más de 48 millones de euros. Para las epoetinas el Acuerdo Marco lo firmaron 5 CC.AA., el Ministerio de Defensa e INGESA, por un valor de casi 11 millones de euros. Asimismo, para la compra de inmunosupresores se realizó una compra centralizada entre 10 CC.AA., los Ministerios de Defensa e Interior e INGESA, por un total de 666 millones. Por otra parte, en productos sanitarios se pusieron de acuerdo ocho CC.AA., sendos ministerios e INGESA, por un valor de casi 62 millones; y por último, para la adquisición de medicamentos genéricos y biosimilares, por un periodo de dos años, participaron 11 CC.AA., y el Ministerio de Interior, con una cifra de 52 millones de euros.

Melguizo especificaba, en cuanto a las características de estas licitaciones, que todos los trámites posteriores al Acuerdo Marco (aprobación, gasto, formalización,

contratos, recepción y pago) son efectuados por el destinatario de los suministros. Si los bienes seleccionados o las características no reúnen las condiciones indispensables para satisfacer las necesidades concretas; pueden autorizarse contrataciones específicas.

En cuanto a las características más generales de esta plataforma habría que destacar que supone un menor impacto sobre la estructura del mercado, al no haber un

Aunar los pedidos permite muchas ventajas gracias a las economías de escala, y tras la descentralización de la Sanidad crear una herramienta que pudiera poner de acuerdo a las CC.AA. en este sentido ha sido clave en el ahorro de recursos del SNS

proveedor único dentro del SNS. El precio se fija en el proceso de selección y no es un criterio único para la adjudicación, ya que existen otros criterios técnicos para su elección (contratos derivados). Los servicios de salud determinan la adjudicación para su Comunidad, a mayor

pluralidad de proveedores, los aspectos técnicos prevalecen. Se reduce el proceso administrativo y se agilizan las adquisiciones. No es ni exclusivo, ni excluyente. Igualmente, profesionales y pacientes cuentan con toda la variabilidad de productos del mercado, y la licitación es un proceso coordinado entre AGE y CC.AA.



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Externalización de servicios en la gestión hospitalaria: un ámbito con necesidades de mejora

Los beneficios del modelo centralizado también son múltiples. “Para empezar, contribuye a establecer estándares de calidad comunes en todo el SNS, pero también mejora la calidad y la equidad, así como supone un incremento de la eficiencia del SNS en su adquisiciones, generando ahorros”, insistía el director general de INGESA, que añadía que este modelo cuenta con la garantía de las empresas suministradoras, al propiciar la estabilidad del mercado mediante un escenario de contratación común para todo el sistema, particularmente en relación a los tiempos de pago y con la elaboración de un catálogo común de productos del SNS. Por último, demuestra mayor eficiencia administrativa al disminuir el coste de los procesos y aporta mayor transparencia al unificar procesos y criterios.

Experiencias autonómicas

La realidad es que esta plataforma ha bebido mucho de la experiencia de las plataformas de compras centralizadas a nivel autonómico, que unas Comunidades tenían más desarrolladas que otras. Para hablar del caso concreto de Madrid acudía a este evento Javier Guijarro, responsable de Logística del SERMAS, que comenzaba su exposición afirmando que “la descentralización existe y va a seguir existiendo, no se le puede quitar la capacidad de compra de los centros sanitarios”.

Lo primero que explicaba el experto es que, en realidad, este modelo de compras se basa en unos iniciales procesos de agregación de compras. De dicha experiencia se pasó a la creación de una central de compras en sí misma que se basaba en diferentes tipos de acuerdos.

Otros acuerdos a destacar, además de la adquisición de bienes, es la búsqueda del ahorro energético con nuevos acuerdos de cola-

boración con las empresas en contratos de servicios. La oferta se hace en base al porcentaje de ahorro, de manera que de cada euro que se ahorra, la empresa se lleva el 70 por ciento, y el otro 30 la administración.

Dando una perspectiva más regional, Javier Guijarro, explicaba que la función de la central de compras puesta en marcha en la Comunidad de Madrid en 2012 ha representado un porcentaje del 17,95 por ciento.

Las ventajas de las TIC en las centrales de compras

Las compras centralizadas no son las únicas herramientas que se han puesto en marcha a la hora de buscar tanto ahorros como eficiencias. Tal y como detallaba Miguel Ángel Montero, director de Sanidad y Servicios Sociales de Informática de El Corte Inglés, se han intentado llevar a cabo modelos de gestión indirecta en hospitales, servicios compartidos entre proveedores, otros modelos de colaboración público-privada, o la racionalización y contención del gasto farmacéutico, con la actualización del copago. “Todas ellas no han dado el resultado esperado o no ha sido posible finalmente su puesta en marcha”, sentenciaba Montero. Sin embargo, bajo su criterio, hay medidas que se han desaprove-

chado, como la mejora del rendimiento y el cambio de rol de los proveedores, la evaluación de políticas y medidas sanitarias, la promoción de la salud y del autocuidado, y sobre todo, el acelerar la implantación de las

TIC actualmente disponibles. “Sólo el 1,19 por ciento de los recursos sanitarios se invierte en tecnologías de la información y la comunicación”, insistiendo en que esto no se traduce por una apuesta real, tal y como se afirma desde la Administración.

Por ello, el experto dedicaba su presenta-

ción a explicar cómo la implantación de las TIC en salud tendría una importante repercusión en herramientas como las compras centralizadas, ya que por ejemplo “si se compra sin tener en cuenta cuál es la verdadera actividad asistencial se estará comprando mal”. Y es que no hay que olvidar que en ocasiones comprar más no siempre significa comprar más barato, ya que hay que contar con problemas como la caducidad, los extravíos o la rotura tras un largo almacenamiento.

“Hace mucho que los sistemas de información permiten las compras centralizadas, la cuestión es que estos sistemas no están realmente explotados dentro del SNS. No es integrar informática, sino contribuir a mejorar los procesos que previamente están pensados, es decir, integrar estrategias y planificación del cambio”. De hecho, según el experto, el uso de TIC dentro del SNS supone cifras como un incremento en la satisfacción del paciente en un 118 por ciento, ya que se le hace partícipe de su propia información; decrece en un 52 por ciento la readmisión a los 30 días de alta porque es más fácil monitorizar al paciente desde su domicilio, y en EE.UU. hay una media de 9,7 millones de media de eliminación de servicios que no aportan valor. “Hay que invertir en sistemas de información”.

Servicios como socios de valor

Invertir para generar valor, y no solo pensar en gasto. En la contratación de servicios prima el concepto del precio, y por ello, las empresas intentan variar la perspectiva, dejando de hablar de compras para hablar de colaboraciones. Esa era otra de las conclusiones a las que se llegaba dentro de esta jornada AERCE/SEDISA.

Concretamente, la idea que dejaba sobre la mesa Raúl Ayala, director de Negocio de Mantenimiento y *Facility Management* de Concentra: generar un cambio de manera que la contratación de servicios suponga aportar valor a los clientes. Es decir, no ser un coste dentro de los mu-

chos que puede tener el hospital, sino contribuir al sistema, “porque ser socio significa compartir responsabilidades y recursos”. Así, Raúl Ayala explicaba que cuando se entra en la cadena de valor, no como coste sino aportando una ventaja competitiva, se aporta más al cliente, y por tanto, es lógico, que se compartan los beneficios. Pero para ello, es necesario que el sistema evalúe estos servicios según su valor, y no sólo según el precio.

En torno a esta idea, Juan Antonio Pérez Masson, director nacional de Ventas del Grupo SIFU, creía que para aportar valor “hay que evaluar la satisfacción del cliente, y establecer niveles de calidad”, según los cuales, si se superan las expectativas, mejorando la imagen o generando ahorros, se bonifique al proveedor, y si no se llega, existan penalizaciones, “pero para ello hay que dejar claro los estándares de calidad que compartimos”. Como ejemplos proponía el establecer índices de calidad específicos y concretos, que pasen del modelo todo incluido a modelos con parámetros precisos por zonas o sectores. Matizaba esta cuestión Juan Carlos Rodríguez, director de Soluciones y Preventa de Prosegur, que creía que esos indicadores deben estar muy orientados al tipo de servicios que se presta, ya que en el caso de la seguridad, más que medir el número de intervenciones, habría que medir la prevención de las mismas. “Lo que hay que hacer es buscar fórmulas de colaboración, plantear ideas e iniciativas que puedan ser conjuntas”, y estas pueden ir desde la empresa externa al servicio de salud o viceversa. Aunque lo cierto es que los socios-proveedores de servicios son los verdaderos expertos en la materia, y por tanto, son los más indicados para ver y ofrecer ámbitos de mejora.

Ángel Puente, presidente de Cogesa, insistía en la idea de que si en el aprovisionamiento de servicios no se ha innovado lo mismo que en otros aspectos del sistema sanitario es porque eran servicios internos, y por tanto, no eran vistos desde la perspectiva de los especialistas. Ponía

como ejemplo grandes empresas automovilísticas, explicando que incluso estas externalizan la creación de las piezas, lo que les aporta un plus en especialización e innovación. En cambio, en el Sistema Nacional de Salud, “tenemos muy buenos profesionales, pero que solo cumplen con la función que les mandan”, apuntando que cuando se habla de logística “se ha avanzado muy poco, y ese es el punto que debemos de cambiar, la gestión de estos servicios”.

La falta de mejoras en la gestión de la logística

Otra idea que salía a relucir era la del catálogo único. Según Puente “hay muy pocos servicios que tengan un catálogo único”, y ese es uno de los problemas clave en la gestión de los servicios. “No puede ser que yo tenga en el catálogo de un mismo hospital el código para una calza y otro para el cobertor de zapatos”.

A este respecto, Emilio Moliner, director de Análisis y Desarrollo de Soluciones Logísticas de COFARES añadía que “además de centralizar las compras o los catálogos deberíamos centralizar los almacenes”. De esta manera, ponía como ejemplo la logística farmacéutica, “en la que el catálogo no es el mismo, pero es bastante coincidente”, donde se ha creado una red de almacenes centrales y se tiene un servicio potente de distribución tres o cuatro horas al día. “No es necesario tener todo el stock en el sótano, se puede dar el mismo servicio unificando un nivel de stock más bajo”, proponiendo si no una plataforma nacional, sí una o varias plataformas por Comunidad, como es el caso de Andalucía, aunque aseguraba que “con 8 plataformas podría servirse a toda la Península”.

Especialmente llamativa era la intervención de Eva Guerricagoitia, gerente de *Smart Health Services* (SHS), que explicaba que hay un verdadero problema en la logística, y sobre todo, en el personal que lo maneja. Pese a que en la mesa ya se hablaba de que la formación continuada

permite mejorar el aprovechamiento de los recursos, y de hecho, algunos hospitales ofrecen un aula virtual para el reciclaje continuo de su personal en el uso de estas nuevas tecnologías, la experta insistía en que si bien los profesionales sanitarios son grandes profesionales en lo suyo, y hacen todo lo posible con los recursos que tienen, “no son profesionales de la logística”.

Sin embargo, existe mucha resistencia a externalizar servicios como el del almacén. “Cuando alguien dice de externalizar un servicio se entiende que se va a privatizar la Sanidad”, insistiendo en que en contrapartida, “todos estamos de acuerdo en que existe un problema y no se entiende por qué no se da ese paso, si es sólo una cuestión política y sindical, o por qué a día de hoy todavía son las enfermeras las que están gestionando pedidos del material sanitario”. Y es que, según sus datos, un 20 por ciento del trabajo de una supervisora de Enfermería es controlar el almacén, trabajo que en su opinión no debería recaer sobre este colectivo, que debe atender a otras cuestiones más importantes, como es el propio paciente, añadiendo que “esto pasa tanto en la pública, como en la privada”. Todo ello lleva a que nadie hace una verdadera gestión de la logística más allá de una gestión de caducidades en el momento del inventario, cuestión de la que no culpa a los profesionales saturados y con pocos recursos, sino a la falta de flexibilidad del sistema ■

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



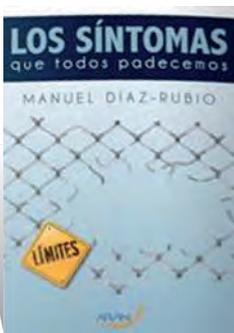


Interés general

Los síntomas que todos padecemos

Autor: Manuel Díaz-Rubio

El bostezo tiende a ser visto como signo de aburrimiento o desinterés manifiesto pero no siempre ha sido así. Cada cultura le ha dado una interpretación distinta. En cambio, sí hay consenso científico en que estamos ante un fenómeno contagioso. Éste es uno de los veinte “Síntomas que todos padecemos” y que el profesor Manuel Díaz-Rubio ha reunido en un libro. “Me-



adilla” del miedo, taquicardia, vanto-seo, rubor, somnolencia, sudoración, tos nerviosa, retortijón, sequedad de boca o ruido de tripas son algunos de los síntomas analizados en la obra con tanto rigor como amenidad.

Según el profesor Díaz-Rubio, conocerlos bien ayuda a poder controlarlos de forma más eficaz y a no perder seguridad en uno mismo cuando irrumpen por sorpresa. Por eso de todos ellos se

explica en qué consisten, cómo se producen y cómo se pueden evitar. Las distintas reacciones, de carácter rutinario o excepcional marcan nuestra personalidad.

En esta obra desfilan personajes históricos reyes, pintores, científicos, cineastas, músicos, poetas, dramaturgos, novelistas... Y anécdotas, refranes, poemas, frases de películas y pasajes de novelas ■

Reumatología

Sobrevivir al dolor

Autor: Grela Bravo

El dolor crónico, epidemia que afecta a millones de personas en todo el mundo, constituye sin embargo una enfermedad silenciosa, invisible para quienes no lo padecen.



En esta obra la autora, trascendiendo la perspectiva científica y clínica, salta la barrera de la invisibilidad que caracteriza al dolor crónico y da voz a los pacientes aquejados por él, los sitúa en el eje de su discurso. En relación con el dolor hay una especie de tabú consensuado y transcultural en su expresión; está prohibido mostrarlo más allá de lo permitido y tolerable.

Hablar de ello resulta incómodo, aun cuando forma parte de la vida de millones de personas. La autora, utiliza su experiencia como punto de partida para apoyar a otras personas que se encuentren en la misma situación.

En “Sobrevivir al dolor” Grela Bravo aborda con profundidad y delicadeza qué significa vivir con dolor y cómo sobrevivir a él para vivir mejor. Tal y como describe en el prólogo del libro el doctor Antonio Collado, a través de la pluma de la autora se advierte “la búsqueda de la emoción embotada por el dolor, con una actitud valiente, retadora, utilizando la defensa de su propia dignidad” ■

Tecnología sanitaria

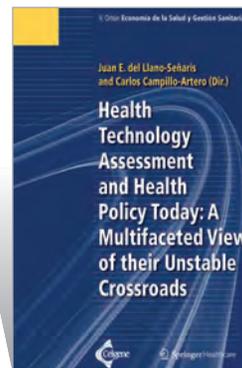
Health technology assessment and health policy today: A multifaceted view of their unstable crossroads'

Autores: Juan E. del Llano-Señarís y Carlos Campillo-Artero

La Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS), con la colaboración del laboratorio biotecnológico Celgene, presenta el libro “Health technology assessment and health policy today: A multifaceted view of their unstable crossroads”. Esta publicación tiene como objetivo analizar todos los factores que intervienen actualmente en la evaluación de las tecnologías sanitarias así como la relación que tiene con la política sanitaria en los distintos países europeos.

Uno de los objetivos de este libro es efectuar una recopilación de los distintos puntos de vista interdisciplinares, así como de las opiniones de un número de profesionales destacados en esta materia con el fin arrojar luz sobre los próximos pasos a seguir en los procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

A lo largo de la última década la evaluación de las tecnologías sanitarias ha evolucionado mucho y de forma muy diferente en los distintos países europeos apostando por diferentes modelos de evaluación. Asimismo, se analizan temas como los recursos insuficientes, los retrasos en las evaluaciones de nuevas tecnologías sanitarias, la influencia real en las decisiones regulatorias, la necesidad de fortalecimiento de la cooperación internacional entre agencias o la estandarización en la metodología empleada, como algunas de las barreras que encuentra la ETS en nuestro país ■



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



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

Contacte con nosotros en:
gruposaned@gruposaned.com

Lyceum

www.lyceum.es



saned

GRUPO

www.gruposaned.com



ON-LINE

La Medicina en la red

<http://cambialaconversacion.es/>

La campaña “Cambia la conversación en diabetes” invita a las personas con esta patología a compartir sus experiencias y a conversar en la red. Se trata de una iniciativa puesta en marcha por la compañía Janssen, y que ha contado con la colaboración de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE).

Con este proyecto nace la primera plataforma de innovación en diabetes tipo 2, y representa una invitación al debate social entre personas relacionadas con este problema de salud. El objetivo es crear una gran red abierta y participativa para personas con diabetes tipo 2 y familiares, personal sanitario y, en general, cualquier colectivo sensibilizado con la salud. Todos aquellos que quieran participar pueden indicar los temas sobre los que les gustaría dialogar: nutrición, ejercicio físico, psicología o tecnología son algunas de las opciones que se ofrecen.

El proyecto se construye sobre tres ejes fundamentales. Uno de ellos serán las experiencias, otro, los debates, y, finalmente, y de forma periódica y con carácter lúdico, los organizadores irán proponiendo una serie de retos colectivos (sobre el deporte, la forma de alimentarse o simplemente sobre los mejores cuidados) para sensibilizar a la comunidad de personas que quieren formar parte de la iniciativa ■

<http://www.enfermedades-raras.org>

La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDE) rediseña de manera integral su espacio online con el objetivo de actualizar y renovar la forma en que se transmite la información del colectivo de enfermedades poco frecuentes en España.

De esta manera, la nueva web de FEDER viene a responder a la necesidad de potenciar y dar mayor visibilidad a las acciones, proyectos e iniciativas regionales que las siete Delegaciones de FEDER impulsan por todo el te-



ritorio nacional. Para lograrlo, la web cuenta en la zona superior derecha con secciones específicas por cada Delegación.

Además, el nuevo diseño busca trasladar de una manera más clara y efectiva la información de las más de 270 asociaciones de pacientes que conforman la entidad, a través de un espacio exclusivo dedicado a las principales noticias de las asociaciones.

Con un diseño más moderno y una mayor claridad en la reorganización de contenidos la nueva web de FEDER, además, prioriza tres aspectos fundamentales: la información y orientación sobre enfermedades poco frecuentes, la información sobre el colectivo de entidades miembro de FEDER y las diferentes fórmulas a través de las cuales el usuario puede colaborar con la organización ■

<http://myhealthdesk.es/>

Miriad Genetics España lanza myHealth desk, un espacio para la divulgación y el conocimiento de la Medicina personalizada y en especial en los avances relacionados con el cáncer hereditario, el cual explica entre el 5%



y el 10% de los casos de cáncer. Desde web se busca facilitar a pacientes y especialistas información y recursos útiles, a la vez que fomentar el diálogo y el debate en torno a la enfermedad.

myHealthdesk.es será el espacio online de referencia para la red de consultas de consejo genético con el mismo nombre. Formada por instituciones líderes en Oncología, busca posicionarse como la plataforma de asesoramiento genético más avanzada del país, que aúne el esfuerzo de profesionales, instituciones y empresas para ofrecer la mayor calidad asistencial, diagnóstica e informativa en cáncer hereditario. El Grupo IMO, el Hospital Quirón de Zaragoza o el Grupo Oncosur, son algunos de los centros que tienen integradas unidades de myHealth desk.

Mediante la plataforma online se busca fomentar el conocimiento, tanto de profesionales como de la opinión pública, sobre la Medicina personalizada. Ésta se basa en las características moleculares de cada paciente, proporcionando planes de prevención, diagnósticos más precisos o tratamientos más adecuados para cada individuo. Para ello, en la web pueden encontrarse recursos audiovisuales en forma de vídeos, infografías o recursos animados, así como entrevistas y artículos de especialistas, profesionales y pacientes ■

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 teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes (≥10%), Frecuentes (de ≥ 1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥ 0,1% a <1%), Raras (de ≥ 0,01% a < 0,1%). Muy raras, incluyendo casos aislados (≤ 0,01%) **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor 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, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, rúspura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: anti-infecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng·h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dioxido de titanio (E-171), Edetato de 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 WASSERMAN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

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

REPORTAJE

EN PORTADA

Día Mundial de la Salud 2015



El Día Mundial de la Salud 2015 tendrá como tema la inocuidad de los alimentos. El alimento contaminado está vinculado a la muerte estimada de dos millones de personas al año, en su mayoría niños. Alimentos que contienen bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas son responsables de más de 200 enfermedades, que van desde la diarrea hasta algunos tipos de tumores. Nuevas amenazas a la inocuidad de los alimentos están constantemente surgiendo. Los cambios en su producción, la distribución y el consumo; cambios en el entorno; patógenos nuevos y emergentes; resistencia a los antimicrobianos... son toda una serie de retos a afrontar. Los aumentos en los viajes y el comercio incrementan también la probabilidad de que la contaminación puede propagarse entre países.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Ramón Ochoa Mejías

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara:
"El médico como paciente"

Francisco Miralles

Secretario General de CESM:
"La Sanidad baja en la valoración"

Fernando Mugarza

Director de Desarrollo Corporativo y Comunicación IDIS:
"10 estrategias y un paciente empoderado"

ENTREVISTAS

José Luis Trillo



Director General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana

Hernán Montenegro

Coordinador de Servicios de Salud de la OMS en Ginebra



REPORTAJES



Radiografía a la Sanidad de La Rioja



Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Tinnitus



Audiovit[®]
Magnesio + Extracto de Ginkgo biloba + Melatonina

Con 1,9 mg
DE MELATONINA
1 al día
ANTES DE ACOSTARSE

Resultados Estudio
SALAUD 2014*
*Congreso SEORL oct 2014

- ✓ **Audiovit** reduce la intensidad del Tinnitus en un **34%**.
- ✓ **Audiovit** mejora la calidad de vida de los pacientes en un **35%**.
- ✓ Ayuda a conciliar el sueño al **70%** de los pacientes con Tinnitus que presentaban dificultad para dormir.

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en página 81