

# El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1164. Mayo 2015

[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



## COLOQUIOS EL MÉDICO



## Atención Primaria: Muchas quejas pero también muchas propuestas

### Entrevistas

Pilar Garrido  
Presidenta de la Sociedad  
Española de Oncología Médica

Brian O'Connor  
Director de la ECHalliance



# Spiraxin<sup>®</sup>

(rifaximina- $\alpha$ )



Financiado por el SNS

## *Eficacia intestinal asegurada*

BAMA — GEVE

[www.bamageve.es](http://www.bamageve.es)

Ficha Técnica en página 81

# La AP, viejas reivindicaciones nuevas propuestas

Falta voluntad política para potenciar realmente la Atención Primaria y, como consecuencia de la misma: los presupuestos siguen lejos de ese 20 por ciento del total sanitario que viene reclamándose desde hace muchos años; hay precariedad laboral; tiene escaso peso en el sistema; falta de prestigio y reconocimiento... Estos eran algunos de los aspectos que se ponían sobre la mesa en un nuevo Coloquio EL MÉDICO que, centrado en esta ocasión en el punto de vista de los profesionales sobre la AP, acogía en nuestra redacción a los máximos exponentes de las principales sociedades implicadas en el primer nivel asistencial. Entre las soluciones se apuntaron el dar más autonomía a los centros de salud o inculcar el valor de la Medicina de Familia desde la Universidad.



Cuando se cumplen casi 40 años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán en 1978, la situación de este nivel asistencial apenas ha variado. La conferencia, que fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta, fue organizada por la OMS/OPS y Unicef, y sus conclusiones se recogen en la Declaración de Alma-Ata, en la que se subrayaba la importancia de la Atención Primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos.

A este relevante asunto, siempre de actualidad, dedicamos el tema de portada de este número de mayo. En él también incluimos otros reportajes y entrevistas de interés. Así, en las secciones elaboradas en colaboración con los directivos sanitarios nos hacemos eco de los congresos de SEDAP que ha debatido sobre liderazgo en su XVII Congreso Nacional y de SEDISA que apuesta por ideas transformadoras en sus últimos eventos formativos. En las entrevistas, hemos hablado con Pilar Garrido, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica; Brian O'Connor, director de la ECHAlliance; y con Kristian Hart-Hansen, *general manager* de LEO Pharma Spain.

Junto a estos contenidos se incluyen también, como es habitual, otros reportajes y entrevistas; así como nuestra sección de Foro de Expertos; y los contenidos fijos dedicados a la actualidad de la política sanitaria y profesional, y a los principales avances médicos, tanto del ámbito nacional como internacional. Además, le recordamos que puede seguir la información al día y acceder a interesantes cursos de formación en EL MÉDICO INTERACTIVO ([www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)). Les animamos a consultar sus contenidos y a seguir lo más destacado en el Newsletter que tiene a su disposición todos los lunes ■

## EN PORTADA

### COLOQUIOS EL MÉDICO

**Atención Primaria:  
Muchas quejas pero también  
muchas propuestas**



Los profesionales de Atención Primaria ponen de manifiesto, en un nuevo COLOQUIO EL MÉDICO, los múltiples retos y problemas a los que se enfrenta este nivel asistencial, pero también animan a los médicos de familia a no caer en la desidia y a mostrarse participativos, todo ello, siempre que se les otorgue más autonomía y más capacidad de diálogo, tanto con los gestores como con las instituciones.

18

## FACME/ENTREVISTA



**Pilar Garrido**  
Presidenta de la  
Sociedad Española  
de Oncología  
Médica

32

## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



**XVII Congreso SEDAP, más  
de 300 profesionales debaten  
sobre el liderazgo de la AP en  
el modelo sanitario público**

El objetivo del congreso fue ofrecer herramientas y potenciar la gestión de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Los profesionales destacaron el gran papel que juega el primer nivel asistencial, que va desde la prevención hasta la atención al paciente crónico complejo. En este sentido, se abordó que el SNS debe reconocer una Atención Primaria más fuerte.

26

## GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

**Ideas transformadoras, ante  
el futuro incierto**

SEDISA, tras el éxito del 19 Congreso Nacional de Hospitales, ha continuado su labor formadora en las III Jornadas de Gestión Sanitaria SEDISA-Valdecilla, que han reunido a los directivos sanitarios más destacados del país, para debatir ideas de cambio y mejora del SNS, que han versado sobre las nuevas tecnologías, la gestión clínica, o la reforma de la Farmacia Hospitalaria, entre otras.



38

## FORO DE EXPERTOS



**HONORIO-  
CARLOS  
BANDO  
CASADO**

Profesor honorario  
de la Facultad de  
Medicina de la  
Universidad

Autónoma de Madrid. Académico de  
las Reales Academias de Farmacia,  
Jurisprudencia y Legislación y  
Doctores.

10



**DRA. INÉS  
GALENDE  
DOMÍNGUEZ**

Médico  
especialista en  
Farmacología  
Clínica y Máster  
en Bioética por la

UCM. Presidenta de ANCEI.

14

# Elaboramos formación a medida

## Escoge los ingredientes

**Gestión Clínica**

**Farmacia**

**Programa Avanzado**

**Alto rendimiento**

**Comunicación**

**Médicos**

**Enfermería**

**Gestores**

**Web 2.0**

**Programa Superior**

**EQUIPO**

**Taller**

**CONFLICTOS**

**Farmacoeconomía**

**Máster**

**Presencial**

**Online**

**IMPRESO**

**Liderazgo**

**Tiempo**

## REPORTAJE

La transformación del sector sanitario, un cambio hacia la competitividad



42

## INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Entrevista a Kristian Hart-Hansen

General manager de LEO Pharma Spain

48

Lundbeck: Un centenario de éxitos



Este centenario da las claves de su éxito, centrándose en la investigación en el Sistema Nervioso Central, y siendo líderes en el tratamiento de enfermedades como la depresión o el Alzheimer.

54

## REPORTAJE

Evaluando la primera edición del Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria



60

## ENTREVISTA

Brian O'Connor

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

66



## OTROS TEMAS

Presentación

3

Fue noticia

70

La instantánea médica

74

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](mailto: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](mailto: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](mailto:gruposaned@gruposaned.com).

Impreme: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

● DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

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

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



CONGRESO NACIONAL  
DE MEDICINA GENERAL  
Y DE FAMILIA

# Levamos Anclas

*A Coruña*

PALEXCO, 28-30 de MAYO 2015

*Toda la información del  
Congreso en la web*

**lcg.semg.net**

congresos\_semg@semg.es

*Descárgate la nueva  
APP del Congreso*



PLAY STORE  
(android)



APP STORE  
(apple)



**SEMFG**  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia



CONGRESO NACIONAL  
DE MEDICINA GENERAL  
Y DE FAMILIA

A close-up photograph of a stack of white papers. Two gold pens with silver barrels are resting on the papers. The pen in the foreground is in sharp focus, showing its tip and the gold barrel. The background is softly blurred, showing the edges of the paper stack.

# La mirad

# a maestra de la actualidad



Honorio-Carlos  
Bando Casado



Dra. Inés  
Galende Domínguez



# El eje vertebral del derecho a la salud

**Autor** | Honorio-Carlos Bando Casado. Profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Académico de las Reales Academias de Farmacia, Jurisprudencia y Legislación y Doctores.

**El derecho a la salud es una parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El objetivo básico de la protección jurídica a la salud descansa en potenciar la promoción integral de la salud, que, por un lado, proporciona un aumento de la salud a la población y, por otro, ahorra costes de asistencia hospitalaria. Y ahora que estamos atravesando un período grave de profunda crisis económica globalizada, se requiere la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y hay que trabajar para lograrlo.**



**Honorio-Carlos Bando Casado**

La salud es una de las preocupaciones fundamentales de los ciudadanos españoles. Quiero señalar que, como seres humanos, nuestra salud y la de quienes están a nuestro cuidado es un motivo de inquietud cotidiana, independientemente de la edad, sexo y condición socioeconómica. Consideramos que la salud es un bien básico y precioso que poseemos y la falta de salud puede impedirnos cumplir con nuestras obligaciones y responsabilidades.

**En la Unión Europea, se están llevando a cabo medidas legislativas y se están destinando recursos económicos para preservar, fomentar y mejorar el desarrollo del derecho a la salud**

De alguna manera, esto quiere decir que cuando hablamos de bienestar, pensamos en salud.

Así pues, el derecho a la salud es una parte fundamental de los derechos huma-

nos y de lo que entendemos por una vida digna; el derecho a disfrutar de un nivel de vida lo más alto posible en lo que respecta a salud física y mental. De hecho,

el profesor Diego Gracia señalaba que la salud no es un hecho sino un valor que hay que poner en relación con el resto del sistema de valores de una sociedad.

## **Promoción de la salud**

La promoción de la salud es un concepto positivo, que se caracteriza por desarrollar acciones destinadas a su incremento. Partimos de la idea de que la promoción de la salud es algo que puede adminis-

trarse y todo patrimonio bien administrado es lógico que aumente.

La protección integral de la salud es una de las cuestiones importantes dentro de la Unión Europea. Para ello, se están llevando a cabo medidas legislativas y se están destinando recursos económicos con el fin de preservar, fomentar y mejorar el desarrollo del derecho a la salud de los ciudadanos europeos.

Queda pues de manifiesto que el objetivo básico de la protección jurídica a la salud descansa en potenciar la promoción integral de la salud, que, por un lado, proporciona un aumento de la salud a la población y, por otro, ahorra costes de asistencia hospitalaria. De ahí que, de acuerdo con la OMS, la promoción y la prevención sean una inversión tanto social como económica.

## Nueva configuración del Sistema Nacional de Salud

Los ciudadanos españoles estamos orgullosos de nuestro sistema sanitario, que es apreciado por la mayoría de la población y ha alcanzado la naturaleza privilegiada de los bienes irrenunciables, independientemente de las mejoras que todavía quedan por hacer, ya que se considera un patrimonio de todos.

El Sistema Nacional de Salud se configura a través de los servicios de salud de la Administración General del Estado y los servicios regionales de salud de las Comunidades Autónomas. La coordinación se establece a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que posee un dispositivo público de servicios y prestaciones que cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional muy destacable, lo que ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población.

El nuevo ritmo de la Sanidad española debe plantearse cuál debe ser la configuración del sistema. Para ello es necesario un replanteamiento a fondo del Consejo Interterritorial y la vertebración de una Alta Inspección para hacer cumplir la legislación vigente; una potestad que el capítulo IV del Título II de la Ley General de Sanidad, para el control y seguimiento de las directrices del Sistema, asigna al Estado. Y de este modo, evitar y corregir los desequilibrios territoriales existentes y contribuir a la equidad, cuestión muy importante para la salud de los ciudadanos.

### Esfuerzo económico

En la última década se ha realizado un enorme esfuerzo económico para el desarrollo de la asistencia sanitaria y farmacéutica, que ha contribuido al fomento del derecho a la salud. Se ha establecido un marco financiero y se ha tenido en cuenta la orientación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas.





El incremento de los gastos sanitarios para acercar la asistencia a los ciudadanos ha supuesto un avance notorio, en comparación con los países más avanzados de la Unión Europea. El coste del sistema sanitario público es comparativamente bajo, en función de los resultados tanto en salud como en asistencia sanitaria, que son comparables con los de Francia, Alemania y Reino Unido. Sin embargo, hoy necesita afrontar reformas para su sostenibilidad, para lo cual hay que tener muy presente, por un lado a los profesionales sanitarios y, por otro, a los ciudadanos y pacientes.

### Participación ciudadana

A raíz del desarrollo de la legislación sanitaria se han conseguido muchos logros, mediante la participación de los ciudadanos, ya sean pacientes, familiares o voluntarios, que trabajan muchas veces altruistamente en asociaciones compuestas por afectados de determinadas enfermedades, grupos de ayuda mutua y fundaciones que desempeñan una importantísima labor; todo ello a través del paraguas de la promoción de la salud. Los equipos de Atención Primaria ocupan un papel muy importante para desarrollar este tipo de actividades.

### Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Uno de los puntos básicos para el desarrollo del derecho a la salud es la ordenación de las profesiones sanitarias, con el objetivo de facilitar a los ciudadanos el conocimiento efectivo de las prestaciones que garantiza el Sistema Nacional de Salud.

Ahora que estamos atravesando un período grave de profunda crisis económica globalizada, se requiere la sostenibilidad de dicho sistema. Por eso, es perentorio

fomentar el desarrollo de su sostenibilidad dentro de nuestra sociedad, ya que los recursos de los que hoy se disponen son insuficientes y hay que trabajar en la corresponsabilidad con todos los agentes implicados.

De manera paralela, hay que establecer estrategias para instaurar un diálogo permanente con los profesionales del sector, interlocutores sociales, líderes de opinión y medios de comunicación.

Durante la ejecución de estas medidas se irán despejando muchas incógnitas sobre qué modelo organizativo es mejor para España. Las medidas y actuaciones tienen que incidir directamente en una triple vertiente: la gestión, la organización y el gasto.

Al Estado le toca gestionar una estructura central con una proyección horizontal en áreas básicas, como la investigación, la formación, la acreditación y evaluación de medicamentos y la Sanidad exterior.

Para alcanzar nuevos objetivos, deben implicarse las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado. Y, es

conveniente señalar que los puntos críticos sanitarios inciden básicamente en la gestión, donde se producen problemas estructurales que condicionan, en muchos casos, su eficacia y eficiencia.

Como señalaba Ortega y Gasset, “el verdadero tesoro del hombre es el tesoro de sus errores”, y en esta dirección hemos de reflexionar sobre los logros, con sus luces y sus sombras, de nuestro sistema sanitario.

### Agradecimientos

Quiero que esta tribuna de expertos sea un homenaje a los profesionales de las



Ciencias de la Salud y de la Vida, con mi agradecimiento por haber contribuido activamente con su profesionalidad en conseguir mayores cotas de salud para nuestro país. También es un homenaje a los ciudadanos y pacientes, sujetos activos del derecho a la salud.

Personalmente siempre he estado preocupado por la Sanidad y por el derecho a la salud para todos. Como decía Gregorio Marañón, “el fin no es llegar, sino hacer”; y eso es, en definitiva, mi horizonte, mi brújula y mi timón ■

## Gestión del paciente geriátrico en el entorno sociosanitario

### Aspectos legales

#### OBJETIVOS DEL CURSO

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

#### DISCENTES

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

#### DOCENTES

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

#### ACREDITACIONES

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

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

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

[cursos.elmedicointeractivo.com/gepage](http://cursos.elmedicointeractivo.com/gepage)

Avalado por:



Patrocinado por





# Panorama actual de los CEIC/CEI en España

**Autor** | Dra. Inés Galende Domínguez. Médico especialista en Farmacología Clínica y Máster en Bioética por la UCM. Presidenta de ANCEI.

Hace unos meses se celebró en el Hospital Universitario de la Princesa, en Madrid, el primer Congreso de la Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI). El objetivo, y por tanto el programa diseñado para conseguirlo, era poner voz a los CEIC y a los CEI actualmente acreditados y/o en funcionamiento en nuestro país. Aunque esperamos que en un futuro próximo exista una regulación única para este tipo de Comités de Ética de la Investigación, actualmente hay algunas diferencias o matizaciones entre ellos.



**Dra. Inés Galende Domínguez**

Conviene aclarar que los Comités de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) tienen su historia vinculada al desarrollo de la legislación de los ensayos clínicos con medicamentos, lo que hace que exista una amplia regulación (para algunos “hiperregulación”)

no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional. Así, en el Real Decreto 744/1978 y en la Orden Ministerial de 3 de agosto de 1982, se les denominaba Comités de Ensayos Clínicos (CEC); con la Ley del Medicamento 25/1990, se pretendió que estos comités pudieran ampliar sus funciones más allá de los ensayos clínicos con medicamentos, es decir, a otro tipo de investigación en personas, y se les denominó Comités Éticos de Investigación Clí-

**Los CEIC/CEI deben asegurarse de que estos tres elementos del consentimiento informado, información, comprensión y voluntariedad, son apropiados**

nica (CEIC). Con esta ley estatal y el Real Decreto 561/1993, que desarrolló lo correspondiente a los Ensayos Clínicos con Medicamentos (ECM), su ejecución corres-

pondría a las Comunidades Autónomas, por lo que son éstas las que acreditan a los CEIC y, generalmente, a través de los órganos directivos responsables de la política farmacéutica.

Por su parte, los Comités de Ética de la Investigación (CEI), en su mayoría, tienen una historia, mucho más reciente, vinculada a las Universidades y son las propias Universidades, de cada región y disciplina, las que ponen en marcha este

tipo de órganos colegiados, sin una legislación común ni nacional ni autonómica.

La promulgación de la Ley 14/2007 ha intentado unificar criterios al respecto, volviendo sobre la idea original de la Ley del Medicamento de 1990, de que existan unos Comités de Ética de la Investigación, los ahora denominados CEI, cuyo ámbito de actuación se amplíe a todo tipo de investigación realizada en personas, con muestras biológicas humanas y/o con datos personales identificados o identificables.

## Consentimiento informado

En el I Congreso de ANCEI, se escucharon las propuestas y opiniones de representantes tanto de CEIC como CEI, para orientar el futuro de estos órganos cole-

giados de gran trascendencia en el control de la investigación clínica, ya que su función es “ofrecer garantía pública” de que, en la investigación propuesta, se respetan los Derechos Humanos y los principios éticos básicos: autonomía y beneficencia por un lado, y la no maleficencia y la justicia (distributiva) por otro. Esto quiere decir, por ejemplo, que el comité debe asegurarse de que a toda persona a la que se le proponga participar en un proyecto de investigación, o de la que se utilicen sus muestras biológicas o datos personales con fines de investigación, se le explique el proyecto, en términos que entienda, y se le dé la oportunidad de negarse a participar. En definitiva, debe obtenerse su consentimiento informado. Los CEIC/CEI deben asegurarse de que estos tres elementos del consentimiento, información, comprensión y voluntariedad, son apropiados.

### Variaciones

Pero en los CEIC/CEI, aunque su función es común a todos ellos, sus normas de funcionamiento, experiencia, procedimientos e incluso su composición puede variar considerablemente. Estas variaciones pueden estar condicionadas por el tipo de investigación que se realiza en su ámbito: ensayos clínicos oncológicos o pediátricos, por ejemplo, en el caso de los CEIC; muestras biológicas, en los CEI asociados a un biobanco; o encuestas y otro tipo de estudios epidemiológicos basados en la recogida de datos clínico-personales, entre otras.

Todas las consideraciones anteriores fueron tenidas en cuenta a la hora de elaborar el programa del I Congreso de ANCEI. Así se programaron tres mesas en las que se debatió sobre la situación de parti-

da (el “ahora” tras años de experiencia), el cómo se procede (a propósito de un caso) y el futuro (mirando el Reglamento Europeo).

### Memorias de actividades

En la primera mesa, bajo el título ‘Comités de Ética de la Investigación: situación actual’, y tras la visión general presentada por el responsable del Centro Coordinador de CEIC del Ministerio de Sanidad, se trataron dos bloques de temas: las memorias de actividades de los comités y sus procedimientos normalizados de trabajo. Los ponentes, todos ellos miembros de CEIC/CEI de diferentes ámbitos, pusieron de manifiesto que para elaborar las memorias de actividades actualmente se utilizan modelos que no permiten ni conocer el trabajo real de estos comités, ni comparar la actividad de unos comités con otros, por lo que se consideró prioritario establecer por consenso qué datos son de interés, tanto para el CEIC/CEI, como para la institución, la comunidad científica y los ciudadanos.

En el caso de los CEIC, se pensó en la posibilidad de que la Administración General del Estado (Centro coordinador de CEIC/Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), a partir del registro de ensayos clínicos autorizados, elaborara una memoria de actividad que reflejara la participación de los CEIC a nivel nacional. Las memorias de actividades así, podrían reflejar el “estado de salud” de la investigación clínica, y ser especialmente útiles para monitorizar la cantidad y la calidad de la investigación clínica independiente. Este es uno de los temas en los que se está trabajando en ANCEI.

### Procedimientos normalizados de trabajo

En cuanto a los modos de trabajar, en la ponencia titulada ‘Procedimientos Normalizados de Trabajo: cómo aumentar la eficiencia’, y mirando al futuro Real Decreto en el que se establecerán los requisitos





mínimos para que un CEI pueda evaluar ensayos clínicos con medicamentos (CEIm), los ponentes abordaron algunas de las “*Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos*” (OMS, 2011). Así, la pauta 1 (Responsabilidad de establecer un sistema de revisión ética de la investigación), la pauta 3 (Recursos del CEI) y la pauta 6 (Transparencia, rendición de cuentas y calidad del CEI) fueron objeto de debate.

En nuestro país, los comités deben tener establecidos unos Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) según la legislación vigente, pero algunos CEIC han optado por la certificación según las normas ISO, lo que aumenta el rigor en su funcionamiento.

Actualmente, los principales retos incluyen: revisar la metodología de evaluación para adaptarnos a los nuevos, y más cortos, plazos de evaluación y respuesta exigidos en la nueva normativa; aprovechar las ventajas de las nuevas tecnologías de la información con acceso remoto desde los dispositivos móviles para facilitar el proceso de documentación, evaluación y emisión del dictamen; y a la vez, con un sistema de gestión de calidad que permita la mejora continua de todos sus procesos, para garantizar la seguridad y bienestar de las personas que participan en un proyecto de investigación.

En la ponencia se lamentó la falta de recursos en la mayoría de los CEI, la excesiva burocracia a la que se somete a estos comités, y sin embargo, los cada vez más reducidos plazos de respuesta que se les exige. Por ello, se consideró necesario que las instituciones doten de los medios técnicos y recursos humanos necesarios a las Secretarías Técnicas de los CEI.

### Es necesario que las instituciones doten de los medios técnicos y recursos humanos necesarios a las Secretarías Técnicas de los CEI

#### Problemas éticos

En la segunda mesa, y con el epígrafe ‘Casos prácticos para el aprendizaje’, se presentaron algunos ejemplos (hoja de información y consentimiento informado; ensayos clínicos en oncología pediátrica; ética y biobancos; y ensayos clínicos con dudoso beneficio clínico para el paciente) sobre los que se debatió entorno a los problemas éticos que se plantearon durante su evaluación en los CEIC/CEI, así como las, a veces, diferentes valoraciones éticas, para un mismo caso, por diferentes comités. En este punto, se puso de manifiesto la necesidad de promover la formación inicial y continuada para las personas que componen los CEIC/CEI y la comunicación en diferentes foros, jornadas, etc. como método para adoptar criterios homogéneos en la evaluación, lo que constituye los fines y objetivos de ANCEI.

#### Reglamento Europeo

La tercera mesa trató sobre ‘Los CEI en Europa’ y en ella participaron ponentes de diferentes países (España, Holanda y Francia) miembros de la Red Europea de

Comités de Ética de la Investigación (EURECNET). Se debatió sobre los diferentes modelos de CEI en los citados países y sobre el modo en el que el Reglamento Europeo 536/2014, que modifica la

Directiva 2001/20/CE, va a condicionar su funcionamiento.

El presidente de EUREC destacó la heterogeneidad de CEI en los diferentes países europeos, no sólo en su ámbito de actuación, composición, funciones y normas de funcionamiento, sino también en la existencia o no de normativa al respecto. Además, expuso el papel de EURECNET y su implicación en la armonización de criterios, la colaboración entre CEI y la for-

mación de sus miembros, como objetivo compartido con ANCEI.

Aunque en España está pendiente la publicación de un Real Decreto en el que se establezca el procedimiento, dicho reglamento es de obligado cumplimiento sin necesidad de transposición a la legislación nacional y entrará en vigor en cuanto esté operativo el portal europeo para ensayos clínicos (primavera de 2016). Durante la mesa, se pusieron de manifiesto muchas dudas al respecto, ya que muchos consideran que los comités de investigación clínica son los “grandes olvidados” en el citado reglamento.

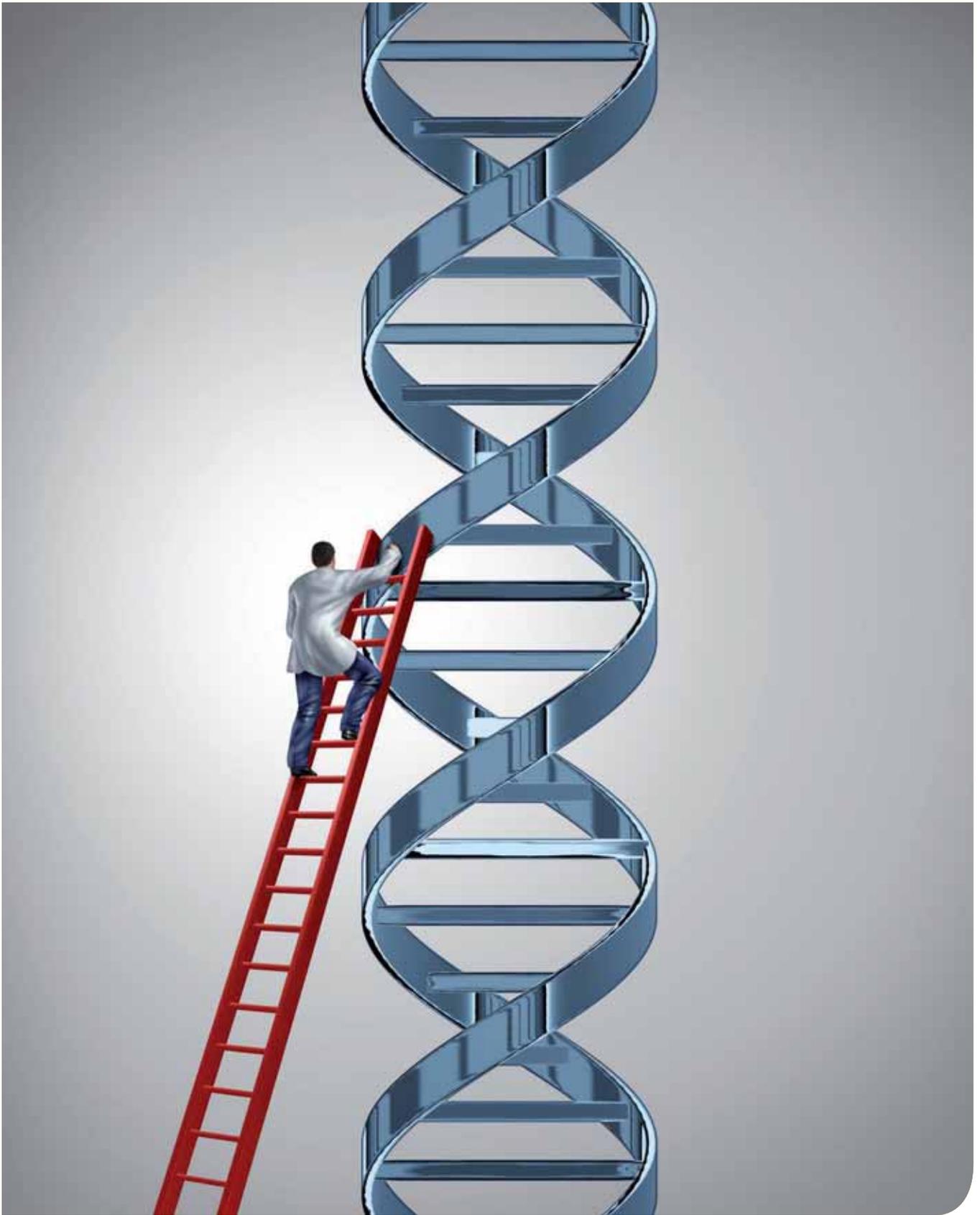
#### Pasado y futuro de los CEI

Las comunicaciones libres, de elevado nivel científico, en las que se abordó el grado de comprensión de la información que se proporciona a los participantes en los ensayos, clínicos, el sistema de indemnización (seguro) que incluyen estos ensayos, las pautas administrativas y la actividad de otros CEI, etc., provocaron múltiples intervenciones entre los asistentes.

La conferencia magistral versó sobre ‘El espacio Europeo de Investigación y los CEI’ y en ella el director del Área Europea de Investigación de la Comisión Europea hizo una reflexión sobre el pasado y futuro de los CEI y su papel en la valoración del riesgo de la investigación.

Aspectos como la confidencialidad de la información clínica, la cesión de muestras biológicas y otros temas surgidos a lo largo de este I Congreso de ANCEI, dejaron en el auditorio una gran variedad de preguntas y sugerencias que serán objeto de un debate más amplio en posteriores actividades de la Asociación ■

En el portal de ANCEI ([www.ancei.es](http://www.ancei.es)) está disponible el PDF del libro en el que se recogen las ponencias y comunicaciones de este I Congreso de ANCEI. El II Congreso se celebrará en Zaragoza el próximo 8 de junio.





# Atención Primaria:

Muchas quejas  
pero también  
muchas propuestas

Los profesionales de Atención Primaria ponen de manifiesto, en un nuevo COLOQUIO EL MÉDICO, los múltiples retos y problemas a los que se enfrenta este nivel asistencial, pero también animan a los médicos de familia a no caer en la desidia y a mostrarse participativos, todo ello, siempre que se les otorgue más autonomía y más capacidad de diálogo, tanto con los gestores como con las instituciones.

Texto y Fotos | Silvia C. Carpallo



Cuando uno habla de su médico, de esa persona en la que confía, que le conoce, generalmente se refiere a su médico de familia. Todo el mundo sabe aquello de que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema, pero no se trata sólo de eso, sino del lugar en el que el paciente permanece más tiempo, al que más veces acude a lo largo de su vida. Pese a esta realidad, las condiciones laborales del médico de familia han empeorado sustancialmente durante la crisis porque la

Atención Primaria sigue siendo uno de los recursos infravalorados del sistema. No es una cuestión de recortes de salarios, ni de peores condiciones contractuales, que también, sino de que las condiciones en las que este profesional atiende a sus pacientes no son las ideales para conseguir el objetivo del primer nivel asistencial, que no es tratar la enfermedad de un paciente, sino mejorar la salud de la población en general.

No hay que olvidar cifras como que se calcula que a este colectivo pertenecen unos 30.000 profesionales médicos, 6.000 pediatras y 35.000 enfermeras, y que en el año 2013 se realizaron más de 210 millones de consultas al médico de familia. Recientemente, de hecho, se celebraba el Día de la Atención Primaria (AP), durante el cual el Foro de Médicos de AP difundía algunas de las ideas principales de su Decálogo de Objetivos, tales como fomentar las actividades formativas y la investigación en el primer nivel asistencial; la creación de áreas de competencias de Medicina de Familia en la Universidad; gestionar la Incapacidad Temporal, pero también los procesos del enfermo crónico; adecuar las agendas, con un tiempo mínimo de diez

minutos por paciente; incrementar la disponibilidad de pruebas diagnósticas y definir un catálogo homogéneo de pruebas complementarias en todo el Estado; y sobre todas las cosas, incrementar el presupuesto de la Atención Primaria para conseguir alcanzar el 16 por ciento en un año y el 20 por ciento en cuatro años.

Para debatir tanto sobre los problemas a los que se enfrenta actualmente la Atención Primaria, como sobre las soluciones para afrontarlos, EL MÉDICO invitaba a las principales sociedades científicas del sector a uno de sus coloquios con el objetivo de conocer el punto de vista de los profesionales.

### El desmantelamiento de la gestión de Atención Primaria

Para mejorar la gestión de la Atención Primaria una de las necesidades es contar con gestores especialistas en este sector, y que además estén en contacto con los profesionales y las realidades de los centros para poder buscar soluciones prácticas y coherentes. Sin embargo, tal y como señalaba Ramón Morera, presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), “se están desmantelando las gerencias de Primaria en favor de las áreas de gestión integradas, que generalmente se olvidan del primer nivel asistencial”. No solo eso, y es que según Morera, “desde la SEDAP

seguimos muy preocupados por la situación actual de la Atención Primaria, y es que no sirve el argumento de la crisis. La realidad es que no hay interés institucional por la Primaria, y es así porque no hay un diagnóstico correcto de las necesidades de los pacientes crónicos. La muestra está en que tenemos un presupuesto muy bajo, unos salarios muy bajos, y poco mantenimiento”. En definitiva, se habla de la potenciación de la Atención Primaria, pero nunca se lleva a cabo.

Otro ejemplo a este respecto lo ponía comparando la asistencia al Congreso de la SEDAP, de unos 300 socios, y al Congreso Nacional de Hospitales, de unos 3.000 participantes, donde se ve claro que la importancia de la gestión está puesta en la Especializada. “Sin embargo, lo que no se ve es que el 40 por ciento de la actividad hospitalaria se podría reducir con una Primaria potente y resolutive”.

Pese a esta falta de apoyo, según el experto, “la Atención Primaria sigue demostrando su éxito dentro del sistema”. Un ejemplo es el hecho de que los diabéticos españoles son los mejor controlados a nivel internacional, “pero estos datos tienen menos repercusión que la fascinación tecnológica que llega desde la Atención Especializada. El primer nivel, sin embargo, es flexible, se adapta y se trabaja, y es que el SNS gana en eficiencia cuando hay continuidad de los profesionales que pueden garantizar la longitudinalidad con el paciente”. Y es que tal y como sentenciaba Ramón Morera, si la Atención Primaria no funcionase, el impacto de las patologías sería mayor.

“También nos preocupa la ética de la gestión de la información, por el hecho de

**Las condiciones en las que el profesional de AP atiende a sus pacientes no son las ideales para conseguir el objetivo del primer nivel asistencial, que no es tratar la enfermedad de un paciente, sino mejorar la salud de la población en general**

**Para mejorar la gestión de la AP una de las necesidades es contar con gestores especialistas en este sector, y que además estén en contacto con los profesionales y las realidades de los centros para poder buscar soluciones prácticas**

que las mutuas laborales tengan acceso a la información clínica, puesto que esta solo debe estar disponible para el médico y en la medida que tenga que ver con el

cada por los recortes ha sido la Atención Primaria, “que ha acabado por ser desmantelada”. Tal y como enumeraba Fernández-Pro, se ha reducido el gasto, no se han rea-

lizado reemplazos, y el profesional está cada vez más desincentivado. Igualmente, cada vez hay más paro médico, fuga de profesionales, y los que se quedan sufren de una importante precariedad.

“Lo que hace falta es crear objetivos realistas, y no solo objetivos de ahorro y cortoplacistas”. Un ejemplo de esto se ve en que se habla mucho de la Primaria en las estrategias de crónicos, pero existen verdaderos problemas para ponerlas en marcha, “porque la coordinación entre niveles es difícil, y la realidad es que sigue siendo un asunto sin resolver”. Todo ello ocurre, en palabras del vicepresidente de la SEMG, porque el problema de fondo es que “el político no usa la Atención Primaria, pese a que la Primaria sigue resolviendo el 90 por ciento de todo lo que le llega”, porque finalmente los médicos de familia resuelven las consultas y siguen siendo bien valorados por la población.

Otro de los temas pendientes es la gestión clínica, en la que los profesionales



propio acto de la asistencia”, concluía Morera su intervención.

### Otorgar más autonomía al médico

La perspectiva de Antonio Fernández-Pro, vicepresidente primero de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), era que “actualmente padecemos de una ausencia tanto de misión, como de visión, y eso ha provocado que se desestructuren los valores de la Primaria. Y sabemos que no ha acabado, porque la reducción de presupuestos es progresiva, y el SNS no admite más recortes, porque ya estamos rompiendo la equidad del sistema”.

Según el experto, en contra de todas las recomendaciones de instituciones como la OMS o el Banco Mundial, la gran perjudi-





aquejan que no se haya contado con ellos. La realidad de la gestión clínica, según el experto, no debe pasar solo por las Unidades de Gestión Clínica, sino por algo mucho más sencillo, como es la capacidad de identificar la autogestión al menor gasto posible. Esto se traduce en dar mayor autonomía de gestión tanto para el médico como para los propios centros de salud. “Que la Administración diga qué y cuánto, y el profesional diga el cómo. En vez de eso se ha pasado a incentivar el ahorro, convirtiéndolo en un incentivo perverso que al final se vuelve contra uno mismo”.

### Comenzar a concienciar en la Universidad

Si estas visiones se centran en aquello que falla hoy, la de Milagros González, portavoz de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), versaba lo que era necesario cambiar para mejorar el mañana. Es decir, partir de los cimientos, “y esto es desde la propia Universidad”. De esta manera, la propuesta desde SEMERGEN es que se trabaje por la creación de una cátedra de Atención Primaria, de forma que ayudase a fomentar la formación y la investigación dentro de la AP. “A lo largo de toda la carrera se habla de todas las especialidades menos de la nuestra”, criticaba González, que insistía en que si se quiere mejorar el sistema, lo primero es dar a conocer la especialidad y concienciar de la importancia de la misma a las generaciones futuras.

Si bien es cierto que desde la reforma llevada a cabo por el Plan Bolonia, el 75 por ciento de las facultades de Medicina ya tiene de alguna manera una asignatura de Atención Primaria, esta solo se impar-

te por médicos de familia en un 20 por ciento de los casos. “Lo que no existe es un área de conocimiento específica”, debatía la portavoz de SEMERGEN, y de hecho la experta incidía en que a nivel personal ha intentado que su propio centro de salud fuera centro docente y no ha sido posible. “Si te ponen trabas en la gerencia para la tutorización del centro, ya se hace imposible llegar a la universidad”. Todo ello dificulta que “los alumnos lleguen a Atención Primaria con convicción y no porque no hayan obtenido plaza en otra especialidad”. No se inculca que el conocimiento del paciente siempre supone un ahorro.

En lo referente a la formación, Milagros González no solo hablaba del médico, sino también de la necesidad de empezar por educar al paciente. “Que conozca sus derechos y sus obligaciones, y esa es la otra formación que hace falta potenciar desde la Atención Primaria”. Y es que muchas veces el problema está en que la Primaria ha quedado centrada solo en su labor asistencial, debido a la falta de personal y a la sobrecarga de pacientes, dejando relegadas otras funciones tan importantes como la educación y la promoción de la salud.

### La necesidad de concienciar también al profesional

De nuevo, otra de las notas críticas la ponía José María Molero, del Consejo Asesor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que exponía cifras como que aunque el Foro de la AP lleve años pidiendo que el 20 por ciento del presupuesto sanitario se destine a Primaria, la media española está en el 14,7 por ciento del presupuesto sanitario. La situación es más crítica en algunas co-

munidades autónomas como Madrid, donde se estaba dedicando el 12 por ciento, y tras la crisis no se supera ya el 10,4. Ante la falta evidente de recursos, es obvio que el profesional se sienta descorazonado, “nos hemos instalado en la queja continua, aunque nos quejamos con razón. Porque el objetivo no debería ser sólo el ahorro que consigues, sino el trabajo que haces”.

Sin embargo, el experto reflexionaba que la consecuencia final no es sólo el *burn out* del profesional o la pérdida de calidad del servicio que se da al paciente, sino que daba un paso más allá y aseguraba que lo que está pasando es que se está desprofesionalizando la Atención Primaria. “La persona que está fija piensa en sobrevivir en su isla, y no se mueve ni propone iniciativas. El joven que llega se enfrenta a una importante inestabilidad, que le lleva a la desmotivación casi antes de empezar. La consecuencia de todo esto que al final los que perdemos somos nosotros, porque estamos perdiendo precisamente lo que más nos apoyaba, el prestigio social. Y debemos hacer ese análisis, porque al final, hasta nosotros mismos nos lo estamos creyendo”.

Según Molero, esta nueva actualidad puede observarse en que tradicionalmente la Atención Primaria reclamaba más espacios, y actualmente, la presión asistencial y la falta de tiempo hace que se vayan cediendo, “porque limitamos nuestro perfil profesional al tiempo que tenemos, y eso es muy grave”. En este sentido ponía el ejemplo de la atención domiciliar que se está descargando en la Especializada, “y el domicilio es nuestro, porque el paciente crónico y pluripatológico es nuestra responsabilidad”.

En cuanto a esta falta de tiempo, Molero señalaba que la burocratización sigue siendo un problema sin solventar, y es que “está muy bien instalar la receta electrónica, pero no una que lleve más tiempo de hacer que la receta tradicional, porque no se ha consultado a los profesionales sobre la implantación de la



misma. Teniendo además en cuenta que los pilotajes se hacen a tiempo real”.

Pese a esta visión realista, el representante de semFYC animaba por otra parte a los profesionales a salir de la desidia, y a buscar un motor de cambio. “Tenemos que dejar de creernos que esto es imposible, y volver a trabajar más allá de la queja. Tenemos que dejar de estar encerrados en nosotros mismos”.

### La visión desde Pediatría

“Los pediatras estamos olvidados porque somos una minoría dentro de la propia Atención Primaria, y solemos contar poco aunque tengamos mucho que decir”. Así comenzaba su intervención Yolanda Martín, portavoz de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). “Como todos, lo que queremos es trabajar mejor, y que se reconozca no solo nuestro trabajo, sino nuestras peculiaridades como especialidad. Para ello los dos muros que nos encontramos es la imposibilidad de comunicarnos tanto con nuestra gerencia, como con el hospital. Por ello reclamamos poder estar presentes en la gestión, porque los intereses no son siempre los mismos”.

Otro de los retos que expresaba Martín era el de la escasez de profesionales. “Antes se llegaba a Primaria desde Especializada, porque no había plazas, pero ahora hay otras alternativas, y lo poco atractivo de la situación por la que pasa la Primaria, sumado al hecho de que los estudiantes no roten por la Pediatría de Atención Primaria hace que no llegue gente nueva, hasta el punto de que parecemos un personal a extinguir”. Todo ello sumado al hándicap de que el resto de profesionales con los que se trabaja, como por ejemplo Enfermería, no siempre está formado en esta especialidad, “y no cualquiera puede prestar atención en Pediatría”.

Igualmente, la portavoz de AEPap expresaba que compartía con el resto de sus compañeros de Primaria la poca proyección profesional, ya que la presión asistencial impide tener tiempo para dedicarse a nada que no tenga que ver con la

asistencia. “Todo es un suma y sigue. La falta de rumbo por parte de nuestras gerencias tampoco ayuda, porque si de verdad apostasen por nosotros serían coherentes y trabajarían mano a mano con los profesionales, en vez de trasladarnos esa sensación de ir dando bandazos”.

### Un espacio para la autocrítica

Tras expresar realidades, tanto pesimistas como optimistas, pero sobre todo realistas, los expertos hacían un parón para explicar que esta situación no debe ser el motivo para darse por rendidos, y que siempre existe espacio para la mejora, tanto del sistema en general, como de cada uno de los profesionales en su consulta en particular. Porque el cambio comienza con la actitud y las decisiones que toma cada día cada médico de Atención Primaria en su consulta. “Debemos hacer autocrítica y salir de la zona de confort”, manifestaba Antonio Fernández-Pro, poniendo de ejemplo que “nos quejamos de la frecuentación, pero no se trata de un factor exógeno, y es que nosotros también debemos intervenir en el control de la demanda”. Todo ello, claro, si se consigue dar mayor autonomía al médico para poder controlar su agenda. “El problema básico es la falta de capacidad resolutive en muchos sitios, hay gerencias

**“Los pediatras estamos olvidados porque somos una minoría dentro de la propia Atención Primaria, y solemos contar poco aunque tengamos mucho que decir”, según Yolanda Martín, portavoz de la AEPap**

que hasta para pedir una PSA tienen problemas, y es que la limitación de pruebas, según las áreas a las que vayas, es importante”, insistía el representante de SEMG.

Yolanda Martín se sumaba a esta idea explicando que si bien es bueno rea-

lizar un análisis realista de la situación, tampoco hay que caer en el pesimismo y la pasividad. “También hay que hacer propuestas y movernos, no sólo quedar-



nos en la apatía". En este mismo sentido, José María Molero exponía que "también tenemos nuestra parte de responsabilidad. Es ahora cuando tenemos que tirar del profesional, detrás de la queja no hay acción".

En este sentido, los expertos también recordaban que es necesario motivar al profesional y para ello no siempre es necesario un incentivo económico, sino quizás por lo menos alguno profesional, como por ejemplo, dejar margen en las agendas para otras actividades, como es la educación en salud, ya que como explicaba la portavoz de AEPap, "yo llevo más a la población con educación sanitaria".

Igualmente, ven necesario que el cambio pase por aumentar la participación de los profesionales en los procesos de decisión, y esto era una crítica tanto a los gestores, como a los profesionales acomodados que han caído en la desidia y la falta de motivación para mejorar el sistema, y es que ellos mismos reconocían que muchos de los protocolos que se implementan desde la Atención Integrada surgen desde la Atención Hospitalaria y no desde la Primaria, que es la que debería detectar esas necesidades no cubiertas. Otra de los reclamos era el tener mayor equidad, es decir, que esa participación esté reglada y no dependa exclusivamente del criterio personal de cada gestor o director de continuidad asistencial. "La misma situación según el área puede cambiar radicalmente, por ello la

**Los expertos recuerdan que es necesario motivar al médico y para ello no siempre es necesario un incentivo económico, sino quizás alguno profesional, como por ejemplo, dejar margen en las agendas para otras actividades**

**Igualmente, los médicos de Atención Primaria ven necesario que el cambio pase por aumentar la participación de los profesionales en los procesos de decisión**

idea es conseguir una equidad profesional, no puede ser que todo dependa de la persona que tengas directamente arriba", aclaraba el vicepresidente de SEMG. El experto también insistía en que otro paso a dar es el tener más cercanía con los órganos directivos. "Hay una brecha insalvable entre los directivos y los asistenciales, y eso sí que es igual en todas las CC.AA.". Ese era, en opinión de Yolanda Martín, el verdadero problema, ya que "aunque llevemos propuestas, y tenemos que llevarselas, en el fondo son ellos los que tienen la sartén por el mango. Ya hacemos más de lo que podemos, nos esforzamos, pero necesitamos margen de actuación para poder hacer algo realmente con todo esto".

### Unir voces para ser más fuertes

Para que el profesional sienta que tiene unos representantes que le avalan, y para que las instituciones tengan un interlocutor claro, que además, sea un portavoz potente de los mensajes y reclamos tanto para la sociedad como para los medios de comunicación, el otro paso a dar, según los participantes de este coloquio, era unir las voces para ser más fuertes. "El profesional necesita ver un referente que aglutine sus intereses, una fusión de acción y estructuras, para crear más liderazgo", insistía el representante de semFYC. Molero continuaba explicando que el mensaje es más potente si es único y

planificado: "Las sociedades científicas también tienen sus propias crisis, y estamos diluyendo esfuerzos. Somos sociedades atípicas, porque tenemos muchas funciones, pero es que si no unimos también esfuerzos reivindicativos, y nos limitamos a la labor científica, quién lo hará". Asimismo, Milagros González aportaba que "la sociedad científica debe motivar al profesional en su desarrollo profesional y no puede caer en la desidia". A esta idea Antonio Fernández- Pro respondía que "otro de los problemas es que los agentes sociales se diluyen durante la crisis", pero que "a nivel institucional las sociedades de Atención Primaria jamás han estado tan unidas como ahora".

Por su parte, Yolanda Martín no se mostraba del todo de acuerdo, y es que en su opinión "hay que distinguir entre sociedades científicas, grupos coordinadores o sindicatos, cada uno tiene su labor, pero si creamos un único grupo que haga todo, al final acabaremos por mezclar las cosas. Creo que sería mejor trabajar unidos, de forma coordinada, persiguiendo objetivos comunes y con un cauce de comunicación claro, reconocido y aceptado por nuestros gestores".

En cuanto si esa unión o si esa voz única es actualmente el Foro de Atención Primaria, el representante de SEMG recordaba que este se creó como ejemplo de la labor del Foro de la Profesión Médica, el cual, también recordaba que pactó con el Ministerio de Sanidad una serie de puntos, de los cuales no se ha conseguido nada, "y ese es el problema, que por muchas iniciativas que se hagan, todo se queda en un papel y una foto. El Foro lo que vino es a poner en agenda la problemática de la Atención Primaria, y eso sí se ha conseguido, y se ha llegado además a los compañeros". La pregunta que entonces lanzaba Ramón Morera era: "¿Se está perdiendo ese papel o es que en realidad no nos lo estamos ganando?". Con esa última pregunta en el aire, la respuesta quedaba entonces en boca de cada uno de los profesionales de Primaria ■

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



**¿QUÉ  
NECESITA?**  
encuéntrelo en  
**Lyceum**

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

Contacte con nosotros en:  
[gruposaned@gruposaned.com](mailto:gruposaned@gruposaned.com)

**Lyceum**

[www.lyceum.es](http://www.lyceum.es)



**saned**  
GRUPO

[www.gruposaned.com](http://www.gruposaned.com)



# XVII Congreso SEDAP,

más de 300 profesionales  
debaten sobre el liderazgo  
de la AP en el modelo sanitario público

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) celebró en Palma los días 15, 16 y 17 de abril su XVII Congreso nacional, en el que se reunieron más de 300 profesionales del sector, para debatir sobre el liderazgo que debe asumir la Atención Primaria, como modelo sanitario público. El objetivo del congreso fue ofrecer herramientas y potenciar la gestión de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Los profesionales destacaron el gran papel que juega el primer nivel asistencial, que va desde la prevención hasta la atención al paciente crónico complejo. En este sentido, se abordó que el SNS debe reconocer una Atención Primaria más fuerte.

Texto y fotos | Susana Fernández Olleros



## GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

# XVII Congreso SEDAP, más de 300 profesionales debaten sobre el liderazgo de la AP en el modelo sanitario público

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) celebró en Palma los días 15, 16 y 17 de abril su XVII Congreso nacional, en el que se reunieron más de 300 profesionales del sector. En él, participaron gestores, médicos, economistas, enfermeras, etc. Según explicó el presidente de la SEDAP, Ramón Morera, ésta es una asociación transversal, “no es una sociedad médica, ni una sociedad de especialistas”.

La junta directiva está formada por médicos, enfermeras, técnicos, directivos, y así lo refleja el programa del congreso. “Hemos tratado temas como la información desde la gestión hasta la consulta, los proyectos de la comunidad o el tratamiento de crónicos liderado por las enfermeras”. Para Morera, el Sistema Nacional de Salud es un conjunto de profesionales que trabajan en red y de forma coordinada, “el congreso intenta reflejar esta realidad de nuestro sistema sanitario”.

En opinión del presidente de SEDAP, “los directivos sanitarios tienen que ser más conscientes del papel que tiene la Primaria, porque la Primaria hay que liderarla. Debe estar formada por buenos equipos directivos, es decir, hay que cuidarla. Tiene un coste bajo para el sistema sanitario pero si no se cuida se pierde una gran potencialidad y quien lo acaba pagando es el ciudadano, que no encuentra respuesta en su centro de salud”.

### Atención Primaria: marcando rumbo

La idea del encuentro se dibuja en el logo del Congreso, con una flecha y en su punta la cabeza de un directivo, bajo el lema Atención Primaria: marcando el rumbo. Según la presidenta del Congreso SEDAP, Rosa Canet, Primaria debe seguir

la línea, el camino y la dirección para ser líder de todo el sistema sanitario público, “que es donde tiene que estar la eficiencia. Desde ámbitos muy amplios los equipos directivos de los centros de salud deben atender a la comunidad y hacer un buen servicio”.

El directivo sanitario tiene que ser una persona capaz de entender que su función

**El directivo sanitario tiene que ser una persona capaz de entender que su función principal es la de atender bien al paciente, para ello está coordinando los recursos públicos**

principal es la de atender bien al paciente, para ello está coordinando los recursos públicos. Algunos de los participantes en las mesas comentaron la idea del logo del congreso. Los iconos estaban estudiados y tenían un sentido específico en el que los asistentes se vieron reflejados.

El primer día del Congreso SEDAP se entregaron los Primeros Premios SEDAP-Chiesi en Innovación de la Gestión. “Una edición que tendrá continuidad, y que dada la buena acogida que ha tenido y la cantidad de proyectos que se han presentado ha sido muy gratificante”, explicó el presidente de SEDAP, Ramón Morera.

En esta edición se han presentado 27 trabajos. “Y hay que destacar la calidad de cada uno de ellos”, comentó Morera, que aseguró que 10 profesionales han conformado un jurado, donde uno de ellos ha logrado el primer premio y otro un accésit. “Hemos reconocido su calidad metodológica, el grado de innovación, su capacidad de ser reproducidos, y su sinergia”.

El primer premio ha sido para el Plan de Comunicación Interna de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid. “Un proyecto que surgió de una necesidad, y es que la comunicación es la herramienta más importante dentro del sistema sanitario”, comentó su responsable, el gerente de

Atención Primaria de Madrid, Antonio Alemani.

Por su parte, el accésit recayó en un trabajo de e-consulta, como instrumento para la gerencia de gestión integral. Desarrollado en Galicia, ha puesto en marcha una consulta interactiva, con el fin de realizar una primera valoración diagnóstica, con la que mejorar la capacidad resolutoria y evitar el desplazamiento innecesario de pacientes al hospital. Su responsable, la doctora Estrella López, expuso cómo esta herramienta se ha convertido en “un canal efectivo de intercambio de información entre diferentes niveles médicos, entre médicos de Atención Primaria y especialistas”.

### Conferencia inaugural

El profesor de economía de la Universidad Pompeu Fabra Guillem López Casanovas ofreció la conferencia inaugural del Congreso SEDAP, con el título ‘La priorización necesaria para la sostenibilidad del sistema sanitario’. Casanovas, ante el numeroso público del primer día de Congreso, lanzó una pregunta a los directivos de la sala, “¿qué vientos soplan? Para después argumentar: “salgan de su clúster sanitario en el que comparten complejidades y observen la financiación pública y los costes económicos”.

A lo largo de una hora Casanovas fue explicando su visión de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. “Me preocupa la solvencia de los recortes con los que se cuenta para dar solución a las dificultades nuevas. Debemos diferenciar lo urgente de lo importante y entender la desinversión pública y la financiación, según coste efectividad o efectividad relativa”, señalaba.

Espetó que ante cualquier cambio parece que el miedo se apodera del directivo. “Nuestra aportación es compleja. El mensaje de la economía aplicada a la salud es muy dura y se prioriza el razonamiento. Por tanto, en cada sistema puede aflorar



el no hacer las cosas bien, el coste de la ineficiencia”.

Todos los sistemas sanitarios deben clarificar tres conceptos antes de ejecutar una reforma: cobertura, incidencia y cómo se utiliza la oferta. “Privatizar es aceptar el ‘opting out’ financiero”, comentaba el experto al tiempo que señalaba que debemos poner límites a la transferencia de riesgo y compensar gastos. El límite está en lo que queremos gestionar. “Si debemos buscar financiación adicional mejor desde la provisión”. Además explicó que sin involucración de los profesionales un sistema sanitario público vive permanentemente tensionado.

Según Casasnovas, la función del gestor sanitario es el interés del contribuyente, no sólo del paciente, “más allá del paciente-usuario, para ello sin un rol ético prevalente, hace falta redefinir los incentivos a la eficiencia”. En su opinión, la lógica de la planificación se acompaña de poner tierra de por medio entre el financiador y la provisión, con un traslado pautado de riesgo se interiorizan los costes de oportunidad.

Casasnovas volvió a dirigirse al público en su reflexión final diciéndoles, “si no

levantamos la cabeza de vez en cuando y miramos de donde sopla el viento nunca podremos aprovechar la oportunidad”.

### Desinversión/Reinversión

El programa pretendió ser muy actual. Al directivo sanitario le interesa el coste-oportunidad. Así, la primera mesa disertó sobre Desinversión/Reinversión, es decir, qué hay que dejar de hacer y qué cosas nuevas se pueden hacer. La moderación corrió a cargo de Eusebi Castaño Riera, jefe de Servicio de Planificación Sanitaria de la Dirección General de Gestión Económica y de Farmacia de la Consejería de Salud de las Islas Baleares. En su participación manifestó que la reinversión ya es un tema del siglo pasado, “debemos tener en cuenta que si queremos invertir más, el dinero se debe utilizar para invertir mejor”.

Definió la desinversión/reinversión como un proceso explícito por el cual se dejan de financiar, parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos o pro-

cedimientos de bajo o dudoso valor clínico. Y aseguró que hay que tener cautela porque la desinversión /reinversión no es muy provechosa como fuente de ahorro relevante para el sector. Por lo tanto, se empieza a mover la filosofía del ‘No hacer’.

En su opinión, “entre las herramientas para informar de la desinversión se han propuesto elaboración de listas de procedimientos o servicios de bajo valor, el análisis de coste-efectividad, el análisis de impacto presupuestario y el estudio de

la variabilidad en las tasas poblacionales de intervenciones sanitarias de dudoso valor clínico”.

Emilio Herrera Molina, presidente de la Fundación de New Health, expli-

có cómo la integración de los cuidados al final de la vida mejora el sistema sanitario presentando la eficiencia de los mismos.

En su opinión, la población española está envejeciendo y los pacientes tienen enfermedades crónicas y una mayor dependen-

**Todos los sistemas sanitarios deben clarificar tres conceptos antes de ejecutar una reforma: cobertura, incidencia y cómo se utiliza la oferta**



## GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

# XVII Congreso SEDAP, más de 300 profesionales debaten sobre el liderazgo de la AP en el modelo sanitario público

cia. “A mí me gusta hablar de política pero también del amor porque nadie es dueño de su futuro si no sabe a dónde va”.

La estrategia global de la Organización Mundial de la Salud requiere que las personas estén en el centro del sistema rodeadas de los servicios y de la familia. “Cuando comprendamos que no todos los cuidados paliativos están en el domicilio sino también en el hospital podremos mejorar la eficiencia”, aseveró.

Molina aseguró que la verdadera equidad se alcanza con el trabajo de la comunidad, capaz de atender los matices diferenciales

de cada realidad social. En este sentido, presentó el proyecto ‘Todos contigo’ implantado en Colombia y que nace como movimiento social que implica a los ciudadanos a crear comunidad complementando la atención sanitaria que prestan los cuidados paliativos.

“Como directores tenemos que tener claro que se pueden cambiar las cosas. Debemos conectar con una misión compatible y debemos mejorar la empatía, la confianza y la ilusión”. Para concluir su ponencia Molina reto al auditorio a reorganizar la motivación de la gente respecto a los cuidados paliativos para conseguir ese cambio en el sistema de salud.

La investigadora Senior del ARAI+D del IIS Aragón Sandra García-Armesto expuso el crecimiento de los recursos. Para ello presentó diferentes posturas sobre la desinversión, “compararnos con nosotros mismos no es lo mejor para progresar. No es suficiente para la excelencia”.

El valor de los cuidados tiene como meta minimizar la utilización de procedimientos de escaso valor, fomentando el uso de alternativas superiores o la reasignación de los recursos existentes a otras actividades de mayor valor.

La última ponencia la ofreció Eduardo Briones Pérez de la Blanca, médico epidemiólogo de Atención Primaria de Sevilla, quien reveló las prácticas innecesarias y potencialmente inseguras en Atención Primaria. Disertó sobre el valor de los tratamientos y el enfoque concreto sobre el que trabaja el médico de Atención Primaria.

Briones presentó el proyecto ‘Menos es más’ creado por un grupo de trabajo de Atención Primaria de Sevilla donde los profesionales disponen de once fichas con información sobre pruebas diagnósticas, técnicas de cuidados y medicamentos de uso muy frecuente en Atención Primaria. “Tenemos el slogan ‘Piénsatelo dos veces’ antes de realizar según qué intervención al paciente”.

Otra de las mesas del congreso se centró en propuestas concretas para gestionar la cronicidad. El editor de Avances en Gestión Clínica, Jordi Varela, comenzó el debate de la tercera mesa del congreso, para lo cual disertó sobre la diabetes cuando la Atención Primaria se olvida de la función de *gatekeeper*.

Precisamente, expuso al público las causas de los buenos resultados en Atención Primaria de la diabetes mellitus tipo 2, “la enfermera de Atención Primaria tiene dos competencias: formar al paciente y tener un control cercano de la enfermedad”. Esto ha roto el modelo *gatekeeper* y ha aparecido el liderazgo clínico del médico de familia y las mayores competencias del trabajo enfermero”.

Este empoderamiento del paciente es el buen resultado de que la persona diabética se conciente de la enfermedad. “Ahora

bien, para el paciente de una edad avanzada se debe crear un plan individualizado entre la enfermera, trabajador social, médico, y el trabajador social del ayuntamiento. Todos deben cumplir el plan”.

La directora técnica de Procesos y Calidad de Madrid, Juana Mateos Rodilla, explicó el papel de la enfermera en la atención a la cronicidad en la Comunidad de Madrid. Presentó la casa de los cuidados. “El planteamiento del proyecto fue saber que nuestro camino es cuidar”. En su opinión, “el futuro no sucede sino se define. Por lo tanto queremos contribuir hacer visible el valor del cuidado y eso se desarrolla desde Atención Primaria”. Aseguró que su apuesta es un modelo de calidad de los cuidados, “efectivos, eficientes, próximos, que es la petición de los pacientes”.

Para llevar cabo este proyecto han creado un Plan de Gestión del Cuidado, “hay que trabajar el liderazgo. Queremos que las enfermeras sean el garante del cuidado”.

M<sup>a</sup> José Avilés Martínez, subdirectora General de Planificación y Gestión Sanitaria y Responsable de Cronicidad de la Comunidad Valenciana, expuso la Atención integrada en departamentos de salud a pacientes crónicos complejos y paliativos. Comentó que en Atención Primaria el 40

por ciento de los pacientes son pluriatológicos y el 94 por ciento está polimedicado. “En Valencia creamos la comisión para la estrategia de la cronicidad”.

El objetivo es orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad a través de un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno. Desplegando políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad. “Esta función la representa la enfermera gestora de casos, pero esto no significa que todas las enfermeras de Atención Primaria tengan que

## Los participantes presentaron proyectos complejos, ambiciosos y evaluados con resultados positivos

Atención Primaria de Sevilla donde los profesionales disponen de once fichas con información sobre pruebas diagnósticas, técnicas de cuidados y

## El próximo congreso se celebrará en la ciudad de Córdoba en la primavera del año 2016

ser gestoras de casos, puesto que no sería eficiente y tendría un coste muy elevado”.

La mesa concluyó con la intervención José M<sup>a</sup> Pino Morales, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León, quién explicó que la cronicidad no es una moda, “entendemos que es importante por su impacto social y económico”. Los retos a los que se enfrenta el sistema de salud son demográficos y epidemiológicos. En este sentido comentó que “en Castilla y León hemos sentado las bases de la Estrategia del Paciente Experto, que debe ser la base de la transformación en profundidad del sistema”.

José M<sup>a</sup> Pino propuso la implementación progresiva con la participación de todos los actores y el máximo consenso, y una evaluación continua de los resultados. “El cambio lo lideramos nosotros de forma planificada o lo lideraran otros atropelladamente. Tenemos que conseguir que cada uno haga lo que mejor sepa hacer”, finalizó.

## Conclusión

El último día del Congreso SEDAP el aforo era elevado y para los organizadores habían cumplido las expectativas. El encuentro demostró en su XVII edición el gran desarrollo de Atención Primaria.

Los participantes presentaron proyectos complejos, ambiciosos y evaluados con resultados positivos. Según el presidente de la SEDAP, Ramón Morera, es un reflejo de que en España tenemos una AP con gran potencialidad. “En el congreso ha quedado

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

reflejado que nos interesan los sistemas de información, nos interesa lo que podemos hacer en la comunidad para mejorar la salud de la población y nos interesa que se pueda hacer un equipo de salud para que se vaya más allá de nuestro día a día”.

El próximo congreso se celebrará en la ciudad de Córdoba en la primavera del año 2016. En estos momentos, el comité científico está trabajando en un programa cuyo contenido sea de máxima actualidad y de gran interés para los profesionales sanitarios ■

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



Los días 18 y 19 de junio, SEDAP organiza junto con Osakidetza un **Congreso sobre Salud Digital** en San Sebastián. En el marco de los cursos de verano de la Universidad del País Vasco, se debatirán diversos temas relacionados con las nuevas tecnologías y los pacientes, los profesionales, las organizaciones sanitarias y los big data entre otros. Además se compartirán experiencias relacionadas con e-health. Toda la información está disponible en [ehealthsedap.com](http://ehealthsedap.com).

Os animamos a que enviéis vuestras experiencias y os esperamos en Donostia.

Directores del curso:  
Marisa Merino (Osakidetza)  
y Ramón Morera (SEDAP)



Es necesario invertir  
en  
registros  
de  
información,  
pero estos deben ser  
compartidos

Pilar Garrido

Presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SEOM



**Es necesario invertir en registros de información, pero estos deben ser compartidos**

Pilar Garrido lleva más de dos años al frente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y entre los objetivos marcados está conocer los registros de información, identificar las necesidades inmediatas de los pacientes, hacer un seguimiento estricto a los largos supervivientes y prestar atención al cáncer en ancianos y en crónicos, todo esto bajo el paraguas de colaboración con otras sociedades científicas en el marco de FACME.

**¿Cuáles son los retos a corto y medio plazo de la SEOM?**

La Oncología Médica es una especialidad muy dinámica y, por ello, se enfrenta a retos de muy distinta índole. Por enumerar algunos, señalaría las dificultades de acceso a fármacos en distintos hospitales y comunidades autónomas, tema que nos preocupa especialmente y en el que trabajamos intensamente, o la necesidad de medir resultados en salud. En ese sentido, estamos impulsando distintos proyectos, porque consideramos vital para el futuro conocer nuestros resultados y poder compararnos no solo entre nosotros sino con centros de excelencia de otros países. Creo que es necesario invertir en registros de información, pero estos deben ser compartidos y transparentes para poder beneficiarnos todos de ese conocimiento.

Otros retos que señalaría para los próximos años son la identificación de necesidades y seguimiento específico de largos supervivientes, el cáncer en ancianos, el abordaje del cáncer en el marco de la cronicidad, el número creciente de nuevos diagnósticos...

**¿Qué supone la formación en los obje-**

**tivos marcados?, ¿cómo se canaliza esta formación de los especialistas?**

La formación es un aspecto clave en Oncología y en SEOM invertimos mucho dinero y esfuerzos en ello. Por un lado, fomentamos formación en áreas de interés emergente para nuestros socios, como la gestión o la farmacoeconomía; pero también dedicamos muchos recursos a la formación de residentes a través de la certificación

SEOM. Además, destinamos cerca de 800.000 euros anuales a becas para proyectos de investigación y a becas de estancia tanto para jóvenes (fundamentalmente estancias de uno o dos años) como para senior (de dos a seis meses).

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

El programa de formación MIR en Oncología ha sido recientemente actualizado y se ha incorporado un quinto año. Eso nos permite decir, con total seguridad, que tenemos uno de los programas más completos de los países de nuestro entorno. Por otro lado, el sistema de evaluación anual de residentes, que incluye un examen escrito -para el cual SEOM ha elaborado un banco de preguntas específico- nos permite trabajar en que la formación sea homogénea en los distintos centros. En este orden de cosas, la certificación SEOM, en forma de curso on-line, acredita conocimientos co-

munes de acuerdo a nuestros estándares.

**¿Cómo gestiona SEOM la formación continua?**

SEOM organiza cursos y actividades propias y también avala actividades organizadas por terceros, siempre que cumplan unos requisitos específicos que se pueden consultar en nuestra página web. También ha creado hace unos meses una sección de acreditación, cuya actividad será clave en un futuro muy cercano.

**La investigación Oncología española, ¿goza de buena salud?**

Sin duda, la investigación traslacional goza de buena salud y España está entre los máximos reclutadores en ensayos clínicos complejos en distintos tipos de cánceres. De todas formas, existen áreas de mejora, como el reconocimiento formal de los Grupos Cooperativos de Investigación en Cáncer, que de hecho fun-

cionan como auténticas redes de investigación traslacional.

**¿Los grupos españoles forman parte de los grupos internacionales más importantes?**

Hay grupos españoles de investigación con reconocido prestigio a nivel internacional, de la misma forma que hay centros de excelencia.

**¿Qué papel tienen los especialistas en las unidades de gestión clínica?**

**La investigación traslacional goza de buena salud y España está entre los máximos reclutadores en ensayos clínicos complejos en distintos tipos de cánceres**

**No contar con la opinión de los médicos en la toma de decisiones relevantes es una pérdida absoluta de oportunidad y un lujo que no debería permitirse el sistema**



Nuestra opinión sobre las unidades de gestión clínica está en consonancia absoluta con la propuesta por FACME. Por tanto, creemos que todavía tiene por delante un enorme camino que recorrer.

#### ¿Qué utilidad tienen dentro del SNS?

Los médicos hacemos gestión a nivel micro en nuestro día a día y, por tanto, creo que no contar con nuestra opinión en la toma de decisiones relevantes es

una pérdida absoluta de oportunidad y un lujo que no debería permitirse el sistema.

#### Esta forma de gestión, ¿es la solución a muchos de los problemas actuales?

Pienso que tenemos mucho que aportar para la sostenibilidad del sistema, porque hay muchas áreas de ineficiencia que actualmente no son tenidas en cuenta, mientras que se está asumiendo

que gestión es igual a recorte de factura farmacéutica.

#### Los asociados de la SEOM, ¿tienen interés en este campo?

Cada vez más. De hecho, en los últimos años se han realizado diferentes actividades en ese sentido que siempre han sido muy valoradas.

#### ¿Hay alguna unidad de gestión clínica de Oncología ya en marcha?

Hay alguna iniciando su andadura, pero aún es pronto para hacer una valoración formal.

#### ¿Qué relación tienen con otras sociedades científicas?

Creo que en general las relaciones con otras sociedades científicas son excelentes. Por un lado, formamos parte de la Junta Directiva de FACME y de FESEO (Federación de Sociedades de Oncología) y, por otro, tenemos convenios de colaboración y actividades en marcha con sociedades como la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) o la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), por citar solo algunas.

#### ¿Cómo se canaliza esa relación a través de FACME?

A través de las reuniones mensuales de la Junta Directiva o vía email si el asunto no puede esperar. He de decir que son reuniones extremadamente cordiales y con un espíritu de colaboración muy alto, lo que facilita trabajar en la extensa agenda que tenemos.



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

# Envía **STOP EBOLA** al **28033**

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

**[www.StopEbola.es](http://www.StopEbola.es)**  
**#StopEbola**





**¿Cómo valora la disparidad al acceso de nuevos medicamentos dentro de la geografía española?**

Es un tema que nos preocupa extraordinariamente, porque los criterios de acceso son variables y a veces no claros, y en el que estamos trabajando. Sin duda, antes de que esta junta directiva finalice su mandato, haremos público nuestro informe sobre ello.

**El precio es uno de los grandes problemas de los nuevos fármacos, ¿cuestan realmente lo que valen?**

Es cierto que en ocasiones el precio de

los fármacos es muy elevado, y eso nos preocupa, pero la solución no es recortar o aplazar la disponibilidad para los pacientes, como está sucediendo ahora, sino consensuar, de forma homogénea

en todo el territorio, la indicación y las condiciones de uso, a la vez que se garantiza su financiación. De forma conjunta, debemos decidir cuáles son nuestras prioridades y cómo medimos el valor que aporta la innovación, recordando

que, además de los fármacos, hay mucha tecnología cuyo precio no se cuestiona de la misma forma que el de los medicamentos.

**¿Es uniforme la asistencia oncológica**

**en todas las Comunidades Autónomas?**

En el momento actual no sabemos si vive lo mismo o tiene una probabilidad de complicación mayor un paciente atendido en un centro o en otro, de la misma forma que no sabemos si dificultades en el acceso a fármacos están incidiendo ya en la supervivencia o calidad de vida en pacientes de diferentes hospitales. Por eso, SEOM está trabajando en ello de forma intensa ■

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





# Ideas transformadoras, ante el futuro incierto

SEDISA, tras el éxito del 19 Congreso Nacional de Hospitales, ha continuado su labor formadora en las III Jornadas de Gestión Sanitaria SEDISA-Valdecilla, que han reunido a los directivos sanitarios más destacados del país, para debatir ideas de cambio y mejora del SNS, que han versado sobre las nuevas tecnologías, la gestión clínica, o la reforma de la Farmacia Hospitalaria, entre otras.

Texto | Silvia C. Carpallo    Fotos | Silvia C. Carpallo/SEDISA



**E**l 19 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), consiguió en su última edición unas cifras record. Según sus organizadores, acudieron al mismo 3.000 congresistas, se presentaron más de 1.500 comunicaciones, y se celebró en torno a

350 ponencias. Pero lo más importante es que “ha venido la Sanidad pública y la privada, y no sólo los directivos, sino gerentes de servicios clínicos, supervisoras de enfermería y directores de las principales empresas aseguradoras y proveedoras de servicios del país. Además hemos contado con varios presidentes de sociedades médicas, con lo que hemos cumplido el objetivo de dejar de hablar los directivos entre sí, romper la endogamia y que hablen también los clínicos, de manera que este congreso sea un foro de encuentro de clínicos y directivos. También hemos podido contar con la industria, con los medios de comunicación, las asociaciones de pacientes, la Real Academia de Medicina de Valencia, e incluso el Ejército”, declaraba el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, durante el mismo.

Mariano Guerrero, presidente de este congreso y secretario general de SEDISA, destacaba también como novedades del CNH, el hecho de llevar aparejada una importante “Feria de Salud”, en la que se dieron a conocer los avances y resultados más relevantes. Igualmente, dando un paso más en el uso de las nuevas tecnologías, se pudo seguir el contenido del congreso desde otras localidades. Contenido que versó sobre temas como la evolución hacia un nuevo modelo de prestación de los servicios sanitarios; las TIC, la eHealth, la mHealth y las redes sociales como herramienta de gestión para la calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema; el pacien-

te experto como aliado; la arquitectura hospitalaria; el acceso a la innovación terapéutica y a la tecnología sanitaria; los nuevos líderes para la gestión sanitaria; la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión; la docencia, la formación y la investigación; la evaluación de los servicios sanitarios en base a la evidencia; y el establecer reglas de buenas prácticas en la gestión sanitaria.

### Existen muchos elementos que ejercen de protección al sistema para que un cambio transformador, tan evidente como necesario, no suceda

Pese a este gran abordaje de la gestión sanitaria, desde SEDISA se sigue trabajando y apostando por la formación continuada y por poner en común las estrategias y sinergias de todos los gestores del territorio español, y con este fin, se han celebrado en Santander, los días 6 y 7 de mayo, las III Jornadas de Gestión Sanitaria SEDISA-Valdecilla, bajo el título: “18 ideas transformadoras ante el futuro incierto”.

#### Cumpliendo objetivos

“Este tipo de jornadas forman parte del extenso programa docente que SEDISA lleva al cabo del año. Constituyen, asimismo, un foro de intercambio de opiniones entre los profesionales de la función directiva sanitaria, en un espacio único que agrupa conocimiento de muy diversas disciplinas, lo que le aporta un valor especial”. Ésta era la idea que César Pascual, director gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), y vicepresidente de SEDISA, aportaba respecto a la necesidad de organizar esta tercera edición de las jornadas en Valdecilla.

En cuanto al objetivo de las mismas, Pascual matizaba que “entendemos que en estos momentos debemos ir más allá, cuando abordamos el futuro de la gestión sanitaria”, insistiendo en que “consideramos especialmente interesante abordar estas ideas transformadoras, dado que las perspectivas de una cierta recuperación

nos hacen pensar más que nunca que es necesario avanzar en el cambio de la gestión sanitaria, especialmente dentro del Sistema Nacional de Salud”. Así, la perspectiva de estas jornadas nacía desde la pregunta “¿Por qué normalmente pensamos en soluciones pero no en problemas?” Es decir, en trabajar para definir bien el problema, en vez de analizar superficialmente soluciones, que generalmente no llevan a nada, salvo a seguir analizando.

#### La Sanidad hoy

Uno de los objetivos de este encuentro era por tanto el analizar la realidad sanitaria actual, y sobre todo, el propio sistema sanitario, que según César Pascual, “es un sector muy regulado, hiperregulado diría yo, y la mayoría de los agentes están instalados en el modelo tradicional. Y cómo en mi opinión”. De hecho, el experto consideraba que existen muchos elementos que ejercen de protección al sistema, para que un cambio transformador, tan evidente como necesario, no suceda. “No hay mayor creatividad que la ideación de nuevos escenarios estratégicos, nuevos modelos de organización y gestión, extrayendo a la organización sanitaria de su rutina, sacándola de su zona de confort, alejándola del *core business*, asumiendo riesgos y explorando nuevas alternativas. Ese es el espíritu en que se justifican las jornadas”.

En este sentido, el sistema sanitario debe hacer frente a desafíos y problemas que pueden surgir potencialmente en un breve plazo, y para los que se dispone de poco tiempo para realizar una organización efectiva. Los cambios que se vayan a ir produciendo en un futuro dentro del sistema de salud, no solamente deben depender de los profesionales y de la gestión del propio sistema, sino que se antoja imprescindible tener muy presente la opinión y percepción del usuario, de su compromiso individual en la adopción de buenos hábitos de vida, sin los cuales no sería posible conseguir el cambio pretendido.

## Ideas transformadoras

El programa ha reunido a 18 de las voces más autorizadas del país en gestión sanitaria, representantes de los distintos ámbitos que integran el mundo sanitario (administración, industria tecnológica, asistencia sanitaria pública y privada, industria farmacéutica,...). Ellos desde su conocimiento y experiencia han aportado las ideas para el debate con los más de 200 asistentes.

Así, algunas de estas ideas eran si el riesgo compartido en Tecnología sanitaria es una ayuda real para la gestión del sistema sanitario. Relacionando igualmente las tecnologías, se hizo especial hincapié en la relación entre la tecnología y el paciente/ciudadano. Avanzar en el uso apropiado de la tecnología, en la ya denominada “prescripción tecnológica”, que requerirá un conocimiento por parte del profesional sobre la mejor indicación de la misma.

Otras ideas que salieron a reducir en las III Jornadas de Gestión Sanitaria SEDISA-Valdecilla, fueron algunas como la eficiencia automatizada en los laboratorios de bacteriología y dispensación de medicación, como una mejora de la calidad asistencial y un factor que no sólo mejora la productividad, sino que también reduce los costes. Centrándose en el factor humano, y hablando de gestión, no podía dejarse de hablar de la gestión clínica, y no sólo de las unidades de gestión clínica, sino de algo tan básico como la implicación del clínico como gestor. En este sentido, una de las conclusiones era que el papel de los clínicos no debe limitarse al desempeño de la práctica clínica tradicional, sino que deben comprometerse con la gestión de los recursos limitados de nuestro sistema sanitario. Asimismo, en esta realidad tecnológica y multimedia, se ha de abordar decididamente la transformación de clínico analógico a médico digital, el llamado “clínico 3.0”.

Volviendo a la práctica clínica, uno de los temas que surgió durante estos dos días

intensos en Santander, fue cómo la línea del *Right Care* profundiza en la adecuación y la efectividad de las prácticas clínicas, estudiando qué aporta valor y qué no, qué es efectivo y qué prácticas no aportan “salud”, sino al contrario. En definitiva, se concluyó que la gestión clínica y sanitaria son áreas de conocimiento imprescindibles para cualquier sistema de salud. De su desarrollo y profesionalización, por tanto, depende en gran medida la calidad y sostenibilidad del sistema.

Otro punto de interés fue la idea de deconstruir la Farmacia Hospitalaria, para construir una farmacia que vaya “más allá del hospital”. Clarificando esta idea, se hablaría de una farmacia que rompa barreras de espacio y tiempo, para cambiar su apuesta por la prestación farmacéutica de pacientes agudos a pacientes crónicos.

Las jornadas dieron de sí para hablar de temas que pasaron incluso por la internacionalización, el Pacto de Estado y la I+D+i. Por supuesto, también para hablar de calidad e innovación, dos caras de la misma moneda. Y es que, cuando se sitúa a los pacientes en el centro como principales beneficiarios de su implantación, ambas cualidades se convierten al unísono en una necesidad imperiosa y transformadora. Esta necesidad transformadora incide de forma directa en una mayor eficiencia, lo que se traduce en sostenibilidad y solvencia para el propio sistema y, por otro, en algo que es fundamental, una mejora de los resultados de salud.

## La crisis como oportunidad de cambio y sus repercusiones

La palabra crisis no sólo significa paro, o recortes, también significa cambio, y quizás la crisis fuera el momento idóneo para realizar todos los cambios que necesitaba el sistema sanitario. “Desde mi punto de vista, existen claros intentos de innovación en gestión sanitaria con diferentes resultados, pero en lo cierto es que en el terreno de la innovación, encontrar un modelo que funciona, comienza por

admitir la necesidad de probar muchas cosas que no funcionan. Hay quienes huyen del fracaso evitando reconocerlo y con ello están perdiendo una enorme oportunidad de aprendizaje que ayudaría a tener éxito”, opinaba César Pascual.

El experto analizaba la situación actual valorando que “ha existido una especie de delirio por la innovación. Pero la dificultad de generar valor en entornos complejos como el sanitario por las vías tradicionales puede llevar en ocasiones al camino fácil de ampararse en la innovación cómo tabla de salvación”. Sin embargo, en cuanto a los resultados que ya pueden entreverse de lo que ha sido esta crisis, no sólo económica, sino también sanitaria, “me temo que como ha ocurrido en otras muchas por las que ha pasado el SNS, quedarán más bien pocas lecciones aprendidas. Desde luego los gestores están mucho más preparados, han aprendido a gestionar en entornos especialmente difíciles, porque nunca se habían adoptado las decisiones que esta crisis ha obligado y han sido los gestores quienes han tenido en primera línea llevar a la práctica estas decisiones, que han entrañado costes personales, en ocasiones diría yo, altos costes”.

En este sentido, el vicepresidente de SEDISA concluía afirmando que “hay que apalancarse en los activos que tenemos. El detonante del cambio de paradigma no puede ser otro que la actual situación en que nos encontramos” ■

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







# La transformación del sector sanitario, un cambio hacia la competitividad

Texto y fotos | Nekane Lauzirika

**El sector de la Salud debe someterse a profundas transformaciones si quiere ser competitivo, porque los actuales servicios asistenciales no están pensados para atender las pluripatologías que suponen ya el 70 por ciento del gasto sanitario actual. Ésta es una de las principales conclusiones que se pusieron sobre la mesa en la segunda reunión de trabajo de la Cumbre Stakeholders, organizada por Everis junto a la Fundación Bamberg y celebrada el pasado mes de marzo en Bilbao.**

El sector de la salud tiene pendiente una profunda transformación que abarque no solo las infraestructuras, los aspectos organizativos, los procesos clínicos asistenciales, los modelos de gobierno y relación, sino que los cambios deben afectar también a los modelos de financiación, enmarcando todos estos aspectos dentro de una estrategia global, en la que las nuevas tecnologías clínicas juegan

un papel fundamental como facilitador del cambio y la innovación”, así se puso de manifiesto en la segunda cumbre de expertos reunida por Everis con el auspicio de la Fundación Bamberg en la capital vizcaína.

En el encuentro de trabajo “Transformando el sector Salud” se dieron cita Juan Ignacio Guenechea, vicepresidente de Cofa-

res; Ignacio Aresti Ibarrola, director Zona Norte Ferrovial Servicios; Mikel Álvarez, director general Modragón Health; Mikel Ogueta, subdirector de Calidad del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza; Javier Gárate, director de Sistemas del IMQ y Germán Cutillas, socio-responsable de la oficina Everis Bilbao, todos ellos arropados por Ignacio Para, presidente de la Fundación Bamberg, y Javier Berlana, director del área de Health en Everis, que hicieron las veces de dinamizadores del evento.

## Javier Gárate, director de Sistemas del IMQ

***“Abogamos por cogestionar con la Sanidad pública la salud del paciente que comparte el doble aseguramiento”***

Considera que encuentros como el organizado por Everis y la Fundación Bamberg donde se debate el complicado futuro de la asistencia sanitaria siempre resultan positivos, “porque sirven para reflexionar e intercambiar opiniones con otros expertos involucrados en el sector sobre las necesidades de cambio del sector salud, al tiempo que se analizan las oportunidades de negocio y de colaboración que ofrecen las nuevas tecnologías para mejorar la asistencia sanitaria”.

Para el IMQ, como aseguradora y prestadora de servicios, el reto más importante es “ver cómo procuramos la mejor sostenibilidad del sistema, ahora que todo el mundo coincide en señalar que el sistema sanitario, tanto público como privado, se encuentra en un punto crítico. Nosotros como aseguradora tenemos un modelo prestacional diferente, pero vemos cómo últimamente se compite también sobre precios. Lo que tenemos que tener son sistemas eficientes, porque si no el sistema se va a convertir en insostenible; hay que ver las posibilidades de evolución, de colaboración con la pública”, reflexiona Gárate. “Porque al final la salud del ciudadano es una, no es doble aunque tenga doble aseguramiento. Por eso es importante que todos los medios que tenga a su disposición, en nuestro caso cuando también dispone de Sanidad privada en base a su aseguramiento, estén para salvaguardar su salud. En el caso del IMQ además provocaría ahorro a ambas partes, porque compartiendo los dos medios entendemos que el gasto sería menor; por eso, la colaboración público-privada para nosotros sería fundamental”, enfatiza el directivo del IMQ.

Cuando habla de colaboración pública-privada, Javier Gárate explica que va más allá de las externalizaciones de prestaciones y aboga por cogestionar la salud del paciente que comparte el doble aseguramiento.

“El sector de la salud está mucho más evolucionado conceptualmente que en la práctica real; todavía nos falta un nivel de maduración en términos de eficiencia de salud, y esto a pesar de estar en una escala muy superior si nos comparamos con otros países del mundo. Por otro lado, creo que el nivel de colaboración/participación e información –que no invasión competencial o de desarrollo de negocio- entre la Sanidad pública/privada debería ser mayor, porque facilitaría la eficiencia del sistema y la posibilidad de gestión de salud del ciudadano”, subrayó Javier Gárate, director de Sistemas del Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ), la aseguradora privada con más implantación en el País Vasco.

Actualmente, un 25 por ciento de la población puede compartir un doble sistema de aseguramiento público-privado, “sin embargo, la salud que tiene es única”, sentenció Gárate. “Lo que no puede ser es que se le penalice a la hora de gestionar su salud y no pueda compartir los dos sistemas; no pueda disponer de toda esa información. Si la compartiera haría más eficiente al sistema; ahorraría a las dos partes un montón de dinero y mejoraría la gestión de la salud de los ciudadanos. Ade-

más, facilitaría la exportación de cualquier modelo de información, ya que obligaría a los sistemas de información y de gestión de ambas entidades a tener los mismos modelos de integración, estándares, etc.”, subrayó el directivo del IMQ.

### **Cambios en los servicios asistenciales**

Todos los asistentes coincidieron en señalar la necesidad de cambiar las infraestructuras y los modelos de prestación de servicios asistenciales, porque ahora mismo están pensados para dar respuesta a episodios de patologías agudas puntuales. “Es decir, no satisfacen las necesidades de los pacientes crónicos y pluripatológicos que hoy ya suponen más del 70 por ciento del gasto sanitario”, tal y como recalcan Ignacio Para, presidente de la Fundación Bamberg, y Javier Berlana de Health en Everis.

Como prestadores de servicios no sanitarios en la mayoría de los sistemas de salud de las CC.AA. del Estado, Ferrovial Servicios sí observa un profundo cambio de modelo que ha venido para quedarse y “que no sé muy bien si ha llegado porque tocaba en este momento histórico de evolución en la prestación de servicios o porque la crisis ha hecho que todos tengamos que racionalizar los gastos”, subraya Ignacio Aresti Ibarrola, director de la Zona Norte. “Vamos hacia modelos más avanzados, de más integración de servicios que generen sinergias entre los propios servicios y ahorros de costes indirectos para las propias administraciones”, explica. Desde este punto de vista y viendo todo el desarrollo tecnológico que se nos viene encima, el directivo de Ferrovial Servicios apuesta por ser “lo suficientemente rápidos y ágiles para implantar esto de manera que las eficiencias que estamos viendo se puedan producir y sean rápidamente implantables”, apuntó.

### **La clave, el envejecimiento de la población**

La transformación de los modelos sanita-

## **Ignacio Aresti Ibarrola, director Zona Norte Ferrovial**

***“Es fundamental una relación estratégica entre la administración pública y la empresa de partnership a largo plazo”***

**N**ecesitamos un marco legal más adecuado que promueva la innovación y la eficiencia. Urge actualizar la legislación vigente, que está obsoleta frente a otros países de nuestro entorno, y dificulta la implementación de nuevos modelos y la convivencia ordenada de todos los agentes implicados en la prestación del servicio.”.

Desde Ferrovial Servicios, por experiencias en mercados más maduros en la prestación de servicios como el Reino Unido, afirman que la colaboración a largo plazo induce claramente a la innovación, el conocimiento y la inversión.

La incorporación de tecnologías inteligentes permite reducir el coste de los servicios y liberar así recursos para nuevas inversiones o, con cargo a estos ahorros, reducir la carga de impuestos a pagar por el contribuyente, explica Aresti.

El ciudadano debe involucrarse en la prestación del servicio y ser reconocido por su contribución. Tiene que ser escuchado ya que aporta gran valor añadido a la hora de reportar incidencias, revisar el estado de las infraestructuras, valorar la calidad del servicio y participar en la definición de las prioridades de sus recursos públicos. “Como ciudadanos, es nuestro dinero y no queremos estar al margen, queremos estar en el centro de los servicios públicos”.

rios, motivada principalmente por el envejecimiento de la población, implica, tal y como explicó Mikel Ogueta, subdirector de Calidad de Osakidetza, la necesidad de cambios tanto organizativos como culturales –de la ciudadanía, de los gestores y profesionales del sistema sanitario– y de los sistemas de información que dan soporte a los procesos. “En Osakidetza llevamos años trabajando en esta línea: estamos dentro de las Organizaciones Sanitarias Integradas-OSIs, de las unificacio-

nes hospitalarias. Nosotros apostamos por sistemas de información diseñados para adaptarse a las nuevas realidades”, señala Ogueta, quien se refiere a los cambios culturales aún por llegar. “A veces se nos olvidan y son los más dif-

ciles, pero no solo en la población, sino también entre los gestores del sistema, para los que también resulta complicado entender las transformaciones a las que nos enfrentamos”, apostilla.

A juicio del directivo de Osakidetza todo el

**Los expertos coinciden en señalar que los servicios asistenciales no están pensados para atender las pluripatologías, que ya suponen el 70 por ciento del gasto sanitario**

cambio del sistema sanitario busca la continuidad asistencial, “que tiene su complejidad; en esta línea deben encontrarse vías para acompañar los cambios legislativos con avances que tecnológicamente sean via-

bles. La legislación va muchos años por detrás y nos dificulta muchos avances que tecnológicamente igual podríamos hacer. En Osakidetza hemos apostado fuerte por la carpeta de salud, porque pensamos que el paciente va a ser el centro del sistema

## UNIMARKET Health Bilbao. Conclusiones

El sector de la salud presenta una importante evolución de su modelo conceptual de asistencia, requiriendo aún un nivel de maduración que transforme las ideas en realidades.

Es un hecho innegable que se está en un momento de transformación del modelo sanitario motivado por la demografía. Este proceso de cambio implica la necesidad de modificaciones y adaptaciones tanto organizativas como culturales (de la ciudadanía y de los gestores y profesionales del sistema sanitario) y de los sistemas de información que dan soporte a los procesos.

En este sentido, se hace necesario un mayor nivel de colaboración entre el sistema público y privado, trabajando para compartir la información y facilitar el trato al paciente. “Si la salud es única, no se debería penalizar al ciudadano por la estanqueidad del sistema”.

La compartición de información no sólo hará más eficiente el sistema, sino que la necesidad de modular y modelizar los sistemas de gestión que va implícita ayudará a disponer de un sistema exportable a otras sociedades o mercados.

Adicionalmente, se puede apreciar una evolución hacia modelos con una mayor integración de servicios, generadores de sinergias capaces de disminuir los costes. El reto está en conseguir ser lo suficientemente ágiles para que se implanten en el modelo.

El objetivo sin duda debe ser buscar la continuidad asistencial. En este camino, deben buscarse vías para acompasar los cambios legislativos con avances que tecnológicamente sean viables.

En este nuevo escenario, el paciente-gestor se configura como el catalizador del cambio sanitario, la pieza clave para impulsar la evolución del sistema.

sanitario. Sin él no vamos a poder hacer mucho, ya que el paciente va a ser cada vez más gestor. Esta es la clave”, apostilla Mikel Ogueta.

### Integración de los niveles asistenciales

Los expertos tienen claro que debe incrementarse la productividad del sistema, para lo que se precisa de una integración de niveles asistenciales que garantice una continuidad de la atención prestada, una protocolización de las actuaciones, un enfoque por proceso asistencial que permita una autogestión por parte de los profesionales. “Ello implica un nuevo modelo que no sólo contribuirá a mejorar los indicadores de salud de la población, sino que disminuirá la presión de la demanda, mejorará la productividad y permitirá avan-

zar en la sostenibilidad financiera del sistema”, coincidieron en señalar.

Consideran que el enfoque del modelo debe ir más allá de la dualidad público-privada. “Se precisa de un modelo en el que la provisión de los servicios sanitarios se realice por parte de todos los recursos, tanto públicos como privados, de un modo armonizado que permita la libre elección por parte de la ciudadanía”, apuntaron en la línea de lo manifestado por Javier Gárate, director de Sistemas del (IMQ).

Para conseguir una transformación del sector salud son conscientes que es preciso involucrar más a los profesionales con su participación en la gestión, su iniciativa y capacidad de decisión, pues son una pieza clave para la mejora de la productividad, la efi-

ciencia y la calidad del sistema asistencial. “Por ello, hay que llevar a cabo una innovación normativa y organizativa que permita una mayor flexibilidad, nuevas alianzas, unos incentivos efectivos y sistemas de evaluación en función de los resultados en salud”, coincidieron en señalar con el mismo hilo conductor que el apuntado por Mikel Ogueta, subdirector de Calidad del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

### Mejores resultados para los pacientes

En consonancia con Ogueta, el vicepresidente de Cofares, Juan Ignacio Guenechea, reconoció también que el proceso de prestación de servicios sanitarios está en profundo cambio, “muy presionado por factores como la demografía y la tecnología. Por eso se hace absolutamente necesaria la adaptación de las organizaciones al entorno cambiante. En este sentido, empresas privadas como Cofares tienen un valor añadido que aportar a la mejora del sistema en los términos adecuados de colaboración con el sistema público; se va en este camino, pero son procesos lentos que requieren cambios estructurales. Además en un marco de restricción presupuestaria se complica mucho más. Es un proceso de convergencia universal prácticamente en marcha en todos los países en aras a indagar nuevas fórmulas de búsqueda de mejores resultados para los pacientes, que en definitiva es de lo que se trata”, remarcó Juan Ignacio Guenechea.

Como proveedores de servicios y productos sanitarios en Mondragón, Mikel Álvarez, director general Mondragón Health, es consciente de que el sector salud requiere una profunda transformación en gran medida por el continuo crecimiento de la demanda “y porque surgen problemas de financiación sin olvidarnos del importante crecimiento de una población envejecida. Con mayores necesidades de financiación y mayor consumo de los pacientes es lógico que la Sanidad se tenga que reinventar”, sostiene Álvarez quien aboga por un acercamiento entre los agentes empre-

sariales privados y los que tienen que ver con los sistemas públicos “para mejorar la eficiencia del sistema sanitario que en sí misma ya es compleja”.

### Nuevos mercados

Ignacio Para y Javier Berlana destacaron –en consonancia con lo reseñado por Ignacio Aresti Ibarrola, director de la Zona Norte Ferroviaria Servicios–, “que el desarrollo de los sistemas de salud en las economías emergentes va a requerir de la aportación de unas infraestructuras y medios humanos de los que no disponen y que serán lo que posibiliten alcanzar resultados en el menor tiempo posible”.

En esta misma línea, Javier Berlana, director del área de Health en Everis, aseguró

que “se configura ante nosotros un abanico de nuevos mercados que demandan soluciones e infraestructuras diferentes a las existentes y donde la evolución del ecosistema de la salud se convierte en fuente de nuevas oportunidades de desarrollo para todos los agentes involucrados en el sector”.

Ignacio Para resaltó que “las soluciones han de pasar por contar con infraestructuras flexibles capaces de dar respuesta a las nuevas condiciones de la población y potenciar la inteligencia sanitaria mediante el uso de la informa-

ción disponible, transformando la atención sanitaria que ha de pivotar sobre el médico de familia; médico cogestor junto con el pa-

ciente de la salud de éste e integrador fundamental de los diferentes episodios y procesos asistenciales”. Para ello, añade Ignacio Para, es importante contar con una Historia Clínica (HC) compartida –historia de salud–, por los diferentes facultativos responsables de la

atención sanitaria, incorporada a la carpeta de salud del ciudadano. “Compartir la HC mejorará la calidad de la misma”, remachó el presidente de la Fundación ■

## El desarrollo de los sistemas de salud en las economías emergentes va a requerir de la aportación de unas infraestructuras y medios humanos de los que no disponen, según algunos expertos



## CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- ✓ CENTRO ESPECIALIZADO EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS
- ✓ GABINETE DE PRENSA PARA SUS COMUNICACIONES
- ✓ TRATAMIENTO DE SUS FICHEROS
- ✓ GESTIÓN DE SUS RECURSOS ONLINE
- ✓ ALQUILER FLEXIBLE POR PUESTOS Y DESPACHOS
- ✓ SERVICIO DE VÍDEO CONFERENCIAS
- ✓ EXCELENTE COMUNICACIÓN ZONA NORTE DE MADRID
- ✓ PRECIOS MUY COMPETITIVOS





Nuestro único  
objetivo  
es  
ayudar  
a los  
pacientes

Kristian Hart-Hansen

General manager de LEO Pharma Spain

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cosialls



#### “Nuestro único objetivo es ayudar a los pacientes”

¿Cómo valora el presente de la industria farmacéutica en España? ¿Y el futuro?

Ha experimentado muchos cambios en los últimos cuatro o

cinco años, pero creo que eran cambios necesarios, especialmente desde el punto de vista del Gobierno: en un contexto de crisis el mercado farmacéutico no podía seguir creciendo al ritmo de años anteriores. Lo que se ha hecho, en mi opinión, era necesario y como industria

debemos intentar alinear objetivos y ser flexibles para adaptarnos a los nuevos cambios. Puede decirse que ha sido duro comparado con el pasado pero, por otro lado, se están creando muchas oportunidades. Y creo que habrá más en el futuro. Es el momento de innovar y de ver las cosas desde una perspectiva distinta.

**En su opinión, ¿falta más visión a largo plazo y menos cortoplacismo por parte de los decisores?, ¿hay soluciones más ‘imaginativas’ para reducir el gasto farmacéutico que el mero ahorro?**

Creo que una cierta visión a corto plazo es necesaria. Porque eso es lo que tienes que hacer cuando quieres hacer un cambio en una empresa también: si la modificación es grande, debe hacerse rápidamente. Y la crisis que hemos vivido confirma que hay que cambiar algunas cosas. Creo que el reto de futuro es hacer procesos de cambios a largo plazo y no sólo centrarse en el producto, sino cambiar el foco del producto al paciente y preguntarse cómo optimizar el tratamiento y mejorar la vida del paciente. Y en este ámbito deben trabajar juntos Gobierno e industria.

**Aquí en Cataluña comienzan a aplicarse fórmulas de riesgo compartido, de pago por resultados, ¿qué opina de estos abordajes?**

**Creo que el reto de futuro es hacer procesos de cambios a largo plazo y no sólo centrarse en el producto, sino cambiar el foco del producto al paciente y preguntarse cómo optimizar el tratamiento y mejorar su vida**

En teoría estoy de acuerdo, pero en la práctica todavía no se comparten realmente los riesgos: podría decirse que antes los asumía el Gobierno y ahora con estas fórmulas los asumen sobre todo las compañías farmacéuticas. Creo que se acabarán compartiendo y eso

será bueno, pero sólo si el foco se mantiene en el paciente y viendo cómo, con el presupuesto disponible, se consigue el mejor beneficio posible para el paciente. Y eso sólo se consigue con la colaboración de todas las partes implicadas. Cataluña es una comunidad innovadora en este sentido. La clave sin duda es la confianza entre los gobiernos de las comunidades autónomas y las compañías.

**¿Cree que la reducción del gasto sanitario está provocando un descenso de la calidad de la prestación farmacéutica?**

Probablemente no, pero si se mantiene este objetivo de reducción del coste, puede llegar a producirse en el futuro. Lo importante, de nuevo, es el paciente y si nos centramos en él encontraremos las oportunidades, sobre todo con los pacientes ancianos que padecen varias patologías y suelen tratarse con muchos medicamentos: es fundamental garantizar la adherencia y el tratamiento óptimo para reducir el número de medicamentos y, a la vez, beneficiar la salud del paciente. Y no olvidemos que en España hay 17 comuni-

dades autónomas, lo que es genial porque son 17 culturas diferentes, pero el sistema de salud debería ser igual para todos, con independencia de donde vivas.

**¿Valen los medicamentos lo que cuestan?**

Por mucho o por poco, es difícil de decir ahora mismo. Creo que lo importante es mirar al futuro y preguntarnos si el Gobierno va a reconocer el valor de un fármaco, con una perspectiva social. Comprendo que, en ocasiones, los laboratorios patentan fármacos con mejoras muy pequeñas de la calidad del tratamiento y piden precios muy altos para comercializarlos. Mi responsabilidad, como compañía, es explicar a la sociedad el valor del fármaco que se va a comercializar. Y, si no



se demuestra ¿por qué va a tener un precio elevado? Por eso aparece en este panorama el genérico, es parte del juego: tienes un tiempo para explotar tu patente y cuando el plazo se acaba aparecen los genéricos. Estas son las reglas y debemos adaptarnos con ellas, sobre todo con alianzas.

#### ¿A qué se refiere?

LEO Pharma es una fundación, así que no tenemos como objetivo ganar mucho dinero para una familia dueña del laboratorio o para los accionistas, sino que tenemos como único objetivo ayudar a los pacientes. Y no es algo que digamos, es nuestra obligación.

#### ¿Quién es el dueño de la fundación?

Nadie, la fundación es dueña de la fundación. Por eso, todo nuestro beneficio se reinvierte en mejorar la vida de los pa-

cientes. No nos centramos en lograr el precio más elevado, sino en cómo hacer cosas para beneficiar a los pacientes.

#### ¿Cree que hay falta de confianza entre los actores?

Sí, entre los gobiernos y la industria en el pasado, y hubo motivos, pero por eso estamos, como fundación, trabajando para que haya confianza, porque queremos establecer alianzas y ayudar así a más pacientes. Por supuesto que necesitamos beneficios, pero lo vemos en el sentido que no ayudamos a los pacientes para ganar dinero, ganamos dinero para

ayudar a los pacientes. Por eso necesitamos unas cuentas saneadas, porque así podremos invertir más en nuevos fármacos y en nuevos dispositivos en los que quizá otras empresas nunca invertirían.

**En España hay 17 comunidades autónomas, lo que es genial porque son 17 culturas diferentes, pero el sistema de salud debería ser igual para todos, con independencia de donde vivas**

#### ¿Cree que la situación, para la industria farmacéutica, está mejorando en España en la actualidad?

Sí, pero las compañías deben adaptarse a la nueva realidad y algunas no lo hacen, igual

que ha ocurrido en otros sectores: mire el caso de Nokia, que hacía los mejores teléfonos móviles y ya no existe. O el de Blockbuster... o el de Kodak, que incluso inventó la cámara digital, pero sus responsables decidieron centrarse en determinadas áreas y ahora está en liquidación. Así que se trata de crear un entorno para que las empresas crezcan de manera sostenible si hacen bien su trabajo.

#### ¿Qué valor aporta la industria farmacéutica a la investigación en general del país con respecto al resto de sectores industriales?

Muchas de las compañías farmacéuticas locales han estado haciendo mucho I+D en España y también las compañías internacionales. En el futuro creo que veremos aún más, porque las nuevas generaciones están mejor formadas y los salarios todavía están a un nivel que les permite ser competitivos en Europa. De hecho, muchas universidades y hospitales españoles son líderes en sus respectivos campos. Pero además de la industria, también es importante que el Gobierno apueste por crear esta atmósfera y dote de recursos a la investigación, porque la manera de crecer de los países es mediante las nuevas tecnologías.





**A la luz de todo lo comentado, ¿considera que el Pacto por la Sanidad sigue siendo la gran asignatura pendiente?**

Lo es. Y la palabra “pacto” suena fantástica. Por supuesto, si hay interés en mejorar la Sanidad, se debe trabajar de manera conjunta con pacientes, con comunidades autónomas, con el Gobierno central y con la industria farmacéutica. Pero, reitero, debe haber una confianza y un deseo de mirar a largo plazo y de manera integral. Otro cambio importante que se está produciendo es que el foco está cambiando de los médicos y los medicamentos a un papel cada vez más relevante de las enfermeras. Eso está pasando en España y es esencial para ayudar a los pacientes. Y lo mismo pasa con el apoyo que proporcionan las familias. Es un universo que se está creando y que permite proporcionar lo que nosotros denominamos cuidados de calidad: cómo apoyar a las familias (y que entiendan la enfermedad), a enfermería (y formarla), a las farmacias (y contribuir a que aumente su importancia y sean percibidas por la sociedad como una parte importante del tratamiento). Nuestra aspiración es que las autoridades sanitarias nacionales y regionales vean que lo que hacemos es ayudar realmente a los pacientes, no es algo que decimos únicamente para lograr un mejor precio, sino que es algo en lo que invertimos muchas veces sin obtener ninguna mejora en nuestros beneficios.

**Ha citado que LEO Pharma es una fundación, ¿cuál es su origen?**

LEO se fundó en 1908 en Dinamarca, fue la primera compañía farmacéutica del país y de hecho, de ella surgieron grandes compañías como Novo Nordisk. Cuando LEO obtuvo los derechos de producción de insulina vendió durante años la LEO insulina a precio de coste, sin obtener beneficios hasta su cesión a lo que posteriormente se convirtió en Novo Nordisk. Desde un principio las bases fueron ayudar y ser responsable con la sociedad. En un principio pertenecía a una



familia pero, en 1984, se optó por crear la fundación que se centrara en el paciente, reinvertiendo en él todos sus beneficios, le ayudara y que mantuviera independiente a la compañía. Ahora es imposible que alguien compre LEO Pharma.

**¿Cuál es la situación en España?**

Hicimos un cálculo el año pasado: el 97 por ciento del dinero que nos pagó el Gobierno por productos de la Seguridad Social fue reinvertido en España. Es parte

de nuestra visión de fundación: reinvertir en los países en los que estamos.

**Pero no son una ONG...**

No, no somos una ONG, somos una empresa que pertenece a una fundación y, por tanto, tenemos la obligación de tener beneficios para poder ayudar a más pacientes. No ayudamos a los pacientes para ganar dinero sino que ganamos dinero para ayudarles.

**Pasando a LEO Pharma, usted lleva**

**casi 3 años en España y más de 10 en la compañía ¿qué balance haría de este periodo?**

Fantástico. Si me hubieran preguntado hace 10 años si una década después seguiría en la compañía hubiera dicho que jamás. Pero el crecimiento ha sido increíble, especialmente en los últimos 6 años, en los que hemos pasado de ser una compañía fundamentalmente regional a expandirnos globalmente, con nuevas aperturas en 16 países como EEUU, Rusia, Japón, China, Corea del Sur, Brasil, Italia, Australia, el este de Europa... En España es una etapa emocionante llena de retos y oportunidades para innovar. El balance es que he hecho algo muy interesante y que, a la vez, tengo la sensación de que beneficia a la sociedad.

**¿Qué percepción se tiene en Dinamarca de la filial española? ¿Cómo es considerada dentro de la compañía a nivel global?**

Hemos pasado de ser una filial más, con crecimientos en torno al 4 por ciento, similares a otros países, a convertirnos en líderes en muchos aspectos, como en redes sociales. Antes teníamos que luchar para atraer proyectos, ahora nos piden que participemos y así hemos conseguido atraer mucha gente joven e innovadora. Y, a la vez, hemos podido invertir más y contratar a más gente, un 10 por ciento cada año. Ahora somos 100 personas y probablemente contratemos otras 10 en 2015.

**¿Hasta qué punto es una ventaja el estar centrados en el desarrollo de fármacos para una única área terapéutica como la Dermatología? ¿Existen limitaciones o inconvenientes?**

Por nuestro tamaño, es una ventaja clave.

Y, en un área como la Dermatología, necesitas estar centrado en el paciente para tratar su psoriasis o su eccema o cualquier otra patología dermatológica, que además suele tener comorbilidades, como la depresión, e impacta en la calidad de

## **Creo que lo importante es mirar al futuro y preguntarnos si el Gobierno va a reconocer el valor de un fármaco, con una perspectiva social**

vida. Pero es un área complicada, en la que es difícil establecer límites entre Dermatología farmacéutica y estética y cosmética.

**¿Tienen el I+D centralizado en Dinamarca o investigan también en España?**

Está físicamente en Dinamarca pero, al estar centrados en los pacientes, nuestro abordaje es de un I+D 'abierto' y buscamos los mejores centros científicos y universidades de todo el mundo para trabajar con ellos y darles los derechos de su descubrimiento. Además, como somos una fundación, hemos incorporado todos nuestros datos clínicos de los últimos 10 años en una base de datos, lo que ha supuesto una gran inversión, y ahora están a disposición de quien quiera utilizarlos. Tenemos un grupo de expertos externo y cualquier investigador puede solicitarles información y pedir el acceso a los datos. Si los expertos consideran que el trabajo es solvente, se concede la autorización, de manera gratuita. Creo que somos la primera compañía en hacerlo.

**En 2014, LEO Pharma ha dado sus primeros pasos para desarrollar en un nuevo inhibidor de JAK ¿Puede ahondar en esta nueva apuesta de la compañía?**

Este es un ejemplo excelente de esta innovación abierta, con una alianza con un

partner japonés, JT. Estamos en fase I, así que el camino que tenemos por delante es largo. Es un proyecto muy interesante.

**Como experto en psoriasis, ¿cómo cree que es el manejo de la enfermedad en España? ¿Hay diferencias entre las 17 comunidades autónomas? ¿Y con otros países de nuestro entorno?**

Desde el punto de vista de nuestra especialidad, no hay diferencias entre comunidades, porque el manejo se basa en los dermatólogos y los médicos de Atención Primaria. Quizá la haya en otras áreas de la Medicina. Y comparado con otras partes del mundo... el sistema sanitario español es bastante bueno y si necesitara un trasplante o si necesitara que me trataran un cáncer, preferiría tratarme en España que en Dinamarca, porque aquí en estos ámbitos se está muy por delante que otros países. Los tratamientos son muy buenos, pero queda un reto pendiente.

**¿Cuál?**

## **También es importante que el Gobierno apueste por dotar de recursos a la investigación, porque la manera de crecer de los países es mediante las nuevas tecnologías**

Colocar al paciente en el centro, y en eso estamos luchando y pretendemos que todo el mundo se involucre. Pero el sistema sigue siendo bueno y los cambios que se han

hecho, y que eran necesarios, no lo han puesto en riesgo, aunque soy consciente de que hay mucha discusión sobre este tema.

**¿Cree que esta apuesta por colocar al paciente en el centro es global?**

Sí, aunque hay países que lo lideran, y España no está entre ellos, creo que tiene la oportunidad de ser parte del grupo de cabeza. Porque al final, si nos centramos en el paciente, beneficiamos todo el sistema y ahorramos también dinero ■





# Lundbeck

un  
centenario  
de  
éxitos

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Silvia C. Carpallo y Lundbeck



**El laboratorio danés Lundbeck cumple en estos días cien años de su constitución. Este centenario da las claves de su éxito, centrándose en la investigación en el Sistema Nervioso Central, y siendo líderes en el tratamiento de enfermedades como la depresión o el Alzheimer. La vista en el futuro la ponen en mejorar el estigma social, la adherencia a los tratamientos y la percepción de la labor de la propia industria farmacéutica por parte de la población general.**

Centrarse en una única área terapéutica y llegar a los cien años, pudiendo echar la vista atrás con satisfacción y la mirada hacia delante con esperanza, no es fácil, nada fácil. Por eso, que Lundbeck celebre este año su primer centenario supone no sólo un motivo de alegría para la compañía, sino también un momento para la reflexión. Y es que son muchos los temas abordados, pero también muchos los que quedan por tratar, tanto desde la industria farmacéutica en general, como de la que se dedica a la investigación del Sistema Nervioso Central (SNC) en particular.

### Lundbeck cumple 100 años en Europa y 20 en España

#### Sobre estos 100 años

Un siglo de investigación para mejorar la vida de 700 millones de personas. Lundbeck cumple 100 años en Europa y 20 en España, pero lo que Xavier Martí, director general de Lundbeck España, apunta a EL MÉDICO es que los años más importantes de la compañía han sido estos últimos 60, ya que “fue desde entonces cuando Lundbeck se centró en los avances en el Sistema Nervioso Central, es decir, Psiquiatría y Neurología, siendo actualmente el único laboratorio que se centra únicamente en esta área”. Así, los avances durante estos años han venido de la mano del lanzamiento de fármacos innovadores en el campo de la depresión, la esquizofrenia, el Alzheimer o el Parkinson. “Todo ello producto de nuestra propia investigación”, pero también de los acuerdos con otras compañías, siempre interviniendo en el proceso de investigación y no entrando directamente en la compra del producto. “Hemos sido líderes en el mercado en muchas de estas patologías, y eso

nos ha hecho valedores de acuerdos con *partners* que han visto en nosotros un *Know How* donde poder invertir cuando se trata de proyectos innovadores dentro del SNC”, apunta el director general de la compañía en España.

Por su parte, Lourdes Pla, responsable de Market Access y Relaciones Institucionales en Lundbeck, cifra en

28 los productos que han sacado al mercado, teniendo ya otros 3 en su *pipeline*, “que son muchos para un área terapéutica tan compleja”. Dentro de ellos, si habría que poner nombre al mayor hito de la compañía, sin duda, sería *Cipralex*, “porque ha sido líder en el mercado en la mayoría de países en los que ha sido lanzado”, sin olvidar que llegó a alrededor de 100. Hoy esta patente ha expirado, pero Lundbeck ya trabaja en un nuevo antidepressivo.

En otra de las áreas más punteras a nivel mundial de investigación, el Alzheimer, *Ebixa* también supuso un punto de inflexión en el momento de su lanzamiento, ya que era un área terapéutica no cubierta, lo que los colocó como líderes en innovación. En lo referente a Parkinson también destaca la revolución de los tratamientos orales, en muchos países, pero sobre todo en España. “Todo esto son hitos casi tan importantes como llegar a cumplir los cien años”, resume Lourdes Pla.

#### Las claves de la compañía

En Lundbeck, a nivel internacional, trabajan alrededor de 1.200 personas en el equipo de I+D+i, que ha conseguido que

2014 haya supuesto el inicio del programa más extenso de lanzamiento de su historia. Más concretamente, se ha lanzado *Abilify Maintena* para el tratamiento de la esquizofrenia, junto con Otsuka, como resultado de una fructífera alianza. Igualmente, entre los productos más recientes, destaca *Selincro* para el tratamiento de la dependencia alcohólica, y *Brintellix* para la depresión (este último aún no comercializado en España). Para Lundbeck es vital la colaboración entre compañías farmacéuticas, así como los acuerdos de investigación y comercialización con alcance global. Todo ello se ha visto traducido en la colaboración con compañías como Otsuka, Teva, Takeda y Merck. La clave está en entender que cada vez se necesitan más recursos y tiempo para descubrir moléculas y desarrollar fármacos que tengan un verdadero valor añadido sobre los ya existentes, pero es que en la investigación del Sistema Nervioso Central se vuelve imprescindible tener aliados, para avanzar en un campo tan árido, teniendo en cuenta que el cerebro sigue siendo nuestro órgano más desconocido.

De hecho, la idea de buscar alianzas, en vez de un crecimiento exponencial, la mantiene con un tamaño “mediano”, que resulta ser precisamente otra de sus grandes ventajas. Según la responsable de Market Access y Relaciones Institucionales, el tamaño de la compañía “da una flexibilidad mayor y una respuesta más rápida a las necesidades del entorno. Posiblemente el tamaño sea ideal para poder reaccionar, sin dejar de ser una compañía global y multinacional”.

Otro de sus puntos destacados es su imagen, como empresa comprometida y transparente. En la reciente encuesta rea-

lizada por *PatientView*, un grupo de investigación, publicación y consultoría que trabaja para crear puentes entre ONG/Asociaciones de Pacientes de todo el mundo, en el ranking general de la encuesta de 2014, Lundbeck se sitúa en quinta posición, siendo tercera en relación con la seguridad y en cuarta posición en relación con la integridad. La encuesta mide y clasifica la reputación corporativa de 37 compañías farmacéuticas y se basa en la evaluación y aportación de 1.150 organizaciones de pacientes de 58 países de todo el mundo.

El último dato a destacar es el hecho de que esté estructurada dentro de la propia Fundación Lundbeck, y es que como explica Xavier Martí, “el 70 por ciento del accionariado está en manos de una fundación, basándose en un modelo muy nórdico”. Esta fundación tiene entre sus objetivos velar por que un porcentaje muy importante de los ingresos de la compañía se reinviertan en investigación. “Hasta

ahora hemos estado invirtiendo más de un 20 por ciento de nuestros ingresos. La Fundación mira más a largo plazo, intentando que el ánimo sea preservar esa investigación, pensando en los beneficios más a medio y largo plazo”, asegura el director general en España.

#### La situación en España

Si este es el trabajo de Lundbeck a nivel global, queda por saber cómo es el trabajo en España, donde la compañía lleva trabajando dos décadas. “España tiene muy buena imagen, pero es que en general el nivel de los profesionales es muy alto”, asegura Lourdes Pla. Xavier Martí, por su parte, matiza que “antes las cosas eran diferentes, pero actualmente, la

calidad de los ensayos clínicos en España está por encima de la media europea”. De hecho, en el manejo de ciertas enfermedades, el trabajo en España es pionero en Europa, como por ejemplo es el caso de los

programas que se están realizando en Cataluña, respecto a la dependencia del alcohol. Lourdes Pla vuelve a intervenir, aportando que “Lundbeck España como filial también es reconocida, con muchos proyectos multinacionales”.

**En Lundbeck, a nivel internacional, trabajan alrededor de 1.200 personas en el equipo de I+D+i, que ha conseguido que 2014 haya supuesto el inicio del programa más extenso de lanzamiento de su historia**

En cuanto a la situación económica del país y las políticas llevadas a cabo en materia de gasto farmacéutico, los representantes opinan que “se hace complicado de explicar”, a un nivel más internacional. “No es un marco legal ideal, y toda la in-





industria sigue luchando para que sea un marco más estable y predecible". Sin embargo, Xavier Martí reflexiona que al fin y al cabo "cada país tiene sus sistemas y no hay un sistema perfecto. El problema realmente es que se ve el gasto farmacéutico de forma aislada, lo que hace difícil explicar el valor añadido que tiene un fármaco en el resto de costes". Así Lourdes Pla ve necesaria la creación de "un plan estratégico nacional para financiar las innovaciones".

Por otra parte, no se trata sólo de concienciar de la importancia de la Industria a la Administración, sino sobre todo a la sociedad. "No hemos sabido transmitir la importancia de este sector a la población general, mejorar la visión de los laboratorios por parte de la sociedad es una asignatura pendiente" reflexiona Lourdes Pla.

El objetivo de Lundbeck no pasa sólo por conseguir mejorar la innovación, sino también por erradicar el estigma asociado a estas patologías. De esta manera promueve acciones de concienciación que sitúen a estas enfermedades en la agenda pública, aumenten el conocimiento y, así, se consiga la normalización de las mismas

#### Investigar en SNC

Hay más de 700 millones de personas con patología psiquiátrica y neurológica esperando un avance que mejore su vida. Las patologías mentales tienen un impacto laboral enorme y son una de las principales causas de pérdida de productividad. En el área económica europea, en 2007, se estimó que los costes totales relacionados con la productividad de los trastornos de salud mental fueron de 136.300 millones de euros. En promedio, las personas que sufren depresión pierden alrededor del 25 por ciento de días de trabajo, comparado con un 18 por ciento entre los que sufren enfermedades cardíacas o un 12 por ciento entre los diabéticos. La OMS

pronostica que la depresión llegará a ser la primera causa de discapacidad laboral en 2020.

Lundbeck sigue siendo la única compañía que centra todos sus recursos en la investigación del SNC. Sin embargo, tal y como explicaba Lourdes Pla, el coste en investigación en salud mental es mayor, ya que los ensayos clínicos son más largos y más complejos, porque se necesita un mayor número de pacientes, teniendo además en cuenta que el placebo tiene una eficacia muy alta, y por lo tanto es más arduo conseguir resultados relevantes. Todo ello incrementa los costes de la investigación. "Son inversiones de alto riesgo, puesto que necesitas muchos pacientes, las valoraciones psiquiátricas comportan mucha ambigüedad y muchas otras compañías de la industria han abandonado este sector precisamente por toda esta problemática", reconoce la experta.

Esto es así ya que no existen, como en otras patologías, biomarcadores o pruebas diagnósticas. "Por eso muchas empresas que quieren invertir en SNC se acercan a nosotros como expertos que ya tienen un bagaje al respecto. Es uno de nuestros valores como compañía, nuestro prestigio en investigación", aporta Xavier Martí.

#### Un nuevo reto, la dependencia alcohólica

Selincro es la primera molécula que ha demostrado en ensayos clínicos en fase III que reduce la ingesta de alcohol. Con lo cual se disminuye el consumo de alcohol sin dejar de beber de forma radical, ya que generalmente los fármacos estaban centrados en el objetivo de la abstinencia, y el fracaso era de un 80 por ciento. "Los ensayos lo que han demostrado es que al cabo de un mes, la ingesta se reduce en un 60 por ciento. Si eres un paciente de riesgo y hay unos índices de

ingesta muy altos, reducir ese porcentaje supone reducir el riesgo de todas las enfermedades relacionadas", aclara el director general en España.

Otra cuestión a aclarar es que en los países nórdicos tienen un modelo de bebida más centrado en beber fines de semana, mientras que en países más latinos el consumo es más social, y eso supone abordajes diferentes, por lo que en este caso el papel de Atención Primaria es vital. Sin embargo, el médico de familia muchas veces no llega a detectar esta patología, bien porque no hay tiempo, o porque no existe la suficiente información y formación al respecto. No hay que olvidar tampoco que el alcohol está muy relacionado con las enfermedades mentales, ya que "hay quien utiliza el alcohol como terapia", alerta Xavier Martí.

El siguiente paso es conseguir que "la Atención Primaria pueda tener acceso a estos fármacos", pero el dilema pasa por



que cada CC.AA. tiene una visión diferente. Si bien ya se maneja desde el primer nivel asistencial en el País Vasco, no todas las Comunidades tienen la misma política. Por ello, el representante español apunta que “estamos intentando convencer de alguna manera a las CC.AA. de que la AP tenga acceso a este fármaco. El paciente que está en drogodependencia o en el área de Psiquiatría es un paciente que está muy mal, donde la abstinencia es lo primero, por lo tanto no es el perfil idóneo para el fármaco. El paciente con dependencia al alcohol, que ya está impactando en su salud, pero que no es una persona que tenga que ir a drogodependencia está en manos de AP, y ese es nuestro paciente.” La responsable de Relaciones Institucionales opina por su parte que “las CC.AA. ya son sensibles, el problema, como siempre, es manejar los presupuestos”.

### Otras áreas de futuros avances

Si eso es lo que ya ha llegado, queda por

hablar de lo que está por venir, y es que si bien Brintellix aún no ha llegado a España, ya ha dado muy buenos resultados. “Se trata de un nuevo abordaje de la depresión, no sólo desde la perspectiva anímica, sino también respecto a las capacidades del paciente”, afirma Martí. Y es que la depresión no sólo afecta a los pacientes que se dan de baja, sino a aquellos que continúan con su vida laboral, sin encontrarse realmente bien. También se habla de personas activas con depresiones mal diagnosticadas. “Pero también está el problema del presentismo, personas que con una depresión mal controlada van a trabajar pero tienen problemas de concentración, de memoria, o de planificación, y en definitiva ven disminuida su productividad de una manera importante”. Por eso, con este nuevo antidepressivo el objetivo pasa por mejorar el impacto de los síntomas cognitivos de la depresión, que tienen que ver con la vida profesional y también con la familiar, y que hasta ahora ha sido un área poco investigada

Por su parte, Lourdes Pla pone el foco en el Alzheimer, “una patología que va a aumentar, porque va a aumentar la esperanza de vida, y por ello, también es un reto conseguir una verdadera innovación al respecto”. No hay que olvidar que son muchas las moléculas que se han quedado por el camino, y de hecho, nunca ha visto la luz ninguna de las vacunas anunciadas. En este sentido, los representantes avanzan que “tenemos una innovación que podrá llegar al mercado de aquí a 3 o 4 años”.

### Vista en el futuro

Preguntando no por lo hecho, o por lo que está pasando, toca poner la vista en el futuro, a lo que los representantes de Lundbeck apuntan a que “está todo por hacer, aunque solo sea por el hecho de que el cerebro sigue siendo un gran desconocido”.

Sin embargo, Xavier Martí sí señala que “un área de especial atención es la dependencia, donde no hay mucho conocimiento”, y es que en general, en todo lo que tenga que ver con salud mental, “tener al paciente controlado no basta, el siguiente paso es conseguir mejorar la calidad de vida”.

Otro de los retos es lograr mejorar la adherencia, que en estos tratamientos, que conllevan diversos efectos secundarios, se complica, además por el hecho de que cuando los síntomas mejoran, el paciente cree que está curando y abandona la medicación. En este sentido la idea pasa por espaciar las tomas, o también, por involucrar al médico en las mismas, para asegurar su cumplimiento, como pueden ser los tratamientos inyectables una vez al mes. “Es vital garantizar la adherencia para que las recaídas sean las menos posibles”.

A modo de reflexión final, Xavier Martí resume que “no puedo imaginar los próximos cien años, pero sí los próximos veinte, ya que es más fácil verlo en una compañía que tiene un objetivo tan claro y centrado que en otra que tiene sus intereses diversificados y que van cambiando” ■







# Evaluando

la primera edición del

Programa Avanzado  
en Gestión de Servicios  
y Unidades

de **Farmacia**  
**Hospitalaria**

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Jesús Mendo



## REPORTAJE

# Evaluando la primera edición del Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria

**La primera edición del Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria, realizado en colaboración de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), ESIC y el GRUPO SANED, y con el patrocinio de Shire, ha ayudado al personal de los servicios de Farmacia Hospitalaria a gestionar mejor sus equipos, los tiempos, y a formarse en cuestiones de liderazgo, tal y como han valorado los propios alumnos.**

**G**estión de equipos, una mejora de la comunicación y, sobre todo, una formación basada en la experiencia. Esas han sido las claves de la primera edición del “Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria” (PAGS-UFH), iniciativa puesta en marcha con la colaboración de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), ESIC y el GRUPO SANED, y con el patrocinio de Shire, que tiene como objetivo mejorar la eficiencia de los Servicios de Farmacia Hospitalaria a través de la formación práctica.

El programa ha estado dirigido a alumnos del colectivo sanitario con responsabilidad en una unidad de Farmacia Hospitalaria. Sobre el profesorado, ha contado con figuras como Loreto Martorell, licenciada en Ciencias de la Educación, y master en Dirección de Recursos Humanos; y Luis Cadenas, licenciado en Gestión Comercial y Marketing por ESIC. Es decir, personal con amplia experiencia en gestión y en la formación de profesionales de diferentes ámbitos, que han pretendido dar una visión complementaria tanto del ámbito sanitario como del empresarial.

El PAGS-UFH comenzó el 24 de octubre y ha finalizado este 24 de abril. Ha constado de 48 horas lectivas, divididas en 6 sesiones de 8 horas cada una, con una

periodicidad mensual. Se ha diseñado pensando en tener un acercamiento con el colectivo al que va dirigido, y además se han planificado reuniones de trabajo, que han permitido conocer mejor la realidad que afrontan cada día. De esta manera, los contenidos a abordar en el programa, así como la metodología a emplear, eminentemente práctica y participativa, han estado conectados con la realidad diaria de los alumnos.

Es difícil concretar cuáles han sido los puntos clave de un programa formativo que aborda un concepto tan amplio como la gestión. Sin embargo, si hubiera que realizar un resumen, el Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria se definiría por su pretensión tanto de ofrecer a los especialistas en Farmacia Hospitalaria los nuevos conocimientos y técnicas gerenciales requeridos para desarrollar con éxito los procesos de transformación, que las organizaciones y la propia sociedad demanda, como por potenciar las habilidades comunicativas, desarrollando los aspectos emocionales y relacionales en el ámbito sanitario.

A modo de conclusión, cabe resumir como áreas específicas del programa además de la del liderazgo y la gestión de servicios, el abordaje de la comunicación

y la gestión del cambio, la gestión de reuniones, lo que supone negociar en equipos de alto rendimiento, así como la gestión de los conflictos, y del tiempo.

### La visión de los alumnos

Si este era el balance en cuanto a datos y conceptos de lo que ha sido este programa formativo, para saber más de él, y de cómo ha sido su desarrollo, la voz a escuchar sin duda es la de los propios alumnos. Así, Maite Sarobe, del Complejo Hospitalario Navarra, opina que “ha sido un curso completo, hemos podido ver diferentes aspectos muy útiles y complementarios para dirigir equipos/servicios de Farmacia”, destacando en su opinión el aprendizaje en comunicación, en asertividad y en dirigir equipos, además de aprender a diferenciar un buen líder de un jefe.

Otro punto a favor desde su perspectiva han sido las sinergias creadas entre los propios compañeros, ya que “la disposición de todos los participantes ha sido total, ayudada siempre por los profesores, de modo que nos hemos sentido muy cómodos”. No olvida destacar en cuanto a los profesores, que se trataba no sólo de un personal muy preparado, sino también con una “gran capacidad de dinamismo y de obtener un grupo participativo”. En cuanto a las mejoras posibles del programa, Sarobe propone realizar recordatorios periódicos y breves, por ejemplo, una vez al año. “Nos ayuda a que nos mueva, a que nos hagan parar a pensar”, ya que programas como este ayudan a mejorar los Servicios de Farmacia “desde el momento en que estos servicios están formados por equipos de personas que trabajan juntas”.

Observando más experiencias personales, la de Miriam Rodríguez, jefa de Farmacia

Hospitalaria en el Hospital El Bierzo, ha sido satisfactoria en cuanto a la participación y a la conexión entre los participantes, que desde su visión ha creado un ambiente muy favorecedor para el desarrollo del curso. Por otra parte, “los docentes me ha parecido que tenían un buen dominio del tema y han sabido mantener el interés por los contenidos, lo cual creo que ha sido vital en el desarrollo del curso”. Sobre lo que considera que más le ha aportado esta formación, cree difícil “decir qué es lo que he aprendido, pero he conseguido incorporar algunas estrategias a mi tarea diaria, que me están resultando útiles”.

Casimiro Bocanegra Martín, director de UGC Intercentros Farmacia, valora que el haber realizado este programa ha sido una experiencia enriquecedora desde el punto de vista profesional y muy agradable desde el punto de vista personal. “Mi único objetivo era tratar de liberar la mente del trabajo diario y centrarme en nuevas técnicas de gestión del servicio.

Por esto puedo decir que se ha cumplido con creces ese objetivo y que se ha visto aumentado lo conseguido”. Coincide con sus compañeras en que la comunicación entre los miembros de un servicio es algo fundamental “y es de los aspectos que más he podido aprender”. Asimismo cree que la sinergia entre los compañeros ha sido “absoluta”, y que el cuadro de profesores “ha tenido un alto nivel de paciencia y de transmisión de conocimientos”. Si algo se atrevería a destacar son las sesiones con casos prácticos expuestos por los asistentes, que precisamente potenciaría de cara a mejoras en próximas ediciones del programa.

Otra cuestión a valorar por los asistentes es si el liderazgo, cualidad que ha llevado el nombre de uno de los módulos, es algo que se aprende o es innato. A este respecto, Casimiro Bocanegra considera que “el líder debe tener unas condiciones innatas. Pero a lo largo de la vida cualquier profesional que se lo

plantee puede lograr ser líder en una materia concreta”. Sobre esta misma cuestión, Miriam Rodríguez aporta que “el liderazgo es innato, pero sí puede mejorarse esta faceta mediante el entrenamiento”. Por último, Maite Sarobe cree que si el liderazgo puede aprenderse, en este programa, “sin duda, nos han marcado unas pautas, enseñado conceptos. Pero ahora lo más importante es practicar”.

Si estas son opiniones personales, analizando las encuestas realizadas a todo el grupo, la valoración también es bastante satisfactoria. Desgranando esta información, en cuanto a la valoración global de los contenidos, teniendo en cuenta cuestiones como que la combinación de conocimientos teóricos y prácticos, la correspondencia de los objetivos de la acción formativa, y la adecuación de los contenidos didácticos, la nota media es de notable, siendo los módulos más valorados los de liderazgo y la gestión de equipos de





# Evaluando la primera edición del Programa Avanzado en Gestión de Servicios y Unidades de Farmacia Hospitalaria

alto rendimiento, y el que peor, el de gestión del tiempo. En cuanto a la opinión de los alumnos sobre los formadores ha sido muy bien valorado su conocimiento en la materia, su exposición clara de los conceptos, la resolución de dudas y la creación de un ambiente participativo. Sobre la eficacia de la acción formativa, se ha valorado sobre todo el hecho de que los contenidos fueran de aplicación práctica en sus puestos de trabajo, por encima de la ampliación de conocimientos.

### La perspectiva de cada módulo de aprendizaje

El primer módulo ha estado centrado en el liderazgo, y es que, los Servicios de Farmacia deben gestionarse como empresas con trabajadores de alta cualificación profesional, lo que exige la adquisición de modernas técnicas de gestión empresarial a sus directivos. Es por ello que este módulo ha estado muy bien valorado por parte de los alumnos, que han apuntado al respecto observaciones como la importancia de que un buen líder analice a los componentes de su grupo de trabajo, sepa escuchar, comprender y sobre todo comunicar. Igualmente han destacado, en el sentido teórico, la importancia de hablar de diferentes tipos de liderazgo, así como a manejar los conceptos de asertividad, liderazgo situacional y la motivación personalizada. En cuanto a qué contenidos han valorado que deberían tratarse en más profundidad, el grupo ha apuntado hacia la importancia de saber actuar según las diferentes situaciones y personas, puesto que no existe una receta única, pero sí modelos que se adecuan a una serie de perfiles. Para ello creen que es importante realizar ejercicios prácticos de motivación, sobre todo para trabajarlos en equipo. No sólo la motivación del equipo, sino también trabajar la automotivación, para la cual creen que se debería emplear más tiempo.

En el siguiente módulo, centrado en comunicación y gestión del cambio en los servicios de Farmacia Hospitalaria, han apreciado el trabajar la escucha empática,

ya que la clave para comprender los problemas del equipo es escucharles y eliminar las barreras mentales. Igualmente, en sus test de evaluación han opinado que es necesario buscar soluciones fuera de la zona de confort. Asimismo han visto relevante el gestionar no sólo decisiones previas, sino también consecuencias, y aprender a comunicar de la mejor forma posible la necesidad de cambio. Se trata, por tanto, de un proceso que tiene altibajos, y en el que hay que ponerse en el lugar del otro para conseguir empatizar y conseguir objetivos comunes. De cara a la próximas ediciones se trabajará en mayor profundidad el coaching en equipo, en análisis de las situaciones, y la iniciativa y generación de ideas, así como la gestión de los posibles conflictos.

El tercer bloque ha estado centrado en la gestión de reuniones en los servicios de Farmacia Hospitalaria. Los alumnos han aprendido dentro del mismo la importancia de concretar objetivos, de autoevaluar, de recoger por escrito los resultados y de hacer un resumen de las conclusiones para poder debatirlas tanto en reuniones, como en procesos de autoevaluación. Igualmente es vital que los participantes en estos procesos tengan claros los objetivos, y hacer un control lo más estricto posible de los tiempos.

En el módulo sobre equipos de alto rendimiento en los servicios de Farmacia Hospitalaria, se ha hecho hincapié en tener en cuenta las características propias de los equipos de alto rendimiento, así como los aciertos y los puntos a mejorar que tienen los mismos. Para gestionar un equipo de estas características, los expertos señalan la importancia de contar con un líder y de que exista buena comunicación para explicar los objetivos comunes del equipo, pero tam-

bién para evaluar los resultados. Todo ello debe contar con un proceso de planificación, donde se fijen objetivos claros y donde una de las bases sean las ganas de mejorar, y que el equipo tenga capacidad de renuncia para alcanzar objetivos comunes, siendo la motivación la

**En cuanto a la valoración global de los contenidos, la nota media es de notable, siendo los módulos más valorados los de liderazgo y la gestión de equipos de alto rendimiento**

herramienta para mejorar las relaciones interpersonales entre el equipo a nivel profesional.

El último bloque ha estado centrado en la gestión de las actividades en el tiempo en los servicios de Far-

macía. Durante este se ha incidido en la necesidad de agendar según prioridades, para conseguir tener una buena planificación, que se base no sólo en tener una misión sino también una visión. Esta agenda debe tener un buen mantenimiento, que pasa por saber priorizar, pero también desechar, buscando como eludir a los llamados ladrones de tiempo.

Desde Shire, Arancha Martín, market access & public affairs manager, comenta que este programa de desarrollo de habilidades de gestión, “ayuda a nuestros profesionales a una gestión y liderazgo más eficientes”. Shire tiene como misión mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde el desarrollo y la comercialización de fármacos, hasta la formación de los profesionales sanitarios. Como se recuerda desde este laboratorio, un sistema sanitario eficiente se traduce en una mejora asistencial y, por tanto, en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Con respecto a lo más destacado, se apunta a la gran participación y a las buenas valoraciones que han dado los participantes. Con todo ello, Shire se compromete a continuar con un nuevo programa para el próximo año, para que un nuevo grupo de farmacéuticos hospitalarios puedan adquirir este tipo de habilidades de gestión ■

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





El  
empoderamiento  
del paciente  
es un aspecto clave  
para una adopción  
más amplia de la  
EHHealth

Brian O'Connor

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

Texto | Xavi Granda Revilla    Fotos | *Health and Wellness Mobile World Congress 2015*



## “El empoderamiento del paciente es un aspecto clave para una adopción más amplia de la EHealth”

**¿En qué momento se encuentra la eHealth?**

La implementación varía mucho de país a país. Estonia es líder en todos los aspectos “E” y ha cumplido ya diez años utilizando eHealth. Es un gran ejemplo para el resto de países europeos y se pueden aprender buenas lecciones de su apuesta. Lideran ahora el Grupo de Expertos en eHealth que se ha puesto en marcha bajo la ECHAlliance.

Varios países europeos han decidido también volcarse en eHealth e introducirla lentamente, pero los progresos son lentos. También se puede aprender de otros sitios, como África o el Oriente Próximo,

donde la ciudadanía utiliza de manera regular teléfonos móviles y tabletas para obtener atención sanitaria.

**¿Cuáles son los motivos por los que Estonia es líder europeo e-digital?**

Porque es un líder en EGobierno en general y el Ehealth en particular: hace 10 años decidieron ser líderes, invirtieron en ella y la han implementado.

**¿Hay riesgo de brecha entre países ricos y pobres en el ámbito digital? ¿E, incluso, entre países de la UE?**

Esa es una buena pregunta. Por supuesto que siempre hay un riesgo, pero es interesante recalcar que algunos de los países pobres o del Tercer Mundo –no me gustan nada estos términos, pese a su popularidad– son líderes en el uso de Mobile Health. La necesidad, a menudo fuerza que surja la innovación más deprisa que en muchos países ricos.

**Ha citado a África, ¿cuál es la situación allí?**

África está usando Mobile Health para lograr que los ciudadanos no tengan que hacer largos viajes a ver al médico. En muchas ocasiones, un teléfono móvil o un IPAD es la clínica de todo un pueblo.

**¿Y en Oriente Próximo?**

En los países ricos de Oriente Próximo comenzaron no con líneas telefónicas terrestres, sino con teléfonos móviles y a día de hoy hay poblaciones enteras que monitorizan sus datos e informan gracias a la Mobile Health.

**¿Hay lecciones que aprender de estas dos zonas?**

Como comentaba, todos podemos aprender de los países que han apostado antes por la EHealth y pienso que tanto la experiencia en Oriente Próximo como la de África nos permiten aprender cómo proporcionar mejor atención sanitaria a través de las tecnologías existentes, en vez de pensar que la innovación debe centrarse siempre en crear algo nuevo: a menudo, lo que debemos hacer es usar las tecnologías existentes y aceptar que tenemos que cambiar las barreras culturales.

**¿Cómo valoraría la apuesta española en Ehealth? ¿Es uniforme o hay diferencias entre regiones?**

Cataluña está considerada la comunidad autónoma líder. Los motivos son la visión a largo plazo de algunos de sus políticos e instituciones.

**En general, ¿qué factores contribuyen a impulsarla?**

Las políticas gubernamentales que permiten el uso de EHealth y Mobile Health y otras tecnologías configuran un mercado, que a su vez impulsa su uso.

**¿Hay algún factor que la frene?**

Todavía hay muchos, incluyendo algunos en la profesión médica y, a menudo, las políticas de reembolso retrasan el uso de las soluciones en E y M Health.

**¿Cómo ayuda al médico?**

Puede impulsar mucho más el autocuidado de enfermedades, reducir la necesidad de visitas a consulta y permitir que los casos más graves se vean antes.

**¿Qué silos hay presentes en la profesión médica que retrasan la aplicación de la ehealth?**

En todas las profesiones hay profesionales que dicen que han hecho algo siempre de este modo o de aquel y que no hay necesidad de cambiar e, incluso, algunos están preocupados porque las tecnologías que dan poder al consumidor podrían ser malas para su negocio. Creo que la gran esperanza en este ámbito es un cambio radical en los Estados Unidos, donde el consumidor reclama cada vez más que es un elemento importante y que la profesión médica debería estar ahí para servirle y no al revés.

**¿Cómo empodera al paciente la EHealth?**

Este es un aspecto clave para una adopción más amplia de todos los aspectos de la EHealth. La demanda de los consumidores aumentará la aceptación mucho más rápido que cualquier otro factor. Esto



ya ha sucedido en la banca, con los hoteles, con las reservas de viajes, entre otros campos: la demanda de los consumidores pasará por encima de las barreras.

**¿En qué enfermedades cree que es especialmente útil? ¿tiene aplicación en enfermedades raras?**

Diferentes aspectos de la EHealth, por ejemplo, pueden ayudar en el manejo efectivo de enfermedades crónicas, impulsar intervenciones precoces y efectivas y prevenir admisiones hospitalarias en Urgencias, entre otras, mejorando así la calidad de vida de las personas y reduciendo los costs de los servicios de salud. En cuanto a las enfermedades raras, la concienciación es un aspecto clave, así como la posibilidad de unir información de biobancos con historias de pacientes. En genómica, por ejemplo, podemos realmente transformar el conocimiento y los tratamientos disponibles para estas enfermedades poco frecuentes.

**¿Qué hacer con la ingente cantidad de datos que se generan? ¿Se garantiza la privacidad de datos?**

Se debería utilizar, y en algunos casos se ha hecho, para identificar a las personas en más riesgo de infarto e intervenir para prevenirlo: los beneficios de un uso apropiado de los datos están bien establecidos en la actualidad. Los temas relacionados con la privacidad de los datos se han resuelto de manera satisfactoria en muchos países, pero queda mucho por hacer para lograr la confianza de todos.

**¿Es imprescindible la colaboración público-privada?**

Sí, y está sucediendo, aunque no a la velocidad ni a la amplitud necesaria.

**¿Hasta qué punto es complicada la interacción entre diferentes dispositivos y plataformas?**

Muy complicada, pero soy optimista, al menos en algunos ámbitos. Se han hecho esfuerzos reales a nivel internacional para promover el uso de estándares internacionales: su adopción permitirá que los diferentes dispositivos “hablen” unos a otros.

**¿Cómo ayuda que prácticamente todo el mundo tiene un smartphone?**

Esto, en mi opinión, es otro pilar clave para acelerar el cambio. Todos esperamos ser capaces de conectarnos a Internet, comprar online, hablar con la gente donde quiera que esté, conectarnos con Facetime con nuestros amigos... Y ahora queremos relacionarnos con Facetime con nuestros doctores, mandar un mail al hospital y acceder a nuestra historia sanitaria, entre otros usos. Esta presión pasará por encima de aquellos que se oponen a este movimiento de cambio.

**¿Qué papel juegan los wearables en este ámbito?**

Son la extensión natural de los smartphones, tablets y tecnologías de Internet y tengo la seguridad de que transformarán nuestra capacidad para estar sanos, estar más en forma y más a cargo de nuestras vidas.

**¿Qué supone que Barcelona haya sido la capital del mundo de los móviles?**

Es genial que Barcelona tenga este papel y el equipo de *Mobile World Capital* ha hecho un gran trabajo, mejorando la salud y el bienestar de sus ciudadanos y atrayendo una atención internacional que permitirá crear más empleos, más innovación y más trabajo bien hecho.

**¿Qué actividades de Echalliance destacaría?**

Actualmente, somos la organización de este tipo en Europa con más miembros y hemos creado unos 20 ecosistemas por todo el continente, con múltiples agentes que colaboran y aceleran el despliegue de soluciones que beneficiarán a los ciudadanos y crearán actividad económica. También hemos puesto en marcha la *China Connected Health Alliance*. Creo que será el inicio de una cooperación apasionante entre Europa y China en los mercados de EHealth ■



ас



FUE NOTICIA

# La tualidad del sector



## FUE NOTICIA

### La actualidad del sector

9 de abril



**Alfonso Alonso dice que las condiciones laborales de los profesionales sanitarios "no son razonables".** El ministro de Sanidad mostraba su preocupación por la situación a la que han tenido que hacer frente los profesionales sanitarios. "Durante

estos años de dificultad ha habido un enorme esfuerzo de los profesionales sanitarios, y hemos visto que las condiciones laborales de estos profesionales no son razonables". Por tanto, ante la "inestabilidad" en la que se encuentran, considera que hay que fijarse en la situación de estos profesionales. "Lo más importante es el paciente, pero los profesionales sanitarios son el corazón del sistema, han realizado un enorme esfuerzo durante los años de dificultad y estamos en deuda con ellos en el futuro desarrollo del sistema", afirmaba ■

13 de abril

**"Hay que incrementar de forma urgente la financiación de la AP", afirma el Foro de Médicos de Atención Primaria.** Fomentar las actividades formativas y la investigación en el primer nivel asistencial; la creación de áreas de competencias de Medicina de Familia en la Universidad; gestionar la Incapacidad Temporal, pero también los procesos del enfermo crónico; adecuar las agendas, con un tiempo mínimo de diez minutos por paciente; incrementar la disponibilidad de pruebas diagnósticas y definir un catálogo homogéneo de pruebas



complementarias en todo el Estado; y sobre todas las cosas, incrementar el presupuesto de la Atención Primaria para conseguir alcanzar el 16 por ciento en un año y el 20 por ciento en cuatro años. "El presupuesto se ha ido reduciendo aún más en los últimos años y hay que incrementar de forma urgente la financiación de Atención Primaria para que sigamos conociéndola como hoy", matizaba Salvador Galán como represen-

tante de CESM. Estas eran, de forma resumida, las reivindicaciones más significativas del Decálogo de Objetivos que el Foro de Médicos de Atención Primaria quería difundir con motivo del Día Nacional de la AP ■

15 de abril

**Rajoy insiste en que la Sanidad es "plenamente universal" y que España tiene la cobertura sanitaria mayor de Europa.** El presidente del Gobierno insistía en que la Sanidad española es "plenamente universal", que la cobertura sanitaria en España es "mayor" que la que se ofrece en cualquier país de Europa y que con la reforma que se ha emprendido en Sanidad lo que se ha hecho ha sido "poner orden". Rajoy se pronunciaba así en la sesión de control al Gobierno en el Congreso de los Diputados en repuesta a la diputada y líder de Unión, Progreso y Democracia, Rosa Díez, quien le cuestionaba sobre las razones que le han llevado a cambiar su política sanitaria respecto a la población inmigrante en situación irregular ■

20 de abril

**Los profesionales demandan mayor implicación de las administraciones sanitarias en la atención al médico enfermo,** según se desprende de la "Declaración de Cáceres", difundida por el vicepresidente de la OMC y coordinador nacional del PAIME, el Dr. Serafín Romero, en el transcurso del acto de clausura, y que recoge las principales líneas de actuación del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), emanadas de su VI Congreso, celebrado en Cáceres. El primer punto de la "Declaración" destaca que el PAIME "ha atendido desde su inicio a 3.810 médicos. Los trastornos mentales representan el 63,22 por ciento de los casos atendidos, mientras los problemas derivados del consumo de drogas y alcohol un 24,84 por ciento, y la patología dual supone un 11,94 por ciento". La OMC destaca "la incidencia que este tipo de patologías tienen sobre los médicos más jóvenes, poniéndose en valor los casos de especial riesgo para la praxis y sus consecuencias sobre el ámbito laboral, así como su repercusión económica" ■

21 de abril

**Ministerio y Foro de la Profesión constituyen la "Mesa del Médico", en la que estarán Cataluña y Andalucía.** Cada dos

meses se reunirá el grupo médico del Foro de las Profesiones Sanitarias: la próxima será el día 2 de junio, y entre tanto se trabajará sobre la relación específica del médico en el SNS, la situación de empleo médico (se quiere llevar una propuesta al Consejo Interterritorial) y la adecuación entre número de alumnos en Medicina y plazas MIR ■

## 23 de abril

**Unos 37.000 europeos mueren al año por infecciones debidas a la resistencia a los antibióticos**, según los datos hechos públicos por la comisión de Salud del Parlamento Europeo. Esta comisión ha propuesto a la Eurocámara un anteproyecto de normativa europea para ofrecer una mayor seguridad en la atención sanitaria hospitalaria. La propuesta será votada por el pleno del Parlamento en mayo e incluye sobre todo un refuerzo en las medidas preventivas de infecciones hospitalarias, una mayor inversión de la industria farmacéutica sobre resistencia a los antibióticos y protocolos para evitar episodios de resistencia a dichos fármacos. Según los datos del comité de Salud del Parlamento europeo, entre el 8 y el 12 por ciento de los pacientes que son hospitalizados en alguno de los 28 países miembros de la UE sufre efectos adversos, "fundamentalmente, debido a infecciones o complicaciones tras un proceso operatorio, lo cual genera elevados costes a los sistemas sanitarios, que ya están sufriendo las medidas de austeridad impuestas por la crisis económica", según explican fuentes de dicho comité ■

## 27 de abril

**Gobierno, empresarios y sindicatos presentan la Estrategia de Salud Laboral 2015-2020.** La ministra de Empleo, Fátima Báñez; los secretarios generales de CC.OO y UGT, Ignacio Fernández Toxo y Cándido Méndez; y los presidentes de CEOE y Cepyme, Juan Rosell y Antonio Garamendi, respectivamente, presentaban la Estrategia para la Salud y la Seguridad en el Trabajo 2015-2020, aprobada en Consejo de Ministros. Los sindicatos esperan que esta Estrategia empiece a funcionar en septiembre, según señalaba el secretario general de UGT, Cándido Méndez. Además, manifestaba la importancia de que se lleve a cabo una convocatoria urgente entre las partes para aprobar el primer plan bienal -de los tres que componen la Estrategia-. Esta iniciativa también contempla el compromiso para promover la mejora en la prevención de riesgos laborales en todas las empresas, pero sobre todo en aquellas que presenten un mayor riesgo, como es el caso de las pymes ■

## 30 de abril

**El gasto farmacéutico del SNS en marzo fue de 824,4 millones de euros, un 4,04 por ciento más que el mismo mes de 2014**, según los datos sobre gasto a través de receta oficial remitidos por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad. Se trata de un nuevo aumento de la factura farmacéutica pública después de que el pasado mes de febrero ya aumentara un 2,56 por ciento con respecto al mismo mes de 2014. En enero se había reducido levemente, un 1,1 por ciento menos, pero en diciembre había subido un 6,5 por ciento. No obstante, pese a este incremento el departamento de Alfonso Alonso recuerda que desde que entraron en vigor parte de las medidas en farmacia de la reforma de su predecesora en el cargo, Ana Mato, entre ellas el nuevo sistema de copago según renta, el ahorro ha superado ya los 4.668,1 millones de euros ■

**Farmaindustria aprueba la firma de un protocolo por la sostenibilidad y la innovación con los Ministerios de Hacienda y Sanidad.** La Asamblea General de Farmaindustria, reunida en sesión extraordinaria, autorizaba la firma de un Protocolo de Colaboración con los Ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas, y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para la sostenibilidad y la innovación en el Sistema Nacional de Salud en favor del paciente, después de la fuerte reducción del gasto farmacéutico público realizada desde el año 2010. Dicho Protocolo, que previsiblemente se firmará a finales del mes de mayo, pretende dar respuesta a los compromisos asumidos por nuestro país ante la Comisión Europea en materia de gasto sanitario público y lograr un desarrollo de la industria farmacéutica innovadora en España acompañado con la evolución de la economía, todo ello orientado a proporcionar un adecuado y equitativo acceso de los pacientes a las innovaciones terapéuticas. En concreto, en materia de sostenibilidad, la industria se compromete a colaborar con unos objetivos de crecimiento del gasto farmacéutico público para 2015 ligados al crecimiento de la economía española, para lo que se articularán sistemas de monitorización trimestral del gasto previéndose, en su caso, la adopción de medidas compensatorias o correctoras para no superar el límite. El establecimiento de un umbral de crecimiento a un sector altamente innovador como es el farmacéutico es una prueba más del compromiso de esta industria con la sostenibilidad de las cuentas públicas y con el Sistema Nacional de Salud ■

NOTA: Cronología del 1 al 30 de abril de 2015.

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



inst



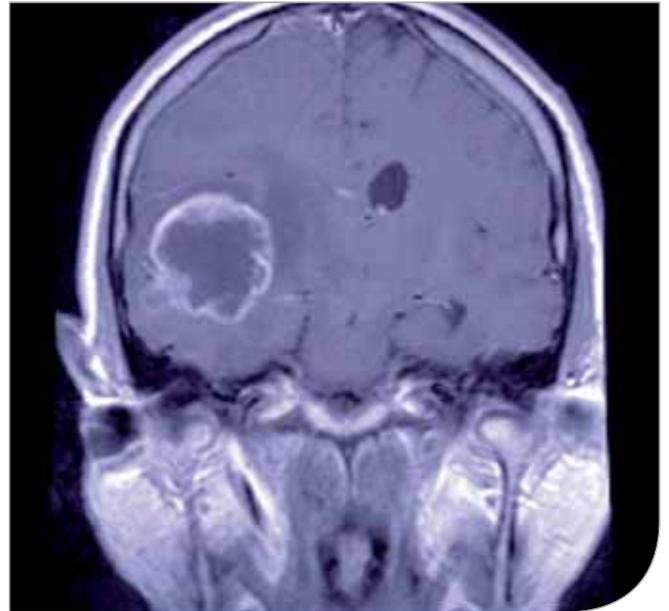
INVESTIGACIÓN

La  
antánea  
médica



## Científicos del CNIO descubren que la disfunción de los telómeros puede desencadenar algunas enfermedades hepáticas

Un equipo del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) ha descubierto que la disfuncionalidad de los telómeros, regiones de ADN localizadas en los extremos de los cromosomas, puede ser un factor desencadenante de algunas enfermedades hepáticas como la hepatitis crónica o la cirrosis. En un trabajo publicado en la revista 'Journal of Hepatology', el equipo liderado por la directora del centro, María Blasco, creó un modelo experimental que presentaba telómeros disfuncionales en el hígado y vieron que esta anomalía estaba directamente relacionada con la aparición de diferentes lesiones en el hígado, algo hasta ahora desconocida. Los telómeros protegen el material genético de las células evitando mutaciones y alteraciones en el ADN que puedan ser fuente de enfermedad. Y a lo largo de la vida, estas estructuras se van desgastando en un proceso determinado tanto por factores genéticos como ambientales, lo que hace que alteraciones en su estructura y/o funcionamiento sean una de las causas moleculares que subyace a muchas enfermedades asociadas al envejecimiento. Para analizar la conexión entre daño hepático y los telómeros, los investigadores generaron un modelo experimental deficiente para la proteína TRF1 en el hígado, desprotegiendo así los telómeros de las células hepáticas y comprometiendo su funcionamiento. Cuando los autores sometieron estos individuos deficientes en TRF1 a estrés crónico mediante el agente hepatotóxico CCl4 –causante de toxicidad en el hígado– observaron que las células hepáticas, además de contener múltiples núcleos, presentaban también características propias de los pacientes con cirrosis o hepatitis, como son un incremento en los marcadores de p21, ciclina D1 o PCNA ■



## Investigadores españoles diseñan microesferas para atacar el glioblastoma

Un equipo de investigadores españoles del Instituto de Salud Carlos III, pertenecientes a la Unidad de Investigación en enfermedades Crónicas (UFIEC), en colaboración con investigadores del Hospital 12 de Octubre de Madrid y de la Universidad de Santiago de Compostela han diseñado un tipo de microesferas para liberar de forma controlada una molécula capaz de inhibir el crecimiento del glioblastoma y reducir su malignidad. Esta es la primera vez que se utiliza esta combinación para abordar este tipo de tumor. Estudios recientes sugieren que la recurrencia del glioblastoma puede deberse a la resistencia a las terapias de un grupo de células inmaduras iniciadoras del tumor. Anteriores investigaciones han propuesto que un tratamiento potencial para el glioblastoma podría ser la diferenciación de dichas células iniciadoras a un tipo más benigno o más susceptible a las terapias estándar. En el trabajo, publicado en 'Oncotarget', el equipo ha logrado ralentizar la proliferación de células iniciadoras de glioblastoma obtenidas de pacientes, utilizando una proteína con propiedades inductoras. La proteína, denominada BMP7, contrarresta el crecimiento de las células iniciadoras y reduce su tipo indiferenciado y más maligno. Lo más novedoso del trabajo es el uso de microesferas que proporcionan una liberación eficaz de BMP7 durante varias semanas. Los dispositivos han sido fabricados en un material biocompatible, que una vez trasplantado se va degradando de manera paulatina, permitiendo la salida de BMP7 al entorno tumoral y frenando el crecimiento de un modelo preclínico de la enfermedad ■

## Diseñan un nuevo sistema para detectar anomalías en la actividad eléctrica del corazón en tiempo real



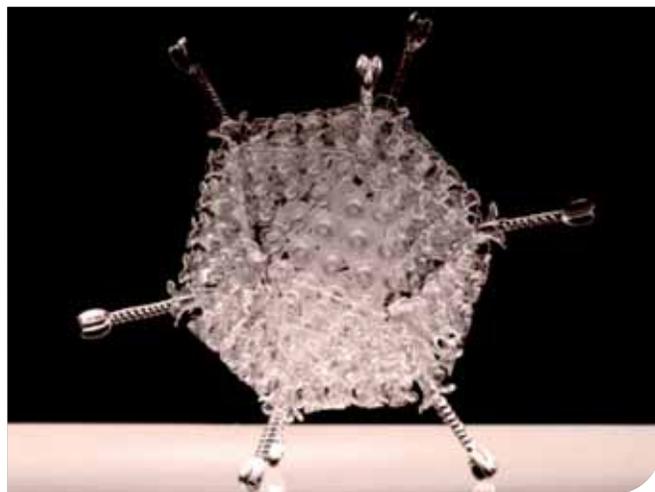
Científicos del programa de e-Salud del Centro Singular de Investigación en Tecnologías de Información (CiTIUS), de la Universidad de Santiago de Compostela (USC), han diseñado un nuevo sistema de monitorización que permite detectar cualquier anomalía de la actividad cardíaca en tiempo real.

Este hallazgo, que publica la revista 'IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics', mejora sustancialmente las técnicas desarrolladas hasta el momento y abre la puerta a la utilización de tecnologías 'wearables' que ayuden a prevenir riesgos cardiovasculares. Uno de los elementos clave para el adecuado diagnóstico y seguimiento de las enfermedades cardiovasculares es la monitorización del electrocardiograma, habitual en la práctica clínica diaria, pero el problema viene cuando este seguimiento ha de hacerse a distancia y sin supervisión médica. Para el correcto funcionamiento del sistema es imprescindible el desarrollo de minuciosas técnicas que permitan una correcta detección de posibles alteraciones en la actividad eléctrica del corazón, de manera que la monitorización actúe como sistema de alerta ante cualquier cambio que pueda suponer un riesgo para el paciente. Realizar una detección fiable de posibles variaciones en los latidos, de manera totalmente automática, es el objetivo que persiguen investigadores especializados de todo el mundo, para lo que se usan como referencia dos bases de datos internacionales (el MIT-BIH Arrhythmia Database y la AHA ECG Database) que permiten evaluar de manera fidedigna la precisión de sus trabajos y validarlos científicamente. De este modo, los investigadores de CiTIUS han combinado técnicas de procesamiento de señal (basadas en un algoritmo utilizado para medir la similitud entre

dos secuencias temporales, conocido como DTW o 'Dynamic Time Warping') con estrategias de agrupamiento empleadas en el ámbito de la inteligencia artificial ■

## Se crea un virus artificial inocuo para la terapia de inserción de genes

Investigadores del Instituto de Biotecnología y Biomedicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) han desarrollado un virus artificial inocuo para la terapia de inserción de genes en el genoma con finalidades terapéuticas (terapia génica). Han construido un virus artificial formado por complejos de proteínas con capacidad de autounirse formando nanopartículas que pueden envolver fragmentos de ADN, penetrar en las células y llegar al núcleo de forma eficiente para liberarlos con objetivos terapéuticos. El virus artificial ha sido desarrollado como alternativa a los virus ordinarios porque comportan riesgos, aunque sí pretende imitar su actividad en forma de nanopartículas modulables para la liberación de ácidos nucleicos y otros fármacos dentro de la diana. Las proteínas escogidas son biocompatibles, biodegradables y ofrecen una gran variedad de funciones que se pueden ajustar para la ingeniería genética. Los investigadores han descubierto la combinación necesaria para organizar los bloques de proteínas con el fin de formar estructuras más complejas para transportar el ADN de forma eficiente como sucede con los virus. Dado que el tratamiento contra el cáncer funciona de forma similar a la terapia génica, los científicos están adaptando este virus artificial al transporte de fármacos antitumorales dirigido directamente hacia las células del tumor, lo que permitiría liberar grandes dosis terapéuticas de forma muy localizada ■





## La OMS admite que los objetivos de su plan de acción sobre vacunas para 2015 están lejos de conseguirse



En 2012, los 194 Estados Miembros de este organismo de Naciones Unidas aprobaron una estrategia con el objetivo de conseguir un mundo libre de enfermedades prevenibles por vacunas en 2020, y fijaba unos objetivos intermedios para este año centrados en las vacunas más necesarias. Sin embargo, un reciente informe de dicho plan muestra cómo actualmente sólo se ha conseguido uno de los objetivos, el que busca conseguir que al menos el 90 por ciento de los países con menos ingresos hubieran introducido una o varias de las vacunas más infrautilizadas. En cambio, no se ha cumplido la erradicación total de la polio prevista para el año pasado, ya que todavía hay tres países donde la enfermedad es endémica, y parece difícil lograr la eliminación del sarampión y la rubeola a final de este año, ya que todavía hay muchos niños que no reciben la vacuna (16 por ciento en el caso del sarampión, la mitad en el caso de la rubeola). También queda pendiente para final de 2015 conseguir una cobertura del 90 por ciento con la vacuna del tétanos, difteria y tos ferina (DTP3), todavía pendiente en 65 países, y eliminar los casos de tétano en mujeres embarazadas y recién nacidos, que todavía se dan en 24 países ■

## El consumo a largo plazo de isoflavonas de soja reduce la recurrencia del cáncer de mama

El estudio, realizado por el Centro Integral del Cáncer Lomardi en Georgetown, Estados Unidos, y que se presenta en

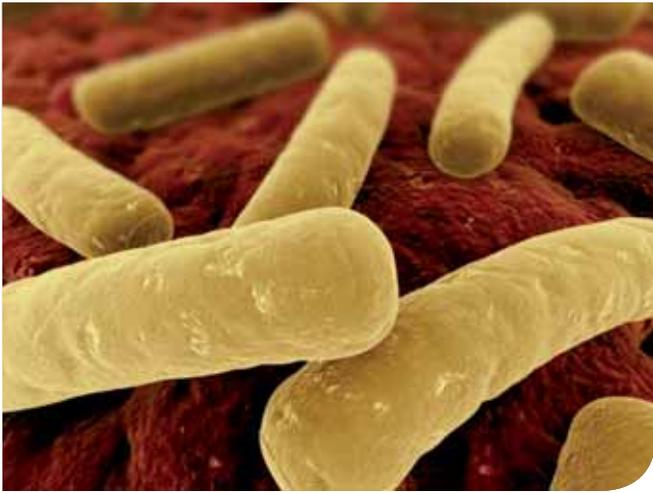
la Reunión Anual de la Asociación Americana para la Investigación del Cáncer (AACR), podría suponer una buena noticia para algunas mujeres cuya dieta ha contenido mucha soja. La idea de que la soja, específicamente la genisteína (una isoflavona), puede estimular el crecimiento de células de cáncer de mama y perturbar el tratamiento antiestrógeno se ha basado en modelos experimentales que carecían de células inmunes T citotóxicas, conocidas por atacar el cáncer de mama. Esto llevó a los oncólogos a aconsejar a sus pacientes con cáncer de mama no comer alimentos de soja. La genisteína, que se encuentra en la soja, las habas y la leche de soja, entre otros alimentos de soja, tiene muchos efectos biológicos que pueden reducir el riesgo de cáncer. "Nuestros resultados



sugieren que la capacidad de la genisteína para activar la respuesta inmune antitumoral y reducir la expresión de mecanismos inmunosupresores puede explicar por qué la ingesta de genisteína durante la vida reduce el riesgo de recurrencia del cáncer de mama", afirma Hilakivi-Clarke. Los hallazgos de estudios observacionales reflejan que las mujeres que siempre han estado consumiendo más de 10 mg de isoflavonas al día tienen un riesgo reducido de recurrencia del cáncer de mama en comparación con las que toman menos de 4 mg de isoflavonas diarias ■

## Los trasplantes de microbiota fecal se muestran exitosos para el tratamiento por la infección de 'Clostridium difficile'

Aunque suene desagradable, el trasplante de materia fecal es más exitoso para el tratamiento de infecciones por 'Clostridium difficile' de lo que se pensaba. Una investigación, pu-



blicada en la revista 'Microbiome', revela que los cambios saludables en el microbioma de un paciente se mantienen durante hasta 21 semanas después del trasplante y tienen implicaciones en la regulación del tratamiento. Las infecciones por 'Clostridium difficile' son un problema cada vez mayores, lo que lleva a casos recurrentes de diarrea y dolor abdominal severo, con miles de muertes en todo el mundo cada año. Se cree que la infección actúa invadiendo el microbioma intestinal, el ecosistema de microorganismos que mantienen un intestino sano. El trasplante de microbiota fecal fue desarrollado como un método para tratar la infección por 'C. Difficile' y es particularmente exitoso en pacientes que sufren repetidas infecciones. La materia fecal se recoge de un donante, se purifica, se mezcla con una solución salina y se coloca en el paciente, por lo general mediante colonoscopia. Sorprendentemente, después del trasplante, las muestras de los pacientes parecían mantener cambios en su microbioma durante un máximo de 21 semanas y continuaron dentro del espectro de la microbiota fecal caracterizada como saludable. "Nuestro estudio muestra que hay dos cambios, a corto y largo plazo, en el microbioma fecal después del trasplante", resalta Michael Sadowsky ■

## La FDA pide a las farmacéuticas de opiáceos medidas concretas contra el abuso de estos fármacos

La Agencia Estadounidense del Medicamento (FDA) ha publicado un documento donde pide a las compañías farmacéuticas que desarrollan medicamentos opiáceos que desarrollen e incorporen medidas que disuadan del abuso de estos fármacos usados para el control del dolor. La agencia re-

cuerda que los opiáceos proporcionan beneficios significativos para los pacientes cuando se usan apropiadamente; sin embargo, un uso indebido también conllevan un riesgo como es el abuso y la muerte. Para combatirlo, está alentando a los fabricantes a desarrollar fármacos que solo puedan ser tomados según lo prescrito, por ejemplo, que sean formulados de tal manera que se disuada del abuso, haciéndolos difícil de esnifar o inyectar. La ciencia de la disuasión contra abuso de medicación está evolucionando rápidamente, y la FDA está dispuesta a comprometerse con los fabricantes para ayudar a que estos medicamentos estén disponibles para los pacientes que lo necesitan. Los analgésicos opiáceos tienen un papel claramente establecido en el tratamiento de las formas más severas de dolor agudo y en el dolor oncológico. Un informe publicado recientemente en EE.UU. muestra cómo la mortalidad por sobredosis de opiáceos se ha cuadruplicado en ese país entre 1999 y 2010, pasando de 4.030 a 16.651 muertes al año, básicamente debido a una mayor exposición a estos fármacos. El desarrollo tecnológico de formulaciones que ayuden a disuadir contra abuso es todavía relativamente nuevo y se encuentra en constante evolución. La dirección final de este do-



cumento está destinada a ayudar a los fabricantes de medicamentos que deseen desarrollar fármacos con propiedades potencialmente disuasorias. Actualmente, la Agencia está trabajando con muchos fabricantes de medicamentos para apoyar los avances en esta área, de hecho la FDA tendrá un enfoque flexible y adaptable a la evaluación y el etiquetado de productos potencialmente disuasión contra abuso. "Desarrollo de disuasión contra abuso de productos es una prioridad para la FDA, y esperamos que esta guía conduzca a aprobar más fármacos con propiedades de disuasión contra el abuso", ha afirmado la doctora Janet Woodcock, directora del centro de la FDA para la evaluación de drogas e investigación ■



## ON-LINE La Medicina en la red

[www.educainflamatoria.com](http://www.educainflamatoria.com)



La página web [www.educainflamatoria.com](http://www.educainflamatoria.com) se renueva para mejorar la atención de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa). El sitio web se ha actualizado pensando en todo momento en dar respuesta a las necesidades del paciente con EII, procurando integrarlo en todos los pasos de su proceso clínico.

La página mejora su imagen con un formato más visual, constituyéndose como una herramienta más útil y sencilla. Además, se convierte en una web “mobile-friendly”, e incorpora nuevos espacios donde los pacientes pueden resolver sus dudas y compartir sus experiencias sobre la patología con otros pacientes que entienden lo que están viviendo.

La plataforma educativa EducaInflamatoria se desarrolló inicialmente ligada a la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) del Hospital Universitario de Ferrol. El proyecto actual comprende la difusión progresiva de la misma en diferentes comunidades, relacionada en una primera fase, con Unidades de EII hospitalarias de Barcelona, Valencia, Madrid, Extremadura, Cantabria, Andalucía y Canarias.

En una fase posterior, cualquier Unidad de EII de otra comunidad podrá adherirse al proyecto ■

[www.calmatel.com/](http://www.calmatel.com/)

Amirall HealthCare ha reforzado la web de Calmatel incorporando información y herramientas que permiten a los pacientes y usuarios conocer mejor cada tipo de dolor y cómo aliviarlo

La web ofrece información sobre las distintas sensaciones para cada tipo de dolor, con videos específicos para cada dolencia (contusión, esguince, lumbalgia, tortícolis y contractura muscular), consejos para conocer mejor cada lesión, recomendaciones para su prevención y cómo aliviarlas con frío o calor y la presentación de Calmatel indicada en cada caso.

Los usuarios también podrán descargarse herramientas que les facilitarán la información necesaria y soporte para la prevención y medición de sus lesiones. Entre estas herramientas está disponible el Test del Dolor, que facilita un informe detallado de la lesión que permitirá consultar a tu médico o farmacéutico; la Escala EVA y el Cuestionario Roland Morris, que ayudan a evaluar la intensidad del dolor de espalda y la evolución diaria; así como diversos consejos para reconocer el dolor articular en la actividad cotidiana, medidas para prevenirlo y aliviarlo.



Esta web se complementa con la web <http://www.nohaydolor.com/>, que a través de más de 130 videos permite identificar las lesiones en las áreas del cuello, muñeca, mano, rodilla, espalda, tobillo, pie, hombro, codo y extremidades. Estos videos ya han recibido más de 1 millón de visualizaciones en el canal Youtube, La web está avalada por la Asociación Española de Medicina del Trabajo y la Federación Española de Medicina del Deporte ■

[www.alianzamasnutridos.es](http://www.alianzamasnutridos.es)

En España, uno de cada cuatro pacientes hospitalizados presenta desnutrición al ingreso hospitalario, y esta condición puede empeorar durante la estancia en el hospital. Principalmente son pacientes mayores, con patologías neoplásicas, respiratorias o cardiovasculares.



La web [www.alianzamasnutridos.es](http://www.alianzamasnutridos.es) forma parte del proyecto masnutridos, una iniciativa de la SENPE, que nace con el objetivo de aumentar el conocimiento y la sensibilización sobre la importancia de la desnutrición relacionada con la enfermedad y sus costes entre las Administraciones Públicas y los responsables sanitarios, de manera que se pueda ir trabajando un Plan Nacional de actuación contra la desnutrición.

En el site se puede encontrar toda la información sobre desnutrición relacionada con la enfermedad en España. Desde los datos sobre el problema en nuestro país, hasta propuestas concretas de mejora o ejemplos de otros países ■

# Spiraxin®

(rifaximina- $\alpha$ )

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimat. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratógena, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ( $\geq 10\%$ ), Frecuentes (de  $\geq 1\%$  a  $<10\%$ ), Poco frecuentes (de  $\geq 0,1\%$  a  $<1\%$ ), Raras (de  $\geq 0,01\%$  a  $<0,1\%$ ). Muy raras, incluyendo casos aislados ( $\leq 0,01\%$ ). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa ( $\alpha$ ). **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 ( $\alpha$ ) 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  $\alpha$  poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de sodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

BAMA — GEVE

Imagen en segunda de cubierta

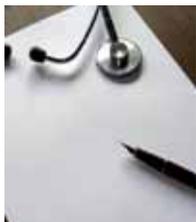
Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es

## ESPECIAL

# ANUARIO DE LA SANIDAD Y EL MEDICAMENTO 2015

Una vez más y fiel a su cita, la Revista EL MÉDICO pone a disposición de todos sus lectores el Anuario de la Sanidad y el Medicamento, en el que se pretende compilar los datos más relevantes sobre los aspectos más significativos del sector sanitario de los últimos doce meses.

## ASISTENCIA SANITARIA



Atención Primaria

Atención Especializada

## SECTOR FARMACÉUTICO



## RECURSOS SANITARIOS



Recursos Humanos

Recursos Técnicos

## GASTO SANITARIO



Presupuestos

Gasto



Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**



Responsabilidad  
Civil Profesional

**20**  
AÑOS

*Asegurando  
su Tranquilidad*

LLEVAMOS  
**20 AÑOS**  
ASEGUANDO  
EL EJERCICIO  
PROFESIONAL DE  
QUIENES EJERCEN  
LA SANIDAD

**En A.M.A.**  
**aseguramos**  
**su tranquilidad**  
**profesional**

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



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

Síguenos en



**A.M.A. MADRID (Central)**  
Vía de los Poblados, 3; Edificio nº4-A  
Tel. 913 43 47 00  
ama@amaseguros.com

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

**A.M.A. MADRID**  
Hilarión Eslava, 50  
Tel. 910 50 57 01  
hilarion@amaseguros.com



# Aterina®

## Sulodexida

### Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

#### Ficha técnica

**ATERINA capsulas**, 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 capsula: Sulodexida (D.C.I.) 150 ULS; Excipientes: laurilcarboxinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la capsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinita A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes: Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinita A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetoilsalicílico. **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 capsulas 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 capsulas. **PVP/uv:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 55.545. **Texto revisado:** Junio 1999.

**BAMA — GEVE**

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