

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1166. Septiembre 2015

Los programas sanitarios de los partidos políticos

Entrevistas

Miguel Carrero
Presidente de Previsión Sanitaria
Nacional

Carlos Ruiz-Ocaña
Presidente de la Sociedad Española
de Neurocirugía

Julie M. Vose
Presidenta de la Asociación
Americana de Oncología Médica

Reportaje

El verano que cambió
la foto del CISNS

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

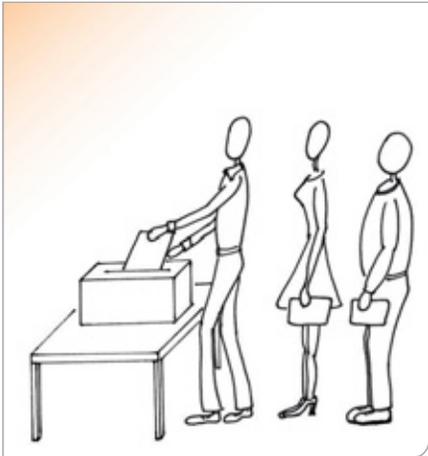
Ficha Técnica en pág.81

SUMARIO

EN PORTADA

REPORTAJE

Los programas sanitarios de los partidos políticos



A debate en una mesa redonda celebrada en el XXII Congreso de la SEMG
16

FACME/ENTREVISTA



Carlos Ruiz-Ocaña
Presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía
26

REPORTAJE

El verano que cambió la foto del Consejo Interterritorial



56

FORO DE EXPERTOS

JUAN SIMÓ

Médico de familia.
Centro de salud Rochapea, Pamplona, Navarra
8



RAFAEL TORRES COLLADO

Presidente de la Comisión de Intrusismo del ICOMV
12



JAVIER GONZÁLEZ

CEO y coach de Magna Coaching
14



NOVEDADES

Grupo SANED y el Instituto de Formación COFARES aúnan esfuerzos para mejorar la formación del farmacéutico comunitario



En septiembre se pondrá on-line el primer curso del "Programa Dispensación e Indicación Complementaria en... ". Este nuevo campus será accesible a través de AULA DE LA FARMACIA, publicación de Grupo SANED, y de la Plataforma Online del IFC.

72

ENTREVISTA



Miguel Carrero
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)
30

REPORTAJE

La innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario



36

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



Entrevista a Manuel Huerta

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

44

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Marta Aguilera

Ex presidenta de la SEDAP

50



REPORTAJE



Superhéroes para hacer frente al cáncer

62

ENTREVISTA

Julie M. Vose

Presidenta de la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO)

68



OTROS TEMAS

Actualizaciones EL MÉDICO

74

La instantánea médica

76

Próximo número

82

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 08.
Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 10. Suscripciones: Capitán Haya,
60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

● DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

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

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

Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

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

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

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

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



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

La mirad



a maestra de la actualidad



Juan
Simó



Rafael
Torres Collado



Javier
González



Gasto de personal: mal para Primaria antes de la crisis y peor después

Autor | Juan Simó. Médico de familia. Centro de salud Rochapea, Pamplona. Navarra.

La mayor parte del gasto sanitario público se corresponde con el que hacen las Comunidades Autónomas (CCAA). En 2013 significó el 92 por ciento del gasto sanitario público total según la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) actualizada hasta 2013 [1]. Dada la situación de precarización de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, muy intensificada durante los últimos años [2], conviene conocer la evolución del gasto de personal dentro del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud de las CCAA. Los datos proceden de la mencionada EGSP del Ministerio de Sanidad.



Juan Simó

¿Cuánto se ha recortado durante los primeros años de crisis?

La figura 1 muestra la evolución del gasto sanitario público de las CCAA desde 2002 hasta 2013. Desde el máximo de 2009 (64.387,423 millones de €), el gasto sanitario público de las CCAA se reduce paulatinamente año tras año hasta llegar en 2013 a los 56.745,748 millones de €. Respecto de 2009, el recorte total ha sido de 7.641,675 millones de €.

¿En dónde se han hecho los principales recortes?

Como muestra la figura 2, gran parte de la reducción del gasto sanitario público ocurrida durante la crisis se ha producido en el gasto de personal y en el gasto en farmacia de receta. Las CCAA han reduci-

do mucho más en el binomio gasto de personal + gasto en farmacia de receta que en el resto de su gasto sanitario público. De hecho, durante los primeros años de recortes se reduce mucho el binomio, personal + farmacia de receta, pero no se reduce el resto del gasto, que incluso muestra una ligera tendencia creciente que se rompe a la baja

solo en 2013. Respecto del máximo de 2009 (42.217,464 millones de €), el binomio “personal + farmacia de receta” se reduce año tras año hasta llegar a los

36.126,835 millones de € de 2013. El total recortado ha sido de 6.090,629 millones de €.

Hasta 2013 se reduce proporcionalmente más el gasto en farmacia de receta que el gasto de personal pero el montante de la reducción es mayor en el gasto de personal

Gasto de personal y en farmacia de receta como parte del gasto sanitario público

El gasto de personal representaba en 2013 el 46,1 por ciento del total

del gasto sanitario público gestionado por las CCAA, mientras que la farmacia de receta representaba el 17,6. Según la evolución de estos porcentajes, desde 2002

hasta 2013 que muestra la figura 3, parece que la reducción ha sido mayor en el gasto en farmacia de receta que en el gasto de personal. Lo comprobaremos en el siguiente apartado.

Evolución del gasto de personal y del gasto en farmacia de receta

La figura 4 muestra la evolución del gasto de personal y del gasto en farmacia de receta de las CCAA desde 2002 hasta 2013. Desde el máximo de 2009 (29.361,216 millones de €), el gasto de personal se recorta año tras año hasta llegar a los 26.132,907 millones de € en 2013. Respecto de 2009, el recorte ha sido de 3.228,309 millones de €. Desde su máximo en 2010 (12.872,626 millones de €), el gasto en farmacia de receta se reduce año tras año hasta los 9.993,929 millones de € en 2013. El recorte ha sido de 2.878,697 millones de € respecto de 2010.

Evolución del gasto de personal en Atención Primaria y en Atención Especializada

La figura 5 muestra la evolución del gasto de personal en Atención Primaria y en Atención Especializada de las CCAA desde 2002 hasta 2013. Desde el máximo de 2009 (19.663,400 millones de €), el gasto de personal en Atención Especializada se recorta año tras año hasta llegar a los 17.672,942 millones de € en 2013. Respecto de 2009, el recorte en 2013 ha sido de 1.990,458 millones de €. Desde el máximo de 2009 (7.563,238 millones de €), el gasto de personal en Atención Primaria se recorta año tras año hasta llegar a los 6.397,663 millones de € en 2013. Respecto de 2009, el recorte en 2013 ha sido de 1.165,575 millones de €.

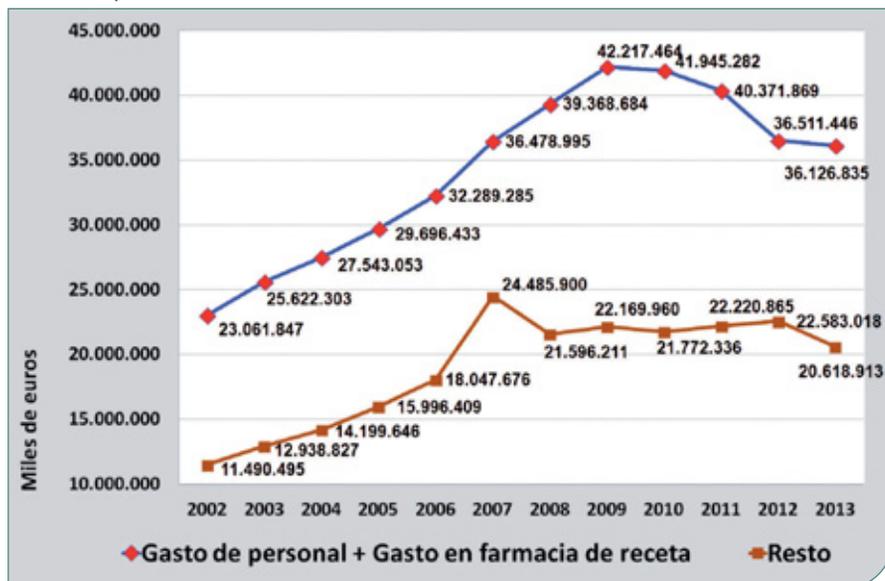
Crecimiento acumulado del gasto sanitario público, del gasto de personal y del gasto en farmacia de receta

La figura 6 muestra el crecimiento acumulado (Índice 2002=100) del gasto de perso-

Figura 1. Evolución del gasto sanitario público total de las CCAA. Periodo 2002-2013



Figura 2. Gasto de personal + gasto en farmacia de receta y resto del gasto sanitario público de las CCAA. Periodo 2002-2013



nal (en Atención Primaria y en Atención Especializada), del gasto en farmacia de receta y del gasto sanitario público total en las CCAA desde 2002 hasta 2013. Desde las transferencias sanitarias de 2002 a las 10 CCAA que gestionaba el INSALUD, y en contra de los tópicos, el gasto en farmacia de receta creció mucho menos que el gasto sanitario público total y especialmente menos que el gasto de personal. Respecto

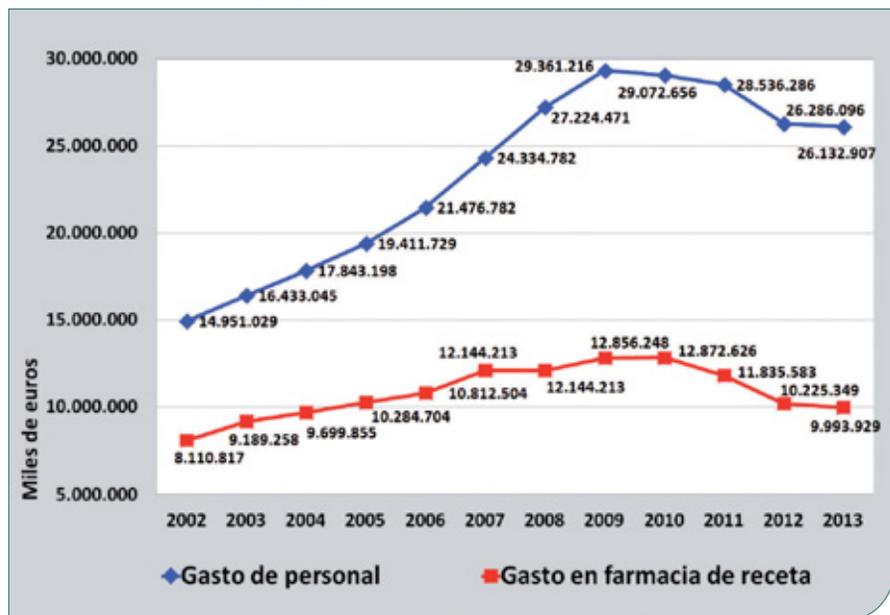
de 2002, el gasto en farmacia de receta llega a máximos en 2010 tras crecer un acumulado del 59 por ciento, mientras que el gasto sanitario público llega a máximos en 2009 tras crecer, respecto de 2002, un acumulado del 86 por ciento. El gasto en personal de Atención Especializada crece un 101 por ciento y se duplica en 2009 respecto de 2002, mientras que el gasto en personal de Atención Primaria crece res-



Figura 3. Gasto de personal y en farmacia de receta como porcentaje del gasto sanitario público (CCAA). Periodo 2002-2013



Figura 4. Evolución del gasto de personal y del gasto en farmacia de receta de las CCAA. Periodo 2002-2013



pecto de 2002 un acumulado del 92 por ciento. En relación a su máximo en 2009, en 2013 el gasto sanitario público de las CCAA se ha reducido un 11,9 por ciento. Respecto de sus respectivos máximos, el gasto en personal de Atención Especializada se ha reducido un 10,1 por ciento, el de personal de Atención Primaria un 15,4, y el

gasto en farmacia de receta se ha recortado un 22,4 por ciento.

Conclusiones

Hasta 2013 se reduce proporcionalmente más el gasto en farmacia de receta que el gasto de personal, pero el montante de la

reducción es mayor en el gasto de personal. Desde los máximos de 2010, el gasto en farmacia de receta se ha reducido un 22,4 por ciento. El gasto de personal se ha reducido un 11 por ciento desde los máximos de 2009. Sin embargo, y dado su mayor peso en el total del gasto, el montante de la reducción es mayor en el gasto de personal (3.228,309 millones de €) que en el gasto en farmacia de receta (2.878,697 millones de €).

Hasta 2013 se reduce proporcionalmente

Nada hace pensar que la tendencia a recortar más el gasto de personal de Atención Primaria que el de Atención Especializada haya cambiado desde 2013 hasta hoy

más el gasto de personal en Atención Primaria que el de Atención Especializada, pero el montante de la reducción es mayor en el gasto de personal de Atención Especializada. Desde los máximos de 2009, el gasto en personal de Atención Especializada se ha reducido un 10,1 por ciento, pero el gasto de personal de Atención Primaria se ha reducido un 15,4 por ciento. Sin embargo, y dado su mayor peso en el total del gasto, el montante de la reducción es mayor en el gasto de personal de Atención Especializada (1.990,458 millones de €) que en el gasto de personal de Atención Primaria (1.165,575 millones de €).

Personal y medicamentos de receta son las dianas principales de los recortes. Desde máximos en 2009, el gasto sanitario público de las CCAA se redujo en 7.641,675 millones de € en 2013: 3.228,309 millones se recortaron en personal y 2.862,310 millones en medicamentos de receta. Significa ello que el 80 por ciento (3.228,309 + 2.862,310 = 6.090,628 millones) del total recortado (7.641,675 millones) correspondió a

Figura 5. Evolución del gasto de personal de Atención Primaria y en personal de Atención Especializada de las CCAA. Periodo 2002-2013

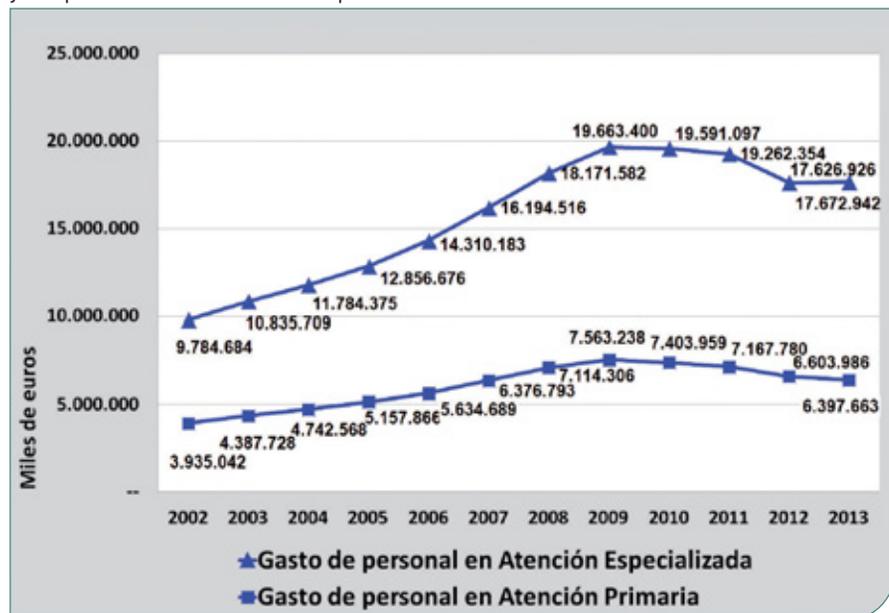


Figura 6. Crecimiento acumulado del gasto sanitario público total, en personal y en farmacia de receta de las CCAA. Periodo 2002-2013. Índice 2002= 100



“personal y farmacia de receta”, un binomio que representaba en 2009 el 65,6 por ciento del total del gasto sanitario público de las CCAA.

Gasto de personal: mal para Primaria antes de la crisis y peor después. Vemos como el gasto de personal de Atención

Primaria se ha reducido durante los primeros años de la crisis un 52,2 por ciento más que lo que se ha reducido el gasto de personal de Atención Especializada. Pero no sólo eso. Durante los años previos de bonanza también creció más el gasto de personal en especializada que el gasto de personal en Atención Primaria.

Así, entre 2002 y 2009 el gasto de personal en Atención Especializada creció un 9,5 por ciento más que el de personal de Atención Primaria.

Más despidos y precariedad laboral en Atención Primaria que en especializada. La principal conclusión es evidente: durante los últimos años de bonanza creció un 9,5 por ciento más el gasto de personal en Atención Especializada mientras que durante los primeros años de crisis (hasta 2013) el gasto de personal de Atención Primaria se ha reducido un 52,2 por ciento más que el de personal de Atención Especializada. Puesto que las actuaciones durante la crisis sobre los salarios y sobre la reposición de vacantes han sido teóricamente idénticas en Atención Primaria y en Especializada, no queda otra que concluir que el despido (la no continuidad de contratos a personal temporal) y la precariedad laboral (contratos por días e incluso por horas) han sido mucho más intensos en Atención Primaria que en Atención Especializada desde 2009 hasta 2013. Nada hace pensar que la tendencia a recortar más el gasto de personal de Atención Primaria que el de Atención Especializada haya cambiado desde 2013 hasta hoy ■

Documentación y fuentes

1. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
2. Los médicos denuncian que el sistema sanitario "se ha convertido en la mayor ETT" del país. RTVE, 12 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20150312/medicos-denuncian-sistema-nacional-salud-se-convertido-mayor-ett-del-pais/1114200.shtml>



El intrusismo, un problema de grave riesgo para la salud

Autor | Dr. Rafael Torres Collado. Presidente de la Comisión de Intrusismo del ICOMV

Históricamente el intrusismo profesional siempre ha estado muy ligado a la profesión médica, pero actualmente con el gran desarrollo de los medios de comunicación y la introducción de la revolución de contenidos a través de Internet, se ha agudizado al facilitar la búsqueda de soluciones de salud en este medio. Nos encontramos con tres problemas fundamentales: que el camino que sigan los usuarios sea erróneo, con todas las consecuencias para su salud que pueda tener; que la incorporación de técnicas nuevas, de modelos médicos, hagan que la información que está en estos medios de comunicación sea difícil de interpretar; y por último que la falta de diagnóstico correcto que puedan tener los usuarios a la hora de encontrar posibilidades terapéuticas para su posible enfermedad, lleven, como no, a destinos equivocados.



Dr. Rafael Torres Collado

Ante este problema serio de salud, que incluso podríamos denominar, de Salud Pública, instituciones públicas como el Ilustre Colegio de Médicos de Valencia (ICOMV) tienen la obligación, entre otras funciones, de ejercer un papel de control de la profesión médica y de las prácticas de la Medicina, garantizando que la salud de los ciudadanos esté en manos

de profesionales colegiados y, por lo tanto, cualificados con la formación necesaria para el ejercicio de la Medicina y las prácticas habituales de la misma, vigilando, en todo momento, el cumplimiento del Código Deontológico de la profesión. Del mismo modo, entre las competencias de servicio a la sociedad está la de facilitar que cualquier ciuda-

El intrusismo médico es una realidad que afecta directamente a los usuarios de la Sanidad

dano pueda consultar a través de la página web del colegio o del teléfono del mismo si el profesional que le está asistiendo está colegiado.

En este camino se enmarcan algunas de las iniciativas pioneras en nuestro país, iniciadas por el Colegio de Médicos de Valencia, afortunadamente para todos, como la unión con la Asociación Valenciana de Consumidores y Usuarios (AVACU) en la lucha contra esta peligrosa práctica ilegal. En palabras de su presidente, Fernando Moner, "AVACU siempre ha mos-

trado su preocupación por los temas que afectan directamente a la salud de los consumidores y, en este sentido, el intrusismo médico es una realidad que afecta directamente a los usuarios de la Sanidad. Es necesario que las asociaciones de consumidores y los colegios profesionales trabajemos conjuntamente y en colaboración con las administraciones públicas".

La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Valencia impulsó la creación de la Comisión de Intrusismo, que tengo el honor de presidir, con un objetivo claro, desempeñar un papel proactivo en la investigación de casos de intrusismo de-

nunciados por ciudadanos o detectados por compañeros facultativos.

Esta comisión diseñó un plan estratégico para conseguir sus objetivos. El primero de ellos ha sido la realización de conferencias-coloquios por fiscales de la Audiencia Provincial de Valencia, como Pilar Tomás Gómez y Manuel Campoy Miñarro, con el título: "Intrusismo y Salud, ¿Paciente o consumidor?", junto con Fernando Moner Romero, presidente de AVACU.

El siguiente paso ha sido el reciente convenio firmado entre la presidenta del ICOMV, Dra. Mercedes Hurtado y el presidente de AVACU, Fernando Moner, con el fin "de combatir el intrusismo médico y garantizar a la sociedad una atención médica acreditada".

Ambas instituciones han establecido líneas de comunicación rápidas para trasladar a esta Comisión de Intrusismo las denuncias de ciudadanos atendidas por AVACU y facilitar la manera que tiene la ciudadanía de denunciar estas situaciones que ponen en riesgo la salud de las personas atendidas por falsos médicos. Por parte de esta comisión está el compromiso de poner los medios necesarios para elevar a la Fiscalía Provincial estas denuncias, con la información necesaria para que prosperen judicialmente.

Actualmente disponemos de leyes concretas como la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que especifica que los actos sanitarios deben ser realizados por profesionales sanitarios, sometidos y regulados por dicha ley.

También disponemos de la normativa que delimita que los actos sanitarios deben realizarse en centros sanitarios

debidamente autorizados según determina la Ley Gral. de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y el Real Decreto 1277/2003 sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Por parte de esta comisión está el compromiso de poner los medios necesarios para elevar a la Fiscalía Provincial estas denuncias

No hay que olvidar que el punto básico, el diagnóstico y la indicación del tratamiento, corresponde exclusivamente al médico, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención. La aplicación del tratamiento deberá realizarse por profesional sanitario cualificado y suficientemente adiestrado.

Es cierto que, según advirtieron los fiscales en la conferencia que se celebró en febrero en la sede de la corporación médica valenciana, en determinados aspectos hay imprecisión de la ley, a pesar de que la normativa actual contempla multas y penas a las personas que atribuyen públicamente la cualidad profesional amparada por un título referido, junto con publicidad ilegal en el ámbito médico que genera confusión a los consumidores.

Entre nuestros objetivos, también está de realizar campañas de concienciación a la sociedad, para que denuncien posibles intromisiones en la profesión médica, ante el número elevado de centros, que sin estar registrados en la Consejería de Sanidad, realizan actos médicos, con diagnóstico y tratamiento incluido.

Ante este panorama, se ha visto desde el Colegio de Médicos de Valencia la necesidad urgente de que una fuerza institucional, garantice la atención sanitaria de los pacientes. Estamos satisfechos de que AVACU también busque el que los colegios profesionales validen y certifiquen a los médicos profesionales. También,



como no, concienciar a las autoridades políticas y jurídicas valencianas sobre la necesidad de actualizar constantemente la legislación, a la vez de una aplicación más estricta de la misma.

De esta forma conseguimos cerrar el círculo y trabajar todas las organizaciones responsables, con el objetivo común de defensa del usuario de salud, más que paciente, en pleno siglo XXI ■



Gestión del talento en equipos médicos

Autor | Javier González. CEO y coach de Magna Coaching.

El médico especialista debe tener en cuenta que es un gestor de equipos y que estos deben dirigirse desde el lado emocional. Técnicas de retención del talento clásicas, como el reconocimiento y la recompensa, son solo la punta del iceberg de la moderna gestión de equipos médicos.



Javier González

El médico responsable debe implantar un fuerte liderazgo competencial, el cual es el factor más importante de los resultados de toda la organización, junto con un sistema integrado de gestión del talento y planificación de carreras profesionales dentro de la estructura organizativa. De hecho, el cambio continuo en el liderazgo de las organizaciones médicas es una de las fuentes de problemas y una de las áreas de desarrollo a la que se presta menor atención.

Consideramos las siguientes recomendaciones para la correcta gestión del talento basadas en las mejores prácticas dentro de la industria médica.

- Considerar el proceso de gestión del talento como una de las áreas prioritarias a nivel de la alta dirección médica. Solo de forma excepcional se consideraran las herramientas de desarrollo personal como parte integrante de desarrollo y retención del talento; muchas

veces se presupone que el mero hecho de estar dentro de ese equipo médico ya es suficiente para seguir en él. Pero deberemos considerar que realmente el que personas de valía profesional e integradoras de equipo sigan perteneciendo a nuestra organización dependerá de lo bien que les gestionamos a ellos y al equipo al que pertenecen.

- Elaborar proyectos que unen la gestión del talento en la organización con la estrategia general. La gestión del talento debe ser una de las estrategias ganadoras para llevar al

equipo médico a la consideración de equipo relevante en el área en el que realiza su tarea. Además también tendremos que tener en consideración

La gestión y retención del talento dentro de la organización médica pasa por diseñar las competencias que deben tener los candidatos a líderes del futuro

que esta debe estar integrada dentro de la estrategia general del equipo o de la empresa en la que este equipo trabaje. Desde la alta dirección, se deben realizar planes para evaluar el desarrollo de las

personas considerados futuros recambios de la dirección existente; toda vez que serán esos recambios los que sigan el camino iniciado y lo potencien con nuevas técnicas y competencias.

- Compromiso en la adquisición y ejecu-



escuchar de forma empática, realizar preguntas poderosas que permitan buscar las mejores respuestas y facilitar que las personas se comprometan con su propia responsabilidad.

- Seleccionar y formar a los futuros líderes (también llamados individuos de alto potencial) siguiendo un plan flexible de desarrollo profesional basado en la experiencia laboral, la asignación de nuevas tareas y las competencias profesionales que demuestre el candidato.

Valorar cuáles son las características de los candidatos de alto potencial, realizar *feedback* y seguimiento de forma que mediante la observación de los comportamientos modificados se vaya puntuando el desarrollo alcanzado en cada competencia, en función del grado de desempeño logrado en los diferentes puestos a los que se le ha asignado. Todo ello debe estar establecido, tabulado y conocido dentro de la organización.

ción de los planes de carrera y formación de los futuros líderes médicos, eliminando las barreras que la propia organización pueda tener para ello.

La organización, sobre todo si es de estructura piramidal, tenderá a poner una serie de barreras para el crecimiento de aquellas personas considerados de alto potencial, dejándolas en una maraña de mandos intermedios y de asignación de nuevas tareas y adquisición de competencias que no posibilitará su pleno desarrollo y, por tanto, terminarán frustradas y cambiarán de trabajo. El hecho de que los mandos intermedios permitan, en base a los planes acordados y las estrategias en materia de personal establecidas, que los futuros

El médico responsable de la dirección de una organización debe por tanto estar familiarizado con todas las herramientas de gestión de personas

directivos puedan ir asumiendo nuevas responsabilidades que les permitan adquirir y mejorar aquellas características que le permitirán ser buenos líderes, es esencial para retener dentro de la organización a quienes un día asumirán la gestión completa de la organización.

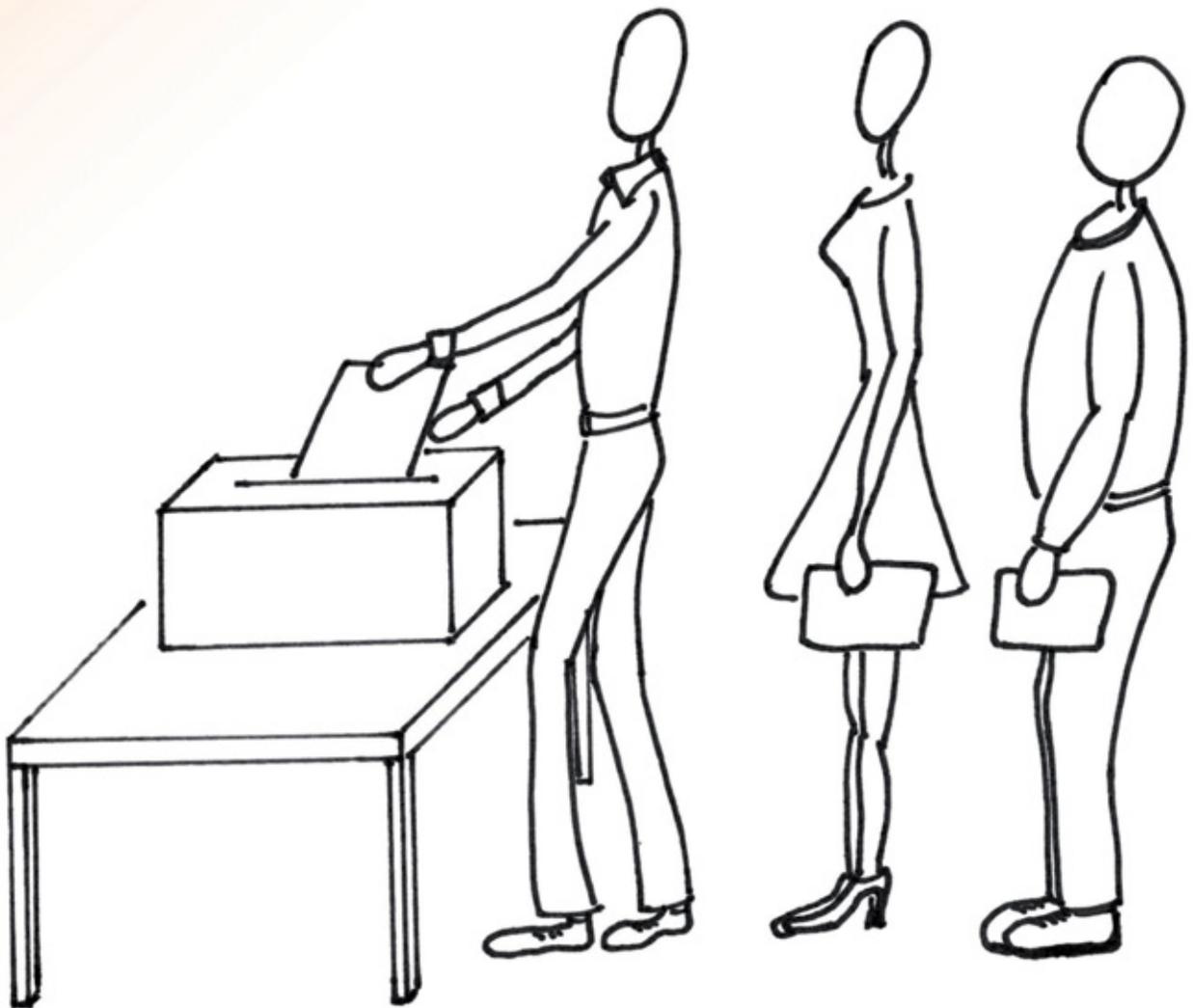
En resumen, la gestión y retención del talento dentro de la organización médica pasa por diseñar las competencias que deben tener los candidatos a líderes del futuro y desarrollar esas competencias en cada candidato mediante planes que estén integrados dentro de la estrategia de la organización.

El médico responsable de la dirección de una organización debe por tanto estar familiarizado con todas las herramientas de gestión de personas, y para ello debe prepararse a lo largo de su carrera profesional y dentro de cada uno de los puestos de responsabilidad que se le faciliten; de forma que al final pueda tener las competencias que le permitan dirigir equipos desde el lado emocional de desarrollo de carreras y expectativas de cada uno de los integrantes del equipo y, por lo tanto, que cuente con los mejores profesionales que a su vez actúen de recambio generacional cuando llegue la ocasión ■

- Integrar el modelo de liderazgo competencial con la moderna gestión mediante coaching dentro de las estrategias y prioridades de la organización.

Adquirir la competencia de liderazgo dentro de los equipos y de la organización es solo el primer paso para el propio desarrollo personal y la potenciación de equipos emocionalmente inteligentes. Gestionar a los miembros del equipo mediante coaching implica

Los progr





ammas sanitarios

de los

partidos políticos

En el XXII Congreso de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), celebrado en A Coruña, destacados representantes del sector de Sanidad de los seis principales partidos políticos españoles protagonizaron una interesante mesa redonda en la que respondieron a las preguntas elaboradas por los profesionales. A través de estas respuestas sobre los aspectos clave de la Sanidad se puede ver el alma de los programas sanitarios del Partido Popular, el PSOE, Podemos, Ciudadanos, IU y UPyD: en defensa de estas ideas sanitarias concurrirán a las elecciones generales, que se espera que se celebren a final de año.

Texto | Antonio Pais

Fotos | SEMG



REPORTAJE DE PORTADA

Los programas sanitarios de los partidos políticos

Hay cuestiones básicas en las que coinciden los seis partidos políticos: aspectos como la necesidad de impedir la fragmentación del SNS en 17 servicios de Salud para evitar inequidades; el Pacto Político por la Sanidad o más recursos para esta; reclamar el carácter ejecutivo de las decisiones que se toman en el Consejo Interterritorial; otorgar más protagonismo a los profesionales a través de la gestión clínica; la poca eficacia que ha tenido la gerencia única para reforzar la Atención Primaria; o mejorar la formación y la investigación sanitarias. También, lógicamente, hay profundas discrepancias; la principal, respecto al polémico Real Decreto 16/2012:

el PP defiende sus beneficios, el resto de partidos políticos derogarían la norma si alcanzan el poder. Esta, y otras promesas como recuperar el poder adquisitivo perdido durante la crisis, son las que los médicos van a exigir que se lleven a cabo, desconfiados después de tanto incumplimiento.

La mesa de debate en A Coruña estuvo dirigida por ex presidentes de la SEMG, los doctores Benjamín Abarca, José Manuel Solla y Juan José Rodríguez Sendín. Este último, actual presidente de la OMC, resumió así la “advertencia” que el médico hace a los partidos políticos: “Ahora (con la “tarta política” mucho más repartida) os vamos a poder exigir que cumpláis los compromisos”, dijo. En “Los profesionales preguntan, los partidos responden”, ocho grandes cuestiones, además de otras diez con respuestas breves, les fueron planteadas a los representantes de los partidos: Jesús Aguirre, del Partido Popular; María del Puerto Gallego, del Partido Socialista; Gaspar Llamazares, de Izquierda Unida; Enrique Normand, de UPyD; María José Vílchez, de Podemos; y Daniel Álvarez Cabo, de Ciudadanos.

¿Tienen alguna medida que cohesione el SNS y elimine la inequidad que sufren pacientes y profesionales según en qué comunidad autónoma residen?

Aguirre (PP): “La idea es seguir consiguiendo la máxima cohesión y equidad entre las CC.AA., tanto a nivel de pacientes como de profesionales. Después de que durante un tiempo haya habido una dejación de funciones por parte del Ministerio de Sanidad, este ha vuelto, y debería seguir por la misma tendencia, a cohesionar el Sistema Nacional de Salud (SNS). Lo hemos hecho en materia de car-

tera de servicios o de medicamentos; y para los profesionales, a través de Reales Decretos, como los de estabilidad, Registro de Profesionales Sanitarios, categorías profesionales (OPEs)...

Gallego (PSOE): “En estos años las desigualdades entre CC.AA. han aumentado, debido a la legislación que se ha realizado y a los recortes indiscriminados. Las Comunidades tienen las competencias, pero es el Ministerio el que tiene que coordinar, el que debe liderar que la Sanidad sea para todo el territorio nacional. Desde el PSOE llevamos en nuestro programa derogar el RD 16/2012, que ha supuesto un retroceso importante, y crear una nueva Ley General de Sanidad porque la actual se ha quedado obsoleta: la nueva debe coordinar y aglutinar todos estos procesos sanitarios en las CC.AA. Se ha eliminado el Fondo de Cohesión Sanitaria, que igualaba la Sanidad entre las diferentes Comunidades: habría que dotarlo”.

Llamazares (IU): “La desigualdad es social, más que territorial, y ha aumentado como consecuencia de la crisis económica y de las políticas de austeridad que hay que revertir. La modificación del SNS

debe ser más profunda, es necesario crear un verdadero SNS. Para ello debe haber un gobierno compartido, no la coordinación muy deficiente de temas menores de ahora; esto significa cambiar el Consejo Interterritorial. Debe haber una financiación federal, ahora somos un país atípico: la financiación la tienen las CC.AA. y el poder central no tiene ni un uno por ciento de la financiación: debería tener al menos el diez por ciento, como sucede en los países federados. Y se necesita una planificación o estrategia conjunta para el SNS”.

Normand (UPyD): “Los Servicios de Salud autonómicos deben seguir existiendo, pero la única forma de que el Ministerio pueda coordinar políticas de las CC.AA. es que recupere competencias: el CISNS no es un órgano ejecutivo, en él se aprueban diferentes asuntos pero después cada Comunidad puede cumplir o no, o interpretar a su modo, lo que se ha decidido. Que el Ministerio recupere competencias también servirá para mejorar la igualdad y la libertad de pacientes y de profesionales: actualmente, las CC.AA. son una fuente de desigualdad para los pacientes y una barrera para la movilidad de los profesionales, que también tienen desiguales salarios. Y también servirá para promover un mejor aprovechamiento de los recursos públicos”.

Vílchez (Podemos): “Para poder contestar a esta pregunta es necesario conocer muchos datos, algo que no sucede al no haber una gestión transparente en cada una de las CC.AA. y hay un enorme grado de variabilidad presupuestaria entre ellas. Proponemos establecer presupuestos finalistas, modificar la legislación sanitaria: no puede ser que sean totalmente diferentes entre las CC.AA., debe existir un compromiso interterritorial, garante de la equidad; planteamos el Pacto Político; y se han establecido estructuras, como la Ley de Calidad y Cohesión o consejos interterritoriales, que no están sirviendo, no tienen finalidad ni función: proponemos la creación de un Observato-



rio de Desigualdades, integrado por expertos y profesionales sanitarios”.

Álvarez (Ciudadanos): “El nuevo escenario político nos va a obligar a las formaciones a colaborar en todas las CC.AA. para que el SNS sea equitativo, funcione de forma coordinada y sea sostenible. Ha habido distintas normas, entre ellas la Ley de Calidad y Cohesión, u otras más recientes, que han sido insuficientes. En España, el gasto sanitario público per cápita es muy desigual porque en ella hay tres grandes bloques fiscales: País Vasco, Cataluña y el resto. Hay que reforzar el papel del Ministerio: convertir los acuerdos del CISNS en vinculantes, la cartera de servicios común, la información compartida, establecer referencias de ámbito nacional, el acceso a innovaciones terapéuticas (sobre todo en el campo farmacológico), la evaluación de tecnologías, ordenación y movilidad profesionales, Salud Pública...”.

Hay voces que hablan de sacar la Sanidad del debate político, pero a la vez de la necesidad de un Pacto Político que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario,

la cohesión, la equidad y la calidad de la atención. ¿Qué condiciones pondría a ese Pacto?

PSOE: “Es prioritario alcanzarlo, ya se intentó en la anterior legislatura y no se logró. La Sanidad tiene que salir de las luchas políticas. Tiene que haber un Pacto, aunque no a cualquier precio. Desde el PSOE proponemos que no se sobrepasen una serie de líneas que creemos fundamentales: que el derecho a la Sanidad sea universal; debe estar suficientemente financiada, actualmente no lo está; y financiación finalista y sin recortes”.

IU: “No soy partidario de sacar la Sanidad del debate político: la Sanidad es política y debe recuperar el carácter de prioridad política. Por supuesto, es necesario llegar a acuerdos y en algunas materias se han producido. La cuestión es si en estos momentos es imprescindible un Pacto Políti-

co general, y cómo sería. Nosotros lo hemos intentado en el Congreso y no ha sido posible... entre otras cosas porque debe integrar a las CC.AA., y yo diría que también a ciudadanos y profesionales: es complejo y necesario”.

UPyD: “Hay aspectos de la Sanidad que son de política sanitaria, pero hay otros en los que creo que es bueno conseguir acuerdos con partidos políticos y CC.AA.; el problema es que esos acuerdos deben tener un contenido: en esta legislatura, después del RD 16/2012 era muy difícil llegar a un acuerdo. Vemos que CC.AA. de partidos distintos al del Gobierno usan la Sanidad para hacer oposición; parte de la solución es que el Ministerio recupere competencias. Y la Sanidad debe tener presupuestos creíbles, hoy por hoy no lo son”.

Podemos: “Es fundamental un Pacto Político para lograr una Sanidad universal. Pero visto lo visto, es muy difícil: existen otra serie de intereses políticos, priman otros intereses que no son los que la ciudadanía reclama. Los expertos nos dicen que este Pacto debe ser realizado por todos: por todas las asociaciones, por todos los profesionales, por toda la ciudadanía y por todos los políticos, que son simples representantes de una ciudadanía”.

Coinciden también en otorgar más protagonismo a los profesionales a través de la gestión clínica, o mejorar la formación y la investigación

Ciudadanos: “El escenario actual es muy propicio para buscar acuerdos. Es obvio que es necesario mantener el SNS en su

carácter actual: un sistema público, equitativo, de calidad y eficiente. Creemos que hay que incrementar los recursos públicos: la propuesta del Plan de Estabilidad del Gobierno reduce la participación del PIB hasta el 5,1 por ciento. La Sanidad tiene que salir del debate diario, con información transparente y contando con los profesionales”.



REPORTAJE DE PORTADA

Los programas sanitarios de los partidos políticos

PP: “Para pactar hace falta voluntad, a veces se saltan líneas rojas según interés. Hay que despolitizar la Sanidad. La macro gestión debe quedar en manos políticas, pero de la meso y microgestión deben encargarse los profesionales, no contar con ellos lleva a la insuficiencia. En esta legislatura hemos intentado el Pacto Político y no fue posible, y se ha optado por pactos con las profesiones sanitarias: pedimos que se extrapolen a las CC.AA.”.

Se reclaman más recursos económicos para la Sanidad en general, y específicamente para la Atención Primaria (llegar al 20 por ciento del gasto en Sanidad). ¿Está de acuerdo?

IU: “Hay que dar más prioridad a la AP y mejorar su financiación junto a la del conjunto del SNS. Desde el principio del Sistema Nacional de Salud pretendíamos que la AP fuera su eje. Pero ha habido una deriva hospitalaria, superespecializada y medicamentada del sistema: en la política de recortes, el doble se lo han llevado la AP y las políticas de Salud Pública, cuando debería haber sido al contrario. El poder de la AP en el SNS nunca ha sido importante y está en disminución, hay que corregirlo; y hay que dotarla de una capacidad de resolución que ahora no tiene”.

UPyD: “Hay dos aspectos clave: una diferencia importante entre las CCAA en el porcentaje del presupuesto sanitario que se destina a la AP; y que según los estudios internacionales que comparan sistemas sanitarios, está claro que los que se centran en la AP son más eficientes. Creemos que la AP debe ser el centro del sistema sanitario, puerta de entrada y de sa-

lida, y esto implica reorientar el sistema sanitario hacia los pacientes crónicos, aumentar los recursos destinados a la AP y la capacidad de resolución de los médicos de familia”.

Podemos: “Hay que incrementar la financiación de la AP... e ir mucho más allá, reformar el modelo de salud. La AP es el pilar básico. Es necesario invertir pero también cambiar, la inversión no sería suficiente para justificar las deficiencias que se están produciendo. Es importante evitar la estratificación de la atención, tan artificial, entre Medicina Hospitalaria y de Atención Primaria, y racionalizar los costes en virtud de la utilidad real”.

Ciudadanos: “Ahora el gasto en AP está muy lejos de ese 20 por ciento y hay diferencias entre CC.AA. Es necesario incrementar los recursos y la capacidad de resolución de la AP, en el contexto de incrementar el gasto sanitario. La AP es el primer punto de contacto con el sistema, y donde los pacientes con más frecuencia contactan con un profesional; es un punto clave de la atención a la cronicidad, uno

de los grandes retos del SNS. Hay que ajustar las plantillas, tener en cuenta la dispersión y que los profesionales de Primaria tengan más tiempo para la clínica”.

PP: “Un aumento de presupuesto debe ir aparejada a un aumento de competencias. Pero tenemos que definir qué AP queremos. La AP debe asumir muchas más competencias y sobre ella debe pivotar el paciente crónico y toda la coordinación sociosanitaria. Si conseguimos que la AP asuma todas estas competencias y cambie el rol de sus propios profesionales, eso irá acompañado con un aumento de aportación económica hacia esa nueva función”.

PSOE: “Lo fundamental es creer en una AP de calidad y que sea el eje del sistema, y en el conjunto en la importancia del SNS: si no es así, no habrá más financiación. Los recortes nos están dejando lejos de este objetivo, los nuevos residentes no eligen Medicina de Familia. Es necesario incrementar el presupuesto sanitario, pero primero hay que hacer una evaluación urgente de lo que está pasando: recursos humanos, medios diagnósticos... y después de este análisis, adecuar la financiación. Racionalizar la Sanidad pasa por tener una AP más potente”.

Las fórmulas de gestión clínica no acaban de calar entre los profesionales. ¿Le parece imprescindible que el profesional participe en la gestión clínica? ¿Qué modelo propone?

UPyD: “Hay una insuficiente formación en la Universidad respecto a la gestión. Es importante aclarar primero qué entendemos por GC, en principio, la participación de los profesionales en la asignación de los recursos sanitarios, en decisiones estratégicas. Es necesario algo más, aunque la idea parece buena. No nos gustan modelos como las EBA en Cataluña. Dos riesgos: que haya una diferente interpretación de la GC por las CC.AA. y tener una AP de dos velocidades”.

Podemos: “Es fundamental que los profesionales de AP sean los artífices de la GC. El protagonista del gasto sanitario, vinculado a la demanda asistencial, es el médico: es quien determina cómo se realiza, las prescripciones y pruebas necesarias, conoce la realidad. Estamos acostumbrados a que los objetivos vengan desde arriba, establecer una serie de contratos-programa un tanto ilusos, no reales, con objetivos torpes y no aceptados por los profesionales”.

Ciudadanos: “Es necesario definir bien primero qué se entiende por GC. El modelo que propone el Ministerio plantea



La supresión de las gerencias de AP en favor de la gerencia única se vendió como medida a favor de la coordinación de niveles. ¿Cuál es su opinión respecto a las gerencias únicas?

Podemos: “Las GU no han demostrado su eficiencia ni su efectividad. Una serie de medidas un tanto perversas, y de carácter economicista, se han ido introduciendo con su implantación. Creemos que todo aquello que no demuestra efectividad, y en este caso es así por diferentes investigaciones, debe ser reevaluado. Es necesaria una evaluación global, sectorial e individual de la GU. La participación de los profesionales y de los ciudadanos es básica”.

Ciudadanos: Como principio general la GU puede parecer atractiva: adelgazar la estructura administrativa y centrar el gasto sanitario en la asistencia. Pero no hay evidencia robusta de que en las CC.AA. donde se ha puesto en marcha haya habido una mejora ni económica ni de resultados en salud. Lo que no se puede poner en peligro es el protagonismo de la AP. Creemos que es preferible profundizar en la continuidad asistencial,

en la coordinación funcional AP-AE, en los protocolos consensuados, en la interoperabilidad de las historias clínicas”.

Promesas como recuperar el poder adquisitivo perdido durante la crisis van a ser exigidas por los médicos

aspectos interesantes, no estamos de acuerdo en que sean una puerta ni a la fragmentación ni a la privatización del sistema; pero no acabamos de ver qué aportan respecto a muchas cosas que ya se hacen en el SNS. La clave es su grado de autonomía en la gestión de recursos. Por GC entendemos la participación del profesional en la toma de decisiones, en definir la cartera de servicios, en conceptos de autoorganización...”

PP: “Por supuesto que se debe implicar a los profesionales en la gestión: por sostenibilidad y eficiencia, y para que se sienta parte importante de la empresa. Otra cosa es el tipo de GC que se está haciendo: gestionar altas y bajas, una parte específica del gasto en medicamentos... la GC de verdad supone que, de forma caritativa, el profesional asuma un presupuesto y lo gestione de la mejor forma posible, suponiendo una parte importante de su productividad. Así lo plantea el decreto de GC del Ministerio. Los gestores se deben elegir de abajo hacia arriba”.

PSOE: “Totalmente de acuerdo en que los profesionales tienen que estar implicados en la gestión de sus servicios; eso supon-

drá también su mejor desarrollo profesional. Las UGC no están funcionando y habrá que evaluar por qué: seguramente porque no hay la motivación adecuada o porque los modelos que se han planteado, imponiendo la agenda o estrategias, no sirven. Debe haber la formación en gestión adecuada, y dotar a las UGC de recursos”.

IU: “Vivimos una paradoja: el Gobierno intenta regular las Áreas de GC y mucha gente está dejándolas. Quizás sea porque no sean AGC, quizás sean otra cosa:

la tendencia de sustituir la privatización longitudinal por la privatización transversal. Es una propuesta economicista, no tiene nada que ver con los resultados en salud y sí con los recortes y con la privatización. Los modelos de gestión privada importados a la Sanidad pública han fracasado. Lo que tenemos que innovar es el modelo de GC pública: eso significa que participen los profesionales en la gestión de sus propios centros, y que al final no sea el gerente el que coordina la GC”.

PP: “La UGC de Primaria tendría que estar integrada, sin escalón asistencial, en la misma área sanitaria. Todos somos especialistas, no es como antes. El seguimiento del paciente desde Primaria, independiente de que esté pivotando por otras UGC, debe realizarse en la misma área sanitaria. Aquí volvemos a que lo que hay que hacer es aumentar las competencias de la AP: todo el abordaje electrónico o sociosanitario debe pivotar sobre la AP”.



EN BREVE

1 Posición respecto a la exclusividad

IU: "Partidario de una exclusividad inteligente: que tenga el límite en el conflicto de intereses".

UPyD: "En contra, la alternativa es motivar a los profesionales del SNS".

Podemos: "En principio sí; hay que evaluarlo y consultarlo con los profesionales".

Ciudadanos: "No debe haber una imposición normativa. Se debe fomentar, haciendo atractivos los salarios; y el compromiso fundamental debe ser con el sistema público".

PP: "En contra del complemento exclusivo: al mismo trabajo, la misma remuneración, el médico lo es siempre y es perfectamente compatible trabajar en otro ámbito".

PSOE: "A favor de la exclusividad, especialmente de los jefes de Servicio, y debe ir acompañado de contrapartidas, que los profesionales vean atractivo el SNS".

2 ¿Se compromete a convocar una OPE bianual y acabar con la precariedad?

UPyD: "Sí, va en nuestro programa".

Podemos: "Sí, es necesario acabar con los contratos en precario".

Ciudadanos: "Convocatoria periódica de OPEs y de concurso de traslados; y los contratos en precario deben restringirse a circunstancias sobrevenidas".

PP: "Sí, con la misma baremación en las CCAA para que no haya desigualdades".

PSOE: "Partidario de la estabilidad que dan las OPEs".

IU: "Si hubiera plantillas adecuadas no serían necesarias estas medidas".

3 ¿Se compromete a la sustitución del cien por cien de las bajas por IT o vacaciones?

Podemos: "Hay que ver las necesidades, la situación, y adecuarse a ellas".

Ciudadanos: "No se puede dar una contestación general sin un análisis previo".

PP: "La sustitución debe ser cercana al cien por cien, no sobrecargar con cupos ajenos".

PSOE: "Hay que estudiar las necesidades de los equipos y las situaciones".

IU: "De acuerdo con las buenas intenciones".

UPyD: "No nos comprometemos antes de realizar un análisis de necesidades".

4 ¿Se compromete a que salarios base y carrera profesional sea igual en todas las CCAA?

Ciudadanos: "El análisis debe realizarse en el CISNS, cada CC.AA. tiene sus competencias".

PP: "La base debe ser lo más similar posible entre CC.AA. El médico debe recuperar poder adquisitivo".

PSOE: "Cada CC.AA. legisla lo suyo. Los profesionales deben recuperar poder adquisitivo".

IU: "Debe haber una armonización, y negociarse con los representantes de los profesionales".

UPyD: "En este tema es vital la recuperación de competencias por parte del Ministerio".

Podemos: "Debe haber cierta

homogeneidad, acabar con las inequidades. A través del CISNS".

5 ¿Piensa mantener el modelo MUFACE?

PP: "Funciona perfectamente. Si todos los profesionales lo elegimos, será por algo".

PSOE: "Aumenta las desigualdades, debe desaparecer".

IU: "Debe integrarse en el SNS, como preveía la Ley General de Sanidad".

UPyD: "Integrar el modelo MUFACE en el SNS no se hace de un día para otro".

Podemos: "Es necesaria una unificación progresiva de los modelos existentes".

Ciudadanos: "Se debe revisar la situación, que es especial y no puede crear privilegios".

6 ¿Considera que la AP debe tener acceso a todas las pruebas complementarias, sin más limitación que la justificación clínica? ¿Haría una ley nacional en este sentido?

PSOE: "Es fundamental dotar a la AP de la máxima capacidad de resolución. Debe hacerse conforme a la opinión profesional".

IU: "El profesional de AP debe tener acceso a todas las pruebas, aunque hay varios límites".

UPyD: "Nos comprometemos a ello".

Podemos: "Hay que estudiar cuáles son y si se pueden pedir desde AP, es vital la formación".

Ciudadanos: "Hay mucha inequidad, incluso dentro de las CCAA. Debe haber protocolos".

PP: "Debe hacerse con criterios de

eficiencia clínica; hay que garantizar el máximo acceso”.

7 ¿Se comprometen a no trasladar a la AP nuevas funciones sin que se negocie el presupuesto y los medios adecuados para responder a ellas?

IU: “Sí, pero lo más importante es que las actuales tengan el presupuesto que no tienen”.

UPyD: “Deben implantarse en el conjunto de España”.

Podemos: “Debe haber una equidad en el territorio y evaluar su necesidad y presupuesto”.

Ciudadanos: “No se debe improvisar, hay que planificar y ver si puede haber recursos adicionales y si se pueden financiar”.

PP: “Más personal y más medios técnicos equivalen a más presupuesto”.

PSOE: “Se debe evaluar lo que hay ahora; sin aumento de presupuesto, no”.

8 Cartera de servicios común complementaria para todo el Estado.

UPyD: “De acuerdo. Debe haber una mejor coordinación entre las CC.AA.”.

Podemos: “Es necesaria una mayor equidad en las prestaciones”.

Ciudadanos: “Una cartera amplia debe debatirse en el CISNS, buscar el total consenso”.

PP: “Se debe evitar la inequidad entre CC.AA. El RD 16/2012 ha mejorado cosas”.

PSOE: “Es básica para la equidad, se debe llegar a un pacto en el CISNS”.

IU: “Es necesario conjugar

armonización, cooperación y evaluación de esa cartera”.

9 Agendas impuestas en muchas CCAA. ¿No deberían adecuarse a unos tiempos, ser compatibles con una atención de calidad y gestionadas por los profesionales?

Podemos: “Totalmente de acuerdo. La calidad de la atención y el tiempo van unidas”.

Ciudadanos: “Es clave, los profesionales deben ser capaces de autoorganizarse”.

PP: “Los médicos deben gestionar su propia agenda. En AP, 10 minutos por paciente”.

PSOE: “Totalmente de acuerdo con estas opiniones”.

IU: “De acuerdo, en el marco de los protocolos y las guías clínicas”.

UPyD: “Hay que adecuar los tiempos a las agendas, dentro de la gestión clínica”.

10 Interoperabilidad de la receta electrónica en todo el SNS

Ciudadanos: “Debe existir, aunque para ello es necesario incrementar recursos”.

PP: “Hemos puesto las líneas para que esa interoperabilidad sea un éxito”.

PSOE: “Las TICs son vitales para garantizar la atención a los pacientes en todo el SNS”.

IU: “Debe haber un sistema de información moderno en el SNS”.

UPyD: “Es un problema evidente de gobernabilidad: cada CCAA ha gastado mucho en estos sistemas para que ahora sean incompatibles”.

Podemos: “La receta electrónica es una gran oportunidad. Hay que invertir para unificar”.

PSOE: “Las CC.AA. tienen las competencias, pero es el Ministerio el que tiene que coordinar, el que debe liderar que la Sanidad sea para todo el territorio nacional”

PSOE: “Si se aumentan las competencias sin un presupuesto adecuado y con recortes no va a funcionar. Las GU no han funcionado porque se ha priorizado una de las especialidades, la Hospitalaria. Lo que hay que creerse es la AP y priorizarla dentro de las gerencias. Hay regiones reducidas que pueden funcionar, pero siempre que haya una coordinación adecuada y una priorización de la AP. Si la GU se aplica simplemente con un criterio economicista, no”.

IU: “Hay un problema de poder, la situación no ha cambiado mucho respecto a cuando había gerencias de AP y de AE: el poder ya estaba en Especializada, donde están la tecnología, la superespecialización, el interés de la industria. Con la fusión se ve ahora más claro que la AP está en una posición subordinada, y que en lugar de ser el eje del sistema es la ‘portera’ del sistema. Pero el problema es el poder (y la financiación) que se le concede a la AP”.

UPyD: “Creemos en la autonomía de la AP respecto a la Hospitalaria, el modelo de GU que integre la gestión no nos gusta. Hay otras herramientas para mejorar la coordinación que no se han explotado suficientemente, como la historia clínica única en AP y Hospitalaria. Y se puede mejorar la movilidad de los profesionales: determinados médicos de hospital que pasen consulta en centros de salud, y viceversa. Eso mejoraría más la coordinación que la GU”.

La Ley de Presupuestos de 2015



REPORTAJE DE PORTADA

Los programas sanitarios de los partidos políticos

establece una tasa de reposición del 50 por ciento. Los profesionales piden una tasa de reposición del cien por cien o cercana al mismo.

Ciudadanos: “En el SNS en los últimos años ha habido una pérdida muy importante de trabajadores, por las jubilaciones y la no renovación de contratos eventuales. Hay que aumentar las plantillas para atender adecuadamente la demanda. Planteamos que las plantillas deben crecer de una forma selectiva, planificada, atendiendo a las necesidades territoriales, con distribución equitativa de los RRHH, incorporar nuevas categorías profesionales... el primer paso es ir a una tasa de reposición global y posteriormente ir recuperando efectivos”.

PP: “La tasa de reposición es para OPEs, no para contratación: cada comunidad autónoma contrata con el porcentaje que quiere. La ley sí que habla de que hay que respetar los servicios básicos esenciales, y entre ellos está la Sanidad. Otra cosa es que cada CC.AA. regule el Capítulo I con el argumento que estime y no haya sustituciones ni por bajas por enfermedad, por jubilaciones... eso no tiene nada que ver con la tasa de reposición”.

PSOE: “Las plantillas nunca fueron elevadas, ni el gasto en RR.HH. Tenemos una Sanidad barata, no llega al siete por ciento del PIB y es un ejemplo. Claro que se debe realizar la reposición de los profesionales al cien por cien, hay una sobrecarga de trabajo y se cubren los servicios de forma precaria. Se está contratando de forma precaria, y en eso el Ministerio de Sanidad, el Consejo Interterritorial y los propios profesionales deben gestionarlo”.

IU: “Parece una cuestión obvia. Una pri-

mera medida sería tener un sistema fiscal decente; y en segundo lugar, que la distribución de los funcionarios sea mejor, también en el sistema sanitario y no sólo porque se reponga al cien por cien sino porque probablemente haya que mejorar personal sanitario: en especial, en la AP

PP: “Por supuesto que se debe implicar a los profesionales en la gestión: por sostenibilidad y eficiencia, y para que se sientan parte importante de la empresa”

de necesidades. Partimos de un SNS en el que ya había una carencia de recursos y había una necesidad de aumentarlos, sobre todo en determinados ámbitos. Hay determinados RR.HH. que no están presupuestados, al no tener carácter estructural, y al final intentar cumplir tasas de reposición a lo que lleva es a la precariedad laboral. Nos preocupa mucho la fuga de cerebros, es vital tener un Registro de Profesionales”.

Podemos: “Es necesario incrementar las plantillas, pero desde una perspectiva totalmente diferente. Existen estudios que desde hace años, antes de la crisis, vienen hablando de la necesidad de incrementar plantillas de AP, debido a condicionantes como el envejecimiento o la cronicidad. Se pedía incrementar plantillas hasta en un 20 por ciento, y no sólo se han incrementado sino que han disminuido de forma alarmante. No se ve la realidad actual”.

El Real Decreto 16/2012 supuso importantes modificaciones en la Sanidad pública universal y gratuita que teníamos. ¿Modificarán esta norma si su partido gobierna?

PP: “Es un magnífico Real Decreto, muy amplio: se parte de la idea de que las que tienen problemas de sostenibilidad son

las comunidades, la Sanidad está transferida. Cuestiones como la de los APDs se han ido solucionando, y otras cuestiones (Farmacia Hospitalaria) que se han ido depurando. Y lo que ha conseguido la norma es la sostenibilidad a nivel comunitario; en farmacia, los que más tienen pagan más y los que no tienen no pagan nada o muy poco: los parados de larga duración, los pensionistas, y se ha logrado un ahorro de 4.500 millones de euros, ya no se acumulan ‘botiquines’ privados, se ha reducido en mil millones el ‘turismo sanitario’, se ha logrado una red de evaluación de tecnologías, una central de compras...”.

PSOE: “El RD se puso en marcha de forma unilateral, sin contar con ningún partido político, y sólo ha sido una chapuza que ha empeorado enormemente nuestro sistema sanitario: ahora hay mayor desigualdad, menos equidad y, lo más importante, el SNS ha dejado de tener una cobertura universal, de calidad y gratuito (aunque se pague con impuestos) para ser un modelo de aseguramiento cuando la Sanidad debe ser un derecho. Todos los partidos lo hemos recurrido ante el TC, el RD 16/2012 va a ser borrado por los tribunales, y si no es así, por los ciudadanos: es lo peor que se ha hecho en la Sanidad democrática”.

IU: “El RD ‘magnífico’ no pasará a la Historia de la legislación sanitaria: no le auguro ningún futuro, las medidas urgentes de recortes y otras que proponía felizmente han fracasado: fracasa el intento de los germanos de convertir el sistema español en un sistema competitivo de seguros; ya fracasó en Alemania (peores indicadores de salud), y aquí se ha querido copiar de quienes no tienen ninguna lección que darnos. Le queda muy poco tiempo por delante. Hay que realizar medidas para reconstruir el sistema sanitario español, que han demostrado ser mucho más eficiente que los sistemas de seguros europeos”.

UPyD: “En España, en general, se legisla

mal: hay un exceso de leyes que no se cumplen. La primera crítica es que se ha legislado una materia muy importante por la vía de un RDL, que es una vía extraordinaria para aspectos concretos: el RDL 16/2012 va más allá de lo que debería. Ha sido un RD tan ‘magnífico’ que el PP no lo ha cumplido, o que pocos días después de su publicación fue corregido (71 erratas) en el BOE, con cambios sustanciales. El reto pendiente es repensar el conjunto de nuestro sistema sanitario. UPyD votó en contra de la norma, sobre todo está en contra de la exclusión de la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular”.

Podemos: “Se debe anular el RD 16/2012, que parte de una filosofía bastante errónea, es una agresión importante desde la Constitución. Hay que priorizar cuestiones básicas del SNS que este RD derriba, como la universalidad; se deben anular los copagos, reconsiderar la cartera de servicios, volver a la existente antes de la crisis e intentar unificarla en todas las CC.AA., creando equidad; y analizar realmente las consecuencias políticas de este RD, ya hay estudios que hablan de resultados de salud precarios, desigualdad, empobrecimiento...”.

Ciudadanos: “Muchos aspecto del RD, como su elaboración, la ausencia de una memoria justificativa de los objetivos o la falta de diálogo en la tramitación pueden ser criticados de forma severa. Desde la Ley General de Sanidad nos hemos dotado de un SNS financiado casi en su totalidad por impuestos; ahora no se puede vincular la asistencia sanitaria a la condición de asegurado, ésta debe ir unida a la condición de ciudadano residente. Otro aspecto criticable es el copago farmacéutico, no puede excluirse a nadie de la prestación por barreras económicas. Y hay que unificar la cartera de servicios, que debe ser homogénea en el conjunto del SNS”.

La formación y la investigación en AP son herramientas vitales en la

calidad de la misma, pero los profesionales no tienen tiempo ni recursos. ¿Qué piensan hacer sobre esto?

PSOE: “Es algo tan vital como la parte clínica, aunque una parte lleva a la otra. Es un clamor entre los profesionales la necesidad de que haya unidades docentes e investigadoras potentes en los centros de salud. Debe hacer formación pregrado y posgrado. Y la investigación debe ser de calidad. Con los recursos necesarios, motivando a los profesionales y organizando sus agendas es posible compaginar una buena asistencia con formación e investigación de calidad”.

IU: “Mientras la formación continuada y la investigación sigan en manos de la industria farmacéutica, primará la economía de escala. Si además el poder público margina la investigación, por ejemplo si el Carlos III depende de otro Ministerio y no de Sanidad, o si sólo en dos universidades públicas se incluye una asignatura relacionada con la AP. Los residentes abandonan la especialidad de Medicina de Familia. Es un tema de prioridad política, otra vez”.

UPyD: “Los avances existentes en esta materia han sido claramente insuficientes, hay mucho que avanzar. El debate de fondo es el cambio cultural. Y es importante que los Servicios de Salud tengan claro que una asistencia sanitaria de calidad implica tener profesionales bien formados, que desde lo público se promueva la formación continuada y la investigación”.

Podemos: “Es un aspecto fundamental, uno de los alicientes más importantes para los médicos de familia es la forma-

ción continuada aunque el problema es el tiempo. Pero hace falta, y no puede estar delegada a la industria farmacéutica: los diagnósticos no llegan a ser totalmente objetivos; debe corresponder al estamento público. La investigación es muy difícil: el área de la AP está apartada del área de la investigación básica. Es necesario financiar proyectos de investigación social, más cercanos a la población”.

Ciudadanos: “Son aspectos clave en el trabajo de los profesionales, que cuando los desarrollan demuestran su compromiso con los pacientes y con el conjunto del sistema. El problema es la falta de tiempo: si se aumentan las plantillas, si se reducen la carga burocrática y determinadas tareas que no aportan valor (IT, implementación receta electrónica) habrá más tiempo para el trabajo clínico, la formación y la investigación. La Administración debe crear estructuras y aportar recursos, no se puede dejar aspectos

Ciudadanos: “Planteamos que las plantillas deben crecer de una forma selectiva, planificada, atendiendo a las necesidades territoriales, con distribución equitativa de los RR.HH.”

tan importantes en manos de la industria. Y se debe reconocer lo realizado en estos ámbitos en concursos de traslados o de movilidad”.

PP: “No es comprensible que en todas las faculta-

des de Medicina no haya una unidad específica de competencias en AP. Es algo a modificar ya. Los centros de salud se crearon con una parte de consulta, otra de formación y otra de investigación; actualmente, los centros de ambulatorizado, con un exceso de pacientes a atender que no deja tiempo para formación e investigación. Hay que cambiar esta situación, volver a las unidades docentes de formación e investigación dentro de los centros de salud. Para eso necesitamos tiempo: se trata de dignificar la AP, es una cuestión de planteamiento que entre todos podemos llevar a la realidad” ■



Unidades docentes, claves en la formación de los especialistas

Carlos Ruiz-Ocaña

Presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



Unidades docentes, claves en la formación de los especialistas

Las unidades docentes son las herramientas indispensables para la formación de los especialistas en neurocirugía. Carlos Ruiz-Ocaña, presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía y del Consejo Nacional de Neurocirugía, apuesta por la formación como garante de una buena asistencia. Tanto la formación como los recursos técnicos que utilizan nuestros neurocirujanos son de alto nivel con respecto a los países de nuestro entorno.

¿Cuáles son los retos a corto y medio plazo de la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)?

Los retos son acortar el periodo troncal común con el fin de alargar el periodo formativo específico y adecuar el número de plazas para formar Médicos Internos Residentes (MIR) a las necesidades de la población y a las previsibles jubilaciones por edad de los especialistas que se encuentran en activo.

¿Qué supone la formación en los objetivos marcados por su sociedad?

La formación del especialista, en cualquier periodo, es una meta primordial de toda sociedad científica.

¿Cómo se canaliza esta formación de los especialistas?

La formación que imparte nuestra sociedad se canaliza a través de las unidades docentes, los congresos y las publicaciones que llevan a cabo nuestros asociados.

Con respecto a los países de nuestro entorno. ¿Cómo es el nivel de formación de los neurocirujanos españoles?

Según los datos que tenemos disponibles, estamos al más alto nivel, tanto en formación, como en el uso de recursos técnicos de última generación, aunque en los últi-

mos años están limitados en número total por la crisis económica.

¿Cuál es el papel de las unidades docentes?

Muy importante. En la unidad docente, el futuro especialista va a adquirir los conocimientos básicos de nuestra especialidad y la visión de cómo enfocar los casos complejos, tanto en el aspecto técnico como en el humano; aspectos claves en el quehacer diario de cualquier especialista que se dedique a la neurocirugía.

¿España cuenta con el suficiente número de neurocirujanos?

Según la última encuesta realizada por nuestra sociedad y otros importantes trabajos publicados en nuestra revista, estaremos con exceso de especialistas en medio plazo

si se sigue convocando el mismo número de plazas MIR.

¿Cómo es la formación para la cirugía de la columna?

Es un asunto complejo, ya que hay

que adquirir formación en patología degenerativa simple, que es la más habitual, y, por otro lado, cirugía compleja de tumores que habitualmente precisa de registro intraoperatorio de potenciales o abordajes especiales.

En la cirugía de la columna, ¿existen

conflictos de intereses con otras especialidades?

Puede existir conflicto de competencias con Cirugía Ortopédica y Traumatología.

¿Cuál es el papel del neurocirujano en resolver las lesiones más frecuentes en la columna?

La cirugía de columna va dirigida a eliminar la causa de la patología del paciente sin causar daño neurológico.

¿Qué aporta su formación con respecto a otras especialidades que también intervienen las lesiones de la columna?

Nuestra especialidad está acostumbrada a manejar patología cerebral y conoce sobradamente la anatomía neurológica; por tanto, manejamos la columna y sus complicaciones con la misma delicadeza y cuidado con el que tratamos las lesiones cerebrales.

¿Qué otras patologías/intervenciones son prioritarias para un neurocirujano?

La neurocirugía se divide en subespecialidades que requieren una cuidada formación. Columna, Base de cráneo, Funcional, Oncología, Vascular, Neurocirugía pediátrica, Radiocirugía y Nervio periférico.

¿Cómo gestiona SENEK la formación continua?

Para la formación continuada, la SENEK mantiene su revista periódica, el Congreso Nacional Anual, varios cursos monotemáticos y *hands-on* y colaboración en publicaciones, congresos y reuniones de sus grupos de trabajo.

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

Los neurocirujanos forman parte, con otras especialidades afines, de las unidades de gestión para optimizar los recursos humanos y técnicos de cada unidad.

Según la última encuesta realizada por nuestra sociedad estaremos con exceso de especialistas en medio plazo si se sigue convocando el mismo número de plazas MIR



¿Qué utilidad tienen dentro del Sistema Nacional de Salud?

Son una conexión directa de los órganos gerentes y directivos sobre la orientación, gastos e inversión de cada unidad, y de la mejoría de la calidad y utilidad de los procedimientos implicando al médico asistencial en todo el proceso. No obstante, la utilidad es más bien teórica, porque predomina el papel gerencial sobre el del especialista.

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

Nunca hay una solución perfecta, pero el objetivo es bueno. Funcionarían mejor si tuviera más valor la opinión del especialista. Persiguen el mejor uso de los recursos intelectuales humanos y tecnológicos. Es decir, mejores resultados al menor coste posible.

¿Qué relación tienen con otras sociedades científicas?

La relación es excelente con sociedades afines como, ORL, Maxilofacial, Neurofi-

siología, Neurología y Cuidados Intensivos.

¿Cómo se canaliza esa relación a través de FACME?

FACME convoca periódicamente reuniones que son punto de encuentro y foros entre distintas sociedades. Además, cuando hay un tema puntual, como el de la troncalidad, ha organizado jornadas de información y debate entre estudiantes, políticos y especialistas. Llevan a cabo muy buena labor.

¿Qué relación tiene la SENEC con las sociedades científicas europeas y americanas?

SENEC pertenece a EANS (Europa), WFNS (mundial), FLANC (Sudamérica) colaborando en cada una de ellas y participando activamente en sus congresos.

¿Trabajan líneas comunes?

La línea común básica es la formación continuada.

¿Cuáles son los mayores problemas de

asistencia a los que se enfrentan los neurocirujanos españoles?

Debería existir una focalización de las urgencias y una mayor inversión del Estado para generalizar recursos técnicos de última generación, especialmente imagen funcional intraoperatoria. También creemos que debería haber una participación más activa de las instituciones oficiales en nuestros congresos, para mejor formación continuada, uno de nuestros pilares básicos. También se deberían potenciar servicios con experiencia en patología infrecuente o especialmente compleja, que llevaran a cabo ese tipo de intervenciones ■

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







Ninguna
de las principales
virtudes
que se le achacan al
sistema público
de
salud es cierta.
Ni es público, ni universal, ni gratuito

Miguel Carrero

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



“Ninguna de las principales virtudes que se le achacan al sistema público de salud es cierta. Ni es público, ni universal, ni gratuito”

Con una gran trayectoria dentro de la profesión y del SNS, Miguel Carrero opina que la Medicina se ha deshumanizado, pero que la crisis puede ser una oportunidad de mejora, para optimizar más los recursos, y para dar mayor libertad, y con ello, mayor responsabilidad, al profesional sanitario. Como presidente de PSN cree que es importante tomar el pulso a los mutualistas, y avanzar en retos como incluir en su mutua a otras profesiones universitarias.

Usted es ante todo un médico, que proviene de una familia de médicos, y que deja de legado a un hijo médico, ¿cómo ha cambiado la profesión durante estos años?

Los cambios han sido brutales, por la intensidad y por la rapidez del propio cambio, lo que me hace pensar que el futuro de la Medicina puede ser imprevisible. Así está por ejemplo el avance de la Medicina social y de la Medicina genómica. Pero también hay cosas negativas, como por ejemplo que se ha deshumanizado y que el ejercicio de la profesión ha perdido libertad, y con ella, responsabilidad.

Es por eso quizás que una de sus frases es que “cada vez hay menos médicos y más trabajadores de la salud”, ¿podría explicarla?

Antes el médico era un profesional liberal, y hoy se define por ser un asalariado, un funcionario, lo que le resta libertad y capacidad de decisión. El médico para mí es una persona que tiene una gran vocación y capaz de empatizar con el paciente, sin embargo hoy no se trata tanto al enfermo como a las enfermedades, se pasa a prestar un servicio, perdiéndose la vocación de entrega y sacrificio por el enfermo, con la consiguiente pérdida y/o falta de calidad.

¿Diría que los médicos son hoy un colectivo desilusionado?

Diría que es más bien un colectivo maltratado. Y la culpa de ese maltrato la tienen los intermediarios, es decir, todo lo que se ha interpuesto entre el médico y el paciente. El paciente sigue teniendo confianza y entrega hacia el médico, y el médico empatiza por vocación con ese paciente, por lo que se debería potenciar más. La Medicina tecnológica y social no tienen por qué ser incompatibles con la Medicina humanizada. Para ello es absolutamente necesario que las gerencias contribuyan a ello, siendo más profesionales que políticas.

Ese es otro de los puntos. Está claro que la Sanidad está politizada, ¿cómo podemos mejorar eso? ¿Con un Pacto por la Sanidad?

No soy nada optimista en este sentido, porque para mejorar todo esto lo que tendría que pasar es que madurase la democracia, y lo que tenemos actualmente es una democracia fundamentada más en la igualdad que en la libertad. Me explico, hoy tendemos a una igualdad de derechos sean cuales sean los méritos, es decir, una igualdad de llegada, no de salida, de manera que todo lo que hay por el medio, como el esfuerzo,



el mérito y la capacidad quedan anulados o no se consideran. La democracia en libertad, sin embargo, fomenta el mérito y el estímulo, haciendo más responsables a los individuos, a diferencia de la democracia en igualdad que los hace más súbditos. Traspasando esto a la Sanidad, lo que debe prevalecer son los méritos que mejoran la Sanidad social.

Y todo este problema, ¿también está presente al nivel de la microgestión?

Sí, desde el momento en el que los gerentes son nombrados no por méritos sino por tendencias políticas, se politiza toda la gestión de un centro. Si sumamos a esto la falta de unificación de la Sanidad, que ahora está desmembrada en 17 sanidades distintas, supone que haya unas desigualdades muy grandes. Se presume que el sistema sanitario es universal, gratuito, y equitativo, y no es ninguna de las



tres cosas. Ninguna de las principales virtudes que se le achacan al sistema público de salud es cierta.

Hablando de los 17 sistemas de salud. Entre las actividades que realizan conjuntamente PSN y la Fundación Ad Qualitatem están los ciclos sobre la calidad del SNS en los que han intervenido gran cantidad de consejeros de Sanidad, ¿cuál ha sido su conclusión tras los mismos?

Hemos invitado a consejeros de diferentes comunidades, y hemos podido comprobar que hay muy buenas cabezas pensantes, pero ni por asomo pueden hacer lo que deben, ni desarrollar sus propios programas. El momento ha sido muy difícil económicamente y recortar es muy difícil. Se abusó del sistema de endeudamiento y ahora hay que ajustarse a unos presupuestos con toda una estructura

montada, lo que es difícil. Pero es que además tienen que hacer rentable la Sanidad, ya no económicamente, sino en votos. En este sistema político es absolutamente imposible que la Sanidad cambie a satisfacción.

¿Cuál es su opinión del Consejo Interterritorial?

De poco sirve sino es más operativo y resolutivo. No tiene sentido reunirse para que todo el mundo se levante diciendo que hará lo que le dé la gana. Ni siquiera por una cuestión profesional, sino por discrepancias políticas.

Pero el desencanto no viene sólo de la gestión política. En su trayectoria pro-

fesional también ha desempeñado una importante labor dentro de las organizaciones colegiales, ¿por qué existe hoy esa desafección por los colegios médicos?

Los colegios están muy ninguneados por la Administración, están totalmente devaluados, y en el momento en el que no tienen unas competencias reales tienen que hacer cosas que no les son propias. Es una lástima que instituciones que podrían prestar una gran ayuda y colaborar de una manera muy eficiente no lo hagan. Pero es muy importante conservarlas porque yo tengo la esperanza de que un día sí lleguen a ser útiles.

Y abriendo un poco el foco, ¿qué repercusiones ha tenido la crisis en la Sanidad? ¿Ha salido reforzada o empobrecida?

Creo que hemos salido reforzados, y es paradójico, porque estamos peor. Como en todas las enfermedades, antes de la recuperación hace falta una crisis. El sistema anterior de "chorro libre" no iba a ninguna parte y fomentaba la falta de optimización, solo se tapaban los problemas con más dinero. No tenía sentido que en una institución privada se hicieran cinco operaciones en el tiempo en el que en la pública se hacían dos. Por tanto, hemos ganado en la idea de optimizar con menos recursos, se han incor-

porado métodos más eficaces de gestión o al menos asumido esa necesidad.

¿Y qué otros cambios propondría un experto en Sanidad como

usted para mejorar el SNS?

La Sanidad tiene tres patas para resolverse. La primera es reconquistar la libertad del médico para ejercer su profesión con responsabilidad; la segunda es

La Sanidad tiene tres patas para resolverse: reconquistar la libertad del médico, del paciente, y la libertad de los que nos gobiernan



ENTREVISTA Miguel Carrero

la libertad del propio paciente, es decir, la libre elección a nivel nacional; y la tercera es la libertad de los que nos gobiernan, porque hoy están atrapados y no tienen libertad en lo que es su verdadero cometido, que es garantizar y controlar, no gestionar.

De hecho suele ser un ferviente defensor de la Sanidad privada, ¿por qué?

Porque es más imaginativa, más creativa, más resolutiva, etc. Pero aquí no hay Sanidad privada, en el sentido de que está muy mediatizada por la institución de la Sanidad pública, pseudouniversal, que obliga a que algunos tengan que pagar dos veces a la Sanidad. Tienen que ir a pagar una póliza de seguros que siempre les es gravosa, y las compañías están jugando a esa guerra de precios, y dan, desde mi punto, de vista una calidad que no se corresponde con lo que podría ser una buena Medicina. Eso está mediatizando todo. Pero los pacientes están contentos con la Sanidad privada a pesar de todo, y la mejor demostración es que los funcionarios públicos, que tanto apuestan por lo público, eligen la privada.

¿Habría entonces alguna forma de coger lo mejor de la pública y lo mejor de la privada y conjugarlo?

Conseguir la libertad, reglas de juego justas para unos y para otros, que haya libre competencia entre hospitales públicos y privados y que según lo resolutivo que se sea así se tengan los medios. Lo que se gestiona es de todos, lo menos que podemos pedir es que se gestione bien y que se nos rinda cuentas. No depender sólo de un voto cada cuatro años, que haya algo más.

Pasando a su labor dentro de PSN, ¿de

qué diría que se siente más orgulloso?

Del colectivo de mutualistas, que además tiene una gran empatía con la entidad. Es un colectivo que casi no nos lo merecemos, por eso seguimos trabajando para que sea así. El profesional, el compañero, está en el centro de toda nuestra atención, lo que ha generado que tengamos una empresa que yo considero modelo. Tenemos nuestros problemas y aspectos por mejorar y avanzar, pero creo que es una empresa para sentirse orgulloso. Para ello contamos con más de 600 trabajadores, y seguimos incorporando las mejores tecnologías, para mejorar la gestión de la administración. Ejemplo de todo este esfuerzo es que nuestros fondos de pensiones ocupan las tres primeras plazas en el ranking de fondos de pensiones de este país. Por último, está nuestro valor añadido, que es invertir en obras que beneficien a los asegurados, como escuelas infantiles, residencias, temas de calidad, proyectos de protección de datos, etc.

En su nueva estrategia están buscando ampliar la oferta para que el profesional no tenga que salir de PSN para ver todas sus necesidades cubiertas, ¿podría perfilar mejor cuál será esta nueva oferta?

Nosotros estamos convencidos de que lo que estamos dando lo estamos dando bien, por lo que el objetivo ahora es ampliar, para que el profesional encuentre aquí todas las soluciones posibles. Uno de nuestros estándares es la flexibilidad, conseguir hacer un traje a medida de cada mutualista según sus necesidades, y para poder lograrlo necesitamos una gama amplia de productos, teniendo en cuenta que contamos con 110.000 mutualistas.

Igualmente, se va a apostar por una mejora de la comunicación con los mutualistas y por una mayor cercanía con los mismos, ¿cómo va a hacerse?

La comunicación es uno de nuestros puntos fuertes, porque estamos ahí con los profesionales, pero siempre existe el riesgo de perder esa perspectiva cuando te sientas del otro lado, por eso es fundamental mantener el contacto. La clave es lo que recibimos de los mutualistas, poder tomarles el pulso y poder tener una comunicación directa con ellos de forma constante y permanente. En las asambleas, por carta, por redes sociales o por cualquiera de nuestros múltiples canales. La información es poder, y hay que estar suficientemente informado para poder hacer cosas y hacerlas bien.

¿Y el futuro? ¿Qué retos le quedan por delante a PSN? ¿Abrirse a otros perfiles de mutualistas?

Ya tenemos un grupo importante de profesionales no sanitarios, pero sí universitarios. Porque hay colectivos que están muy definidos, y entendemos que en el colectivo profesional son muchas más las cosas que nos unen, que las que nos separan. Algunos tenían mutualidad y otros no, y estamos con unos y con otros. Los retos de futuro pasan por profundizar en todas estas líneas.

Finalmente, tras las últimas noticias, PSN ha asumido los compartimentos de propósito especial para que sus mutualistas puedan recuperar el 100 por cien de sus seguros vinculados a Banco Madrid, ¿qué puede explicar al respecto?

Que con la recuperación de la totalidad de los fondos de inversión ponemos fin a una primera fase que ha supuesto cuatro largos meses de real conculcación de los derechos a la propiedad de nuestros mutualistas. Ahora se abre un nuevo escenario en el que tenemos el firme objetivo de conseguir que se reparen todos los daños causados ■

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Médicos

Farmacia

Enfermería

EQUIPO

Taller

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo





La innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario

Texto | Antonio Pais

Fotos | Fundación Bamberg



REPORTAJE

La innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario

Para gestionar la innovación es necesario innovar la gestión. O, lo que es lo mismo, la innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario. Esta es una de las principales conclusiones que ofreció el VII Encuentro del Círculo de Gestión Sanitaria, celebrado en el Hostal de los Reyes Católicos de Santiago de Compostela. La reunión estuvo organizada por la Fundación Bamberg y la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud (OEHSS), con el patrocinio de Boston Scientific. Las conclusiones del debate se integrarán en la publicación “Actas de Gestión Sanitaria”.

A la reunión de Santiago de Compostela acudieron destacados directores gerentes y directores médicos de grandes hospitales de tres comunidades autónomas españolas: Galicia, Asturias y Castilla y León. La consejera de Sanidad de Galicia, Rocío Mosquera, intervino en la clausura de la jornada, junto a Ramón Ares, director general de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (Sergas), del mismo modo que el gerente del Sergas, Antonio Fernández-Campa, lo hizo en la inauguración. En ambos casos, junto a representantes de la Fundación Bamberg: Ignacio Para (presidente); Salvador Arribas (secretario general) e Ignacio L. Balboa (patrono).

Durante la reunión, se pusieron de manifiesto los logros alcanzados en las tres comunidades autónomas representadas, tanto por los gestores, como por los clínicos, y el papel de la dirección médica como coordinador e integrador de las necesidades entre los diferentes servicios médicos y de dirección. Se trabajó en compartir las ideas y el papel que sobre la gestión de la innovación tecnológica ejercen los servicios centrales de las Consejerías o Servicios de Salud, la gerencia, la dirección Médica y las áreas de gestión clínica. Igualmente se analizó la conveniencia de convenios interhospitalarios, del establecimiento de centros de alta resolución, servicios compartidos como

redes radiológicas y laboratorios centrales, así como programas de atención como el Programa de Galicia de Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM), de gran éxito en esa comunidad y que se ha trasladado a otras.

La innovación se trata de modificar los productos que tenemos, o crear productos nuevos, y ponerlos en marcha, siendo capaces de imaginar nuevas formas de prestación sanitaria

redes radiológicas y laboratorios centrales, así como programas de atención como el Programa de Galicia de Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM), de gran éxito en esa comunidad y que se ha trasladado a otras. En el debate participaron, además: Eduardo García Prieto, director gerente del Servicio de Salud de Castilla y León; Francisco José Vilanova, gerente de Gestión Integrada de A Coruña; José Manuel González, gerente del Área de Gestión Integrada de Pontevedra y O Salnés; Luis Verde, gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; Francisco Soriano, gerente del Hospital General Juan Cardona de Ferrol (A Coruña); José Jolín, gerente del Complejo Hospitalario de Palencia; Montserrat García Castaño, directora médica del Complejo Hospitalario de Salamanca; Juan Luis Burón, gerente del Complejo Asistencial Universitario de León; José Manuel Vicente, gerente del Complejo Asistencial de Segovia; José María Nieto, gerente del Área Sanitaria de Arribas (Asturias); Carlos Prieto, gerente del Hospital de la Cruz Roja de Asturias; Alberto de Rosa, director consejero-delegado de Ribera Salud; y Paloma Beltrán y Sabiela Ojeda, de Boston Scientific.

Los dos temas fundamentales tratados en Santiago de Compostela fueron “La gestión hospitalaria de la innovación tecnológica de alta complejidad y coste” y “El

impacto económico y sanitario de la tecnología sanitaria en los hospitales”. La conferencia final de la reunión la ofreció Alberto de Rosa, y versó sobre “La gestión privada de hospitales públicos”.

El presidente de la Fundación Bamberg, Ignacio Para, recordó retos como la “desigualdad existente en el acceso a la tecnología sanitaria entre CC.AA, y también entre España y Europa, así como el envejecimiento de un sistema que se queda obsoleto, ofreciendo también una gran variabilidad. Esto quiere decir que habrá que dotarlo de suficiencia financiera para mantener un plan de renovación y actualización de la tecnología sanitaria, pero eso no será suficiente si no va acompañada por reformas del sistema”, indicó.

Antonio Fernández Campa incidió en la “especial apuesta” del Sergas por la renovación tecnológica y de equipamiento a través del diálogo competitivo y con los proyectos de innovación. “Algo fundamental dentro de los Servicios de Salud es mantener permanentemente una idea, innovar en tecnología y en procesos y adaptarse a los cambios”, apuntó.

Mucho más que máquinas

Eduardo García Prieto destacó la idea de que al hablar de innovación tecnológica “muchas veces pensamos sólo en máquinas, y la innovación abarca mucho más que eso”, y es que también se trata de modificar los productos que tenemos, o crear productos nuevos, y ponerlos en marcha, siendo capaces de imaginar nuevas formas de prestación sanitaria, mejorando su eficiencia y su efectividad.



El representante del Sacyl recordó que en todo momento está presente “el factor económico limitante”, y que lo más importante “no es integrar los recursos humanos o su gestión, o la gestión de compras, sino fundamentalmente integrar el proceso asistencial. Tenemos una muy buena AP, una muy buena Hospitalaria... pero siempre tenemos que estar tendiendo puentes, que a veces nos destruyen, para pasar de un nivel a otro. Creo que esto lo estamos tratando de hacer en todas las CC.AA: dar ese salto entre la accesibilidad y la seguridad en la atención”.

Todas las CC.AA, por ello, se centran en concentrar la complejidad en determinados dispositivos asistenciales, “aunque eso choca con el problema existente en los hospitales pequeños, en los que el desarrollo profesional exige tener acceso a estas nuevas tecnologías”, señaló García Prieto. Igualmente, explicó que las fórmulas cooperativas en Castilla y León se están encontrando muchas dificultades, ya que no trabajan de forma competitiva, uno contra otro, sino de forma cooperativa, llegando a establecer alianzas estratégicas. En el ámbito asistencial, lo que parece resultar más difícil es controlar el desarrollo de nuevas tecnologías en los centros, puesto que tal como matizaba dijo García

Prieto “es difícil saber si estamos consiguiéndolo, si prima la eficiencia”. Asimismo ponía el foco de atención en el problema de la necesaria puesta en marcha de los planes de renovación tecnológica en los centros. En este sentido, en Castilla y León, una iniciativa es la del concierto de máquinas, que funciona en cierto modo un alquiler de los equipos.

José Jolín Garijo apuntó que a veces “se da la innovación *per se*, porque el hospital de al lado tiene más”. Por otra parte, destacó la eficiencia y la innovación en los bloques quirúrgicos, insistiendo en que muchas veces lo que pretendemos es intentar solucionar la ineficiencia en los quirófanos aumentando su número. “Hay que preguntarse si estamos dando eficiencia con lo que tenemos, y es un problema de gestión”.

Normas de compra en los hospitales

En otro orden de cosas, los expertos abor-

daron la necesidad de crear cohesión en las actuaciones tanto de los hospitales, como de los propios profesionales. Para ello, José Manuel González, proponía “informar tanto al personal y a las casas comerciales, y también no comprar nada que no esté autorizado”. El ex consejero de Sanidad de Galicia destacó, en este mismo sentido, la problemática de la falta de planificación a la hora de introducir alta tecnología en el sistema sanitario, ya que “la alta tecnología no se introduce a veces en base a criterios asistenciales, sino políticos o de características propias de un lugar, lo que produce que aparezca alta tecnología en sitios con poca casuística y rentabilidad”.

José Manuel Vicente se preguntó “cómo se debe posicionar la Administración respecto a la innovación, porque lo fácil es decir que hay que potenciarla. Pero si estamos trabajando para evitar el sobre diagnóstico y el sobre tratamiento en muchas patologías, hay que ser conscientes de que la innovación es un peligro que nos acerca a esas cosas”.

Para explicar la situación de Asturias intervenía José María Nieto, que explicaba que en esta comunidad se presta apoyo a los hospitales comarcales, que “permiten

La alta tecnología no se introduce a veces en base a criterios asistenciales sino políticos, lo que produce que aparezca alta tecnología en sitios con poca casuística y rentabilidad

una mayor accesibilidad y, entendemos, una mayor equidad”. Así, se ha potenciado el trabajo en red sanitaria, con pactos de cooperación entre distintas áreas sanitarias. Nieto se centró en tres aspectos de la

innovación tecnológica: la vigilancia tecnológica (analizar los resultados en salud), la adquisición (valorar el coste de mantenimiento y la duración) y la generación de nueva tecnología (se encuentran dificultades de participación más activa en el desarrollo de tecnología o en instrumentos compartidos para ello con la



REPORTAJE

La innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario

Industria). “La innovación tecnológica debe ir acompañada de modificaciones en la propia organización”, puntualizó.

A esta misma idea, Juan Luis Burón apuntó que “si no se comparten situaciones, es muy complejo; todos los actores deben colaborar y mirar hacia la eficiencia, también la Industria: si no, el sistema es insostenible. Afianzar la innovación tecnológica pasa por acuerdos transparentes”.

Luis Verde, por su parte, compartió el concepto de la “innovación organizativa”, que es “barata, y puede ser extraordinariamente rentable”. Para que esto sea así necesario, en primer lugar, atreverse, y en segundo lugar, tener una estrategia organizativa. En esta misma línea defendió al profesional “con iniciativa, con inquietudes: gracias a esto prestamos una gran asistencia, la mayor parte de los grandes profesionales están en el sector público, y es por algo”. Y en innovación farmacológica y de herramientas terapéuticas, abogó por “buscar alianzas para hacerla efectiva”.

Montserrat García Castaño, recordó que la Medicina “va mucho más rápido que nosotros, lo que hace que la negociación con los profesionales sea cada vez más difícil”. Igualmente, veía necesaria la tecnología, que está “obsoleta” y debe renovarse, abogando por cambiar un modelo de gestión “agotado”.

Otra de las intervenciones la centró Francisco J. Vilanova, que destacó la importancia de que los servicios centrales sanitarios deban determinar “qué y cómo es la cartera de servicios de cada centro”. Para él, el marco de actuación entre la Industria y el SNS “debe ser mucho más claro, y con herramientas que nos permitan trabajar conjuntamente; el problema es que suele

aparecer la estructura jurídica que frena muchos proyectos. Y debe haber una financiación adecuada”.

Alberto de Rosa explicó que la innovación “va a seguir apareciendo a todos los niveles, y hay que convertirla en un servicio al ciudadano, hacerla sostenible”. A su juicio, “hay que replantearse muchas cosas del sistema, incluso la formación de nuestros médicos; y hay que buscar nuevas formas organizativas y alianzas”. Opinaba también que otro de los problemas es que seguimos con estructuras anticuadas, por presiones profesionales o políticas. “La Industria es una parte de la solución, no del problema”.

Desde el ámbito privado

Abordando esta idea desde el ámbito privado, Carlos Prieto, defendía en este foro que “un sistema organizativo distinto puede ser mucho más eficaz y eficiente”, haciendo ver las ventajas de una gestión privada sin ánimo de lucro y transparente, y sugiriendo que “el sistema público debería copiar sistemas de organizar procesos, aprendiendo también del privado”.

Francisco Soriano, por su parte, destacó la importancia de la Biotecnología y de la innovación de las organizaciones, y recordó que la gestión hospitalaria se basa en definir prioridades, que no son iguales en todos los hospitales. “En esas decisiones, el aspecto que nos condiciona es la política sanitaria: se debe mantener el equilibrio entre innovación, calidad y costes. Es básica una evaluación de la tecnología sanitaria”, apuntó.

Paloma Beltrán (Boston Scientific), como representante de la Industria, defendía el papel que debe la misma, convirtiéndose

en un “compañero de viaje”, sobre todo en “la toma de decisiones”. La experta continuó exponiendo que “todo lo que hacemos es coste-eficiente, tenemos que aprender a trabajar así, de lo contrario se nos vuelve en contra. Llevamos años tratando de poner en marcha procedimientos de colaboración público-privada, en los que encontramos todo tipo de resistencias, no por parte de los profesionales, ni de la Industria, sino por no encontrar la ventana donde encajar esa relación”. Por último, concluyó que “cuando nosotros desarrollamos y ponemos en manos de los profesionales una tecnología implantable ya hemos pasado muchos filtros. Aunque en los concursos públicos no se valora la eficiencia, ni tenemos dónde encajar esta parte de la información; y nos cuesta mucho sustituir innovaciones por familias nuevas sin modificar precios”, añadió.

¿Quién decide?

Los representantes de la Fundación Bamberg, Ignacio Para e Ignacio L. Balboa, lanzaron una interesante cuestión: en última instancia, ¿quién decide sobre la incorporación de tecnología sanitaria? Un ex consejero de Sanidad como José Manuel González respondió así: “Quizás habría que preguntarse antes quién debería decidir. Los gerentes son facilitadores de lo justo, de lo que funciona y no de cualquier cosa”.

González pidió una visión “menos localista y más generalista, más integradora con el sistema”. En su opinión “la implantación de nuevas tecnologías debe decidir la autoridad sanitaria máxima; cómo debería decidir es otra cosa: aquí sí que influyen las agencias de evaluación, los clínicos, la dirección médica... pero se trata de que decida quien tiene la capacidad de ver el sistema sanitario como un todo. Los clínicos tienen un papel importante, son agentes del sistema, pero no el sistema”, afirmó.

Con este aspecto tenía mucho que ver “El impacto económico y sanitario de la tecnología sanitaria en los hospitales”, la se-

CONCLUSIONES DE LA JORNADA

gunda redonda de la jornada, que presentó Francisco José Vilanova. Este explicó que en materia de evaluación “habría que proporcionar buena información sobre la eficacia, la seguridad, la calidad y la efectividad clínica de cada procedimiento, el coste efectividad y el impacto que la nueva tecnología puede tener en el hospital. Esta evaluación la tienen que hacer agencias especializadas, en contacto directo con los servicios centrales de los sistemas de salud, que son los que deben marcar la cartera de servicios; y se debe definir claramente la financiación y a quién se dota de esta”.

Las preguntas claves al introducir tecnología sanitaria son para el representante del Sergas: “qué impacto tiene en la salud de la población, quiénes se van a beneficiar de este impacto, a qué coste y qué alternativas existen a esa nueva tecnología”. Y después, “a nivel macro la autoridad sanitaria debe responder sobre prestaciones y financiación; a nivel de gestores de cómo introducirlo en cada centro; y a nivel micro, determinar qué paciente concreto avala la incorporación el que mejor, es el profesional sanitario quien mejor conoce esa tecnología”.

Antonio Fernández-Campa habló, por su parte, de la preocupación “por estar dotado del equipamiento necesario y la capacidad de evaluación correcta, para ver si en cada caso hay valor añadido o fascinación tecnológica”. Y otra clave a la que se refirió el gerente del Sergas es que los gestores sanitarios, en su actuación, deben considerar que con esta se realiza no sólo un gasto, sino una inversión en salud: “Probablemente, dentro del sistema sanitario no hemos sido capaces de convencer a los órganos financiadores de este punto”, dijo. Para Fernández-Campa, en todo caso, “es crucial la medición de ese impacto económico”; y se refirió a proyectos que se realizan en Galicia, como el “Innovasalud”.

José Manuel González se refirió en este punto al “problema creciente del ritmo

Las principales conclusiones de la jornada se pueden resumir en estos doce puntos:

1. La planificación de la incorporación de la alta tecnología debe ser global. Esta debe realizarse en base a criterios de evidencia científica, y en último término debe decidir la autoridad sanitaria competente.
2. Se debe invertir en aquello que aporta valor, y desinvertir en aquello que no lo aporta. De esta manera se obtienen recursos de lo accesorio para aplicar en lo importante.
3. Es necesario incrementar la utilización del equipamiento tecnológico, solventando su infrautilización actual.
4. Es necesario atender a la obsolescencia del equipamiento y su correcto mantenimiento, lo que conlleva atender la financiación necesaria para ello.
5. La innovación es una estrategia, por lo que a largo plazo debe considerarse como una inversión y no como un gasto y amortizarse a los largo de su vida útil.
6. Las empresas de tecnología sanitaria tienen que implicarse en los resultados de la utilización de esta (riesgo compartido).
7. Es necesaria la participación de las sociedades científicas en las agencias de evaluación de la innovación, debiendo haber una mayor presencia de clínicos en la gestión.
8. Se debe fomentar la colaboración entre la Industria, la Administración sanitaria y los ciudadanos con el fin de buscar la mejor eficiencia en el gasto y la excelencia en la asistencia sanitaria.
9. Es necesario dotar a los hospitales y a las áreas integradas de salud de herramientas de gestión que permitan una gestión más flexible y más eficaz.
10. Los procedimientos de contratación de los hospitales deben adaptarse a la realidad del sistema sanitario.
11. Es necesario desarrollar un nuevo enfoque en la gestión de los Recursos Humanos que permita incentivar y compensar los buenos resultados en salud.

Es necesaria una mayor transparencia informativa sobre recursos, actividades y resultados en salud.

vertiginoso al que crecen las nuevas tecnologías: la diagnóstica, pero también la farmacológica”. Si bien, seguramente se evalúa bien el impacto de la tecnología desde el punto de vista económico, “quizás no se haga tanto desde el punto de vista de resultados en salud; es una asignatura pendiente”, dijo, y planteó que sí ha avanzado en el trabajo conjunto entre los gestores y las empresas de alta tecnología, aunque pidió que estas “se responsabilicen un poco más de los resultados de esa tecnología, que haya más riesgo compartido y compromiso”.

Experiencias compartidas y reevaluación

El ex consejero de Sanidad veía más como “situaciones anecdóticas que reales” las experiencias existentes en materias como convenios interhospitalarios o riesgos compartidos, “lo que nos permitiría competir menos entre los hospitales e ir más a hacer cosas que beneficien a la población”. Y se refirió a los laboratorios centrales como “una aspiración que sí que tiene valor económico, ecológico y de resultados en salud”.



REPORTAJE

La innovación de la gestión tecnológica hace necesarios profundos cambios organizativos en el sistema sanitario

En este punto, José María Nieto reiteró la experiencia positiva que se está viviendo en Asturias. Y se apuntó a la defensa de que la evaluación es una cuestión “básica”, y que deben realizarla las agencias “pero también nosotros como servicio público, y hacerlo de forma ágil, eficaz y por medio de organismos que sean lo suficientemente independientes; que se retrase una decisión de las agencias por motivos administrativos es algo que debemos evitar”.

Ignacio Para se refirió a la “multitud de evaluaciones existentes (agencias, las 17 CC.AA, hospital, servicio...), con una presencia muy pequeña de verdaderos especialistas sobre lo que es esta evaluación. Las sociedades científicas están trabajando de forma paralela al propio sistema; y no se las puede excluir”. Y planteó la opción de que en las CC.AA se creara un fondo común para gastos de alto impacto. José María Nieto vio esta opción “muy interesante”, es decir, “crear una bolsa central en áreas, siempre controlando las indicaciones los médicos”.

El tema de la reevaluación fue el más debatido. “No es lógico volver a evaluar”, señaló Nieto, quien abogaba por “mejorar las alianzas en materia de evaluación. No es lo mismo evaluar sobre la calidad de un producto, que la evaluación sanitaria del impacto sobre la salud, de la relevancia clínica del coste-eficacia de un producto. Eso debería hacerse a nivel nacional, con decisiones vinculantes aceptadas por todas las CC.AA”. Y al mismo tiempo, “la innovación tecnológica, por volumen, si la centramos en un solo organismo, acabamos saturándolo: se puede repartir en distintas agencias, manteniendo criterios claros y homogéneos”.

Fernández-Campa reconoció el problema de que haya 17 agencias de evaluación, aunque apuntó al “camino ya iniciado por el Ministerio, en el sentido de que trabajemos las agencias en red, distribuyéndose entre las distintas CC.AA qué temas debemos evaluar cada una, para después



evaluar todas conjuntamente. Es un proceso largo y complicado, pero es el camino”. Y en materia de evaluación de medicamentos, abogó por ir hacia una mayor complicidad entre la Industria y los diferentes Servicios de Salud.

Respecto al fondo común, el gerente del Sergas indicó el riesgo de que se “rompiera la sensación de coste para quien toma la decisión de gasto. Para José Manuel Vicente, el fondo “rompería el actual sistema de financiación, sería muy complejo”, y José Jolin planteó el debate sobre qué consecuencias tiene la evaluación, porque “hay muchas cosas que todos estos años no se han hecho bien” y sobre “quién no debe evaluar”. Sabiela Ojeda apuntó que se debe “invertir en la innovación que genera valor, y desinvertir en aquello que no aporta”.

Colaboración público-privada

En la conferencia final, Alberto de Rosa se refirió a “La gestión privada de hospitales públicos”. De Rosa destacó que los recortes en el SNS, en estos años de crisis, se han realizado en tecnología, en gasto farmacéutico y en recursos humanos y ahora “nos encontramos con un sistema más envejecido, con menos apego por parte de ciudadanos y profesionales”.

Apuntó también que en todos los países se busca un sistema sanitario justo, universal; sostenible en el tiempo; y con una cada vez mayor nivel de especialización de los profesionales.

Para el director consejero-delegado de Ribera Salud, dentro de las reformas necesarias, la colaboración público-privada puede aportar muchos elementos de reflexión dentro del sistema público, cuyas necesidades de reforma serían fundamentalmente cuatro: incrementar la flexibilidad en los modelos organizativos, buscando nuevos modelos de financiación; cambiar la estructura de los recursos humanos: buscar que el profesional ese alinee con las mejoras en resultados de salud; utilizar herramientas del siglo XXI: sistemas de información compartidos o una red de servicios sociosanitarios; y movilizar todos los recursos, públicos y privados.

De Rosa realizó “recomendaciones”, producto de su experiencia en Ribera Salud. Estas pasaban lo fundamental del modelo de financiación capitativa; modelos de integración asistencial; sistemas de información integrados; cultura y objetivos compartidos, trabajo en red; modelos de gestión poblacional; y cambio de estructura organizativa, con el de los gestores como primer paso ■

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



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

Contacte con nosotros en:
gruposaned@gruposaned.com

Lyceum

www.lyceum.es



saned

GRUPO

www.gruposaned.com



El
sistema
sanitario
español
es demasiado
querido
para que se atrevan a
desmantelarlo

Manuel Huerta

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

Texto y fotos | Iñaki Alonso



“El sistema sanitario español es demasiado querido para que se atrevan a desmantelarlo”

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa), Manuel Huerta guarda una dilatada experiencia en labores gerenciales. Una trayectoria que le ha valido para testear el sistema sanitario en tiempos de bonanzas y en una época, la actual, de crisis económica. Desde hace años, es el director gerente de la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir, un ente que tiene entre sus cometidos la gestión de un nuevo modelo de centro: los Hospitales de Alta Resolución. En uno de ellos, el hospital de Utrera, nos recibe para hablar de la actualidad sanitaria y de su nueva función en Sedisa, la organización del Congreso Nacional de Hospitales que se celebrará en marzo de 2017 en Sevilla.

Desde que estalló la crisis se ha hablado machaconamente de que el sistema de salud no es sostenible, pero ¿es eficientemente gestionado?

Un matiz: el sistema es sostenible. Es un lugar común en el que no se reflexiona suficientemente. El Sistema Nacional de Salud y los sistemas sanitarios en el marco europeo no están inmersos en un debate de sostenibilidad. Es una palabra que ha tenido cierto éxito, pero no refleja bien la realidad. Digamos que suponer insostenible un servicio público sería tanto como que hubiera la posibilidad de que no existiera. Como no es sostenible, desaparece. Esto es una situación que desde ningún punto de vista es planteable. El problema no es si el sistema sanitario público es sostenible, sino saber cómo debe ser financiable. El problema no es, por tanto, de sostenibilidad, pues es decisión de un Estado el contar o no con él y eso hoy por hoy no se plantea. ¿Se plantea que la Policía sea insostenible? Lo que sí se puede debatir es la solvencia de los sistemas. Los sistemas tienen que ser

solventes, con la financiación necesaria para desarrollar sus objetivos de manera razonable. La pregunta es, por tanto, ¿cómo hacemos solvente al sistema?

Entonces, ¿por qué el criterio de sostenibilidad lo exhiben tanto las administraciones?

Es un término exitoso y se entiende mejor. Pero quería aportar este elemento, la solvencia, porque después de todo cuando hablamos de sostenibilidad del SNS estamos hablando de su solvencia.

Pues cambiemos de pregunta, ¿se camina hacia un sistema solvente?

Durante mucho tiempo, el sistema sanitario público en nuestro país ha ido creciendo en sus requerimientos económicos por encima del crecimiento del país. Es una realidad que no era incoherente con lo que sucedía con el resto de materias de España. Eso ha hecho que el sistema sanitario haya crecido hasta unas cotas que lo sitúan en uno de los sistemas con mejores prestaciones del mundo, con una cartera de servicios casi ilimitada y con una cobertura cuasi universal. Es un sistema realmente potente; la joya de la corona

del servicio público español. Pero llegó un momento en el que sufrimos un baño de realidad, cuando nuestro país dejó de crecer al ritmo que aparentemente venía haciéndolo. Y ahí nos planteamos todos cómo financiamos lo que debe seguir existiendo: el sistema sanitario, pero también el educativo, el de prestaciones sociales, la Justicia, el Ejército,... Y obligó a cada sector a

plantearse cómo seguir progresando. La solvencia del sistema se empequeñeció, no es la misma que teníamos, y eso ha obligado a lo que se ha llamado recortes. Efectivamente, son recortes sobre lo que veníamos percibiendo. Desde la crisis financiera, que hemos sufrido todos, el sistema sanitario está siendo financiado con una cantidad de euros menor que la que venía siendo habitual. Eso obliga a los administradores y a los directivos de las instituciones sanitarias a tomar decisiones que no son ni sencillas ni cómodas y que son impopulares en la mayoría de los casos. Se entra en el debates de la eficiencia: hacer lo mejor con el menor coste posible; debatiendo medidas de cómo podemos hacer para seguir haciendo lo que hacemos. Y son tan buenos los niveles de calidad que, incluso ajustando algo los ingresos, el ciudadano no tiene porqué notar prácticamente nada. Son elementos internos los que notan esa disminución. Es el caso de nuestros salarios, que han disminuido o

El problema no es si el sistema sanitario público es sostenible, sino saber cómo debe ser financiable. No en vano, los sistemas tienen que ser solventes, con la financiación necesaria para desarrollar sus objetivos de manera razonable

no han seguido creciendo, el hecho de que seamos más puntillosos con el uso de los materiales, que las plantillas ya no se modifiquen al alza tan alegremente o que la negociación colectiva esté a la baja. Además, lo notan los proveedores, que son presionados para conseguir una bajada de

precios ajustada a la realidad económica.

¿Ha habido una buena adaptación a este nuevo escenario?

Llevamos unos años de un incómodo replanteamiento del modo habitual de hacer las cosas, con sus ventajas e inconvenientes. Pero creo que este periodo doloroso



nos ha permitido replantear cosas de las que hemos aprendido más que menos. Hemos comprobado que era posible trabajar de una manera más eficiente, sin que se haya mermado las prestaciones del sistema ni se haya notado que lo hayan dejado abandonado. Hay elementos que se pueden mejorar, como que se ampliara la red de dispositivos, pero tenemos una red excelente. Siempre podemos tener un nuevo servicio, pero aunque tenemos una red que ya no se amplía, esta ya es tan completa que cubre todo el sistema. Por otro lado, sí que hay medidas que han afectado al cliente, como el copago farmacéutico, que es un elemento de debate político. Y con él, se ha impuesto por parte del Estado un modelo que ha afectado a una parte de la ciudadanía y no tiene un impacto grande en la financiación del sistema.

¿Cuál es el papel del gestor?, ¿ha habido un momento de llegar a ese reto de la solvencia?

La cosa pública tiene que ser gestionada y

governada por responsables públicos. Eso es de cajón. Lógicamente, al gestor le toca un papel que no es ni más ni menos incómodo que el del proveedor último de servicios, es decir, el médico en consulta o el cirujano en el quirófano,... todos tenemos esa dificultad y un compromiso con nuestros conciudadanos. Nadie duda de que esa microgestión que se hace en la consulta, de recursos y de clientes, lo desarrolla un profesional. Y cuanto más acusada sea la actitud profesional, más adecuada resulta la respuesta porque, a pesar de ser difícil, encuentra herramientas que no conseguiría alguien que no tenga ese mapa de competencias. Por supuesto, siempre gusta vivir más cómodo y se estuvo más cómodo en épocas de abundancia, pero ahora es cuando se notan los gerentes competentes. Y hay muchos en este país.

SEDISA siempre reivindica la profesionalización de los gestores, ¿una oportunidad para que las administraciones abran los ojos e incluyan a profesionales en estas tareas?

Cuando las cosas son más sencillas uno se puede permitir ciertos lujos. Pero cuando no lo son, no. Una de las cosas que a mi juicio han ocurrido en este periodo de menor solvencia es que todo el mundo, empezando por los altos dirigentes y terminando por el gran público en general, ha interiorizado con facilidad que es tan importante que el médico que atiende sea un profesional de reconocido prestigio como que lo sea el directivo sanitario. Es decir, todo el conjunto social está mucho más impregnado ahora con el hecho de contar con directivos con actitud acreditada en el mundo de la gestión de los servicios públicos sanitarios. En este momento, no creo que exista ninguna mesa de decisión política en el sector sanitario que no esté contemplando y analizando cómo seleccionar y mantener la competencia de los directivos sanitarios.

Como gestor, ¿cuáles serían las iniciativas que habría que llevar a cabo ahora que parece que se está viendo la luz al final del túnel?

Todo parece indicar que la bondad de los datos macroeconómicos muestra que la situación no es tan mala. Pero al igual que ocurre con el ciudadano común, desde que eso llega hasta que empieza a producir efectos de solvencia queda un rato, media todavía un camino. Me gustaría creer que la mejora de estos marcadores traerá consigo en un futuro una mejora de la solvencia del ciudadano y del servicio público esencial, pero eso hoy por hoy no es cierto. La solvencia de 2015 para el sistema sigue siendo mala, la de 2016 va a seguir siendo mala y desconozco cuál será el escenario para 2017. Aún no hay alegrías. El sistema sanitario no está disfrutando ni disfrutará en 2016, porque ya conocemos los PGE de 2016, y deberá seguir haciendo cosas para que la falta de solvencia siga sin afectar al producto sanitario, que es nuestro compromiso. La calidad del sistema se debe a que, a pesar de la disminución de la solvencia, el producto sanitario sigue siendo uno de los mejores del mundo; gracias, en primer lugar, al trabajo comprometido de los profe-



sionales últimos del sistema y, en segundo lugar, a la calidad de los directivos. Véase otros países de nuestro entorno, que no citaré, en los que sí se ha producido un empeoramiento del producto sanitario.

¿Ni peligra?

No peligra por dos razones: España no es tan débil como otros y el sistema sanitario es demasiado querido para que se atrevan a desmantelarlo. Y aunque no se consolidara la mejora económica, otras zonas del servicio público son las que tendrían que transferir recursos al sistema. La línea roja es que no afecte al producto, porque ni políticos ni profesionales ni ciudadanos permitirían que se traspasara esa línea. Y no se trata de los salarios de médicos o directivos o del precio del equipo de rayos, sino el producto sanitario.

Cuando habla de directivos, ¿se refiere sólo a los gerentes?

Los directivos del sistema son de dos órdenes. Uno de la entidad y otro los clínicos. Los directores clínicos son los responsables de las Unidades de Gestión, que son claves para llevar a cabo este reto y es necesario que jueguen en el mismo tablero. No hay diferencias; la única diferencia es de tamaño. Nuestro sistema, y llevo mucho tiempo para tener dudas, tiene un nivel más que competitivo con respecto al mundo sanitario planetario.

Ha hablado de 2015 y 2016 donde todavía no se espera mejoría. Entonces, no cabe duda de que en el 2017, año del Congreso Nacional de Hospitales que se celebra en Sevilla, será este el centro del debate.

Efectivamente, el Sistema Sanitario Públi-

co de Andalucía es el que va a albergar el Congreso Nacional de Hospitales, un evento de suma importancia que se celebra cada dos años y que se convierte en una gran oportunidad. De hecho, nos va a permitir abordar en marzo de 2017 asuntos capitales. Habrá que hacer un ejercicio de anticipación de lo que creemos que va a ser lo importante de la gestión

En este momento, no creo que exista ninguna mesa de decisión política en el sector sanitario que no esté contemplando y analizando cómo seleccionar y mantener la competencia de los directivos sanitarios

sanitaria en este país en esas fechas; pero no es difícil intuir que vamos a tener que hablar de financiación, de la experiencia de nuestros clientes en el servicio público y de la mejora aún más nítida de la competencia y actitud profesional de los directivos. Igualmente, va a estar el debate de la esperanza de vida, que nos conduce a que el tipo medio del ciudadano que usará nuestros servicios será pluripatológico, que tiene enfermedades crónicas.

¿El sistema está preparado para recibir esa ola de cronicidad?

El sistema ha superado el problema del paciente agudo. Hemos alcanzado un nivel de excelencia fuera de lo normal. El problema quirúrgico y el problema traumático están solventados. Pero nos ha sorprendido la realidad en la que los ciudadanos no son personas que requieran intervención de un problema agudo, sino gente añosa, que tiene tres o cuatro enfermedades diagnosticadas, que toman tres o cuatro medicamentos de manera crónica y que no requieren de alta tecnología ni de quirófanos robotizados, que es lo que actualmente vende. Nuestro problema son las miles de personas mayores que van pasando de consulta en consulta sin que nadie le haga un análisis global, porque lo ve el endocrino, el traumatólogo,... y cada uno le manda lo suyo y al final está perdido con un saco de pastillas. El sistema sanitario actual nos

permite vivir mucho más y eso trae nuevas situaciones. No sé cómo quedará formulado el congreso, pero de reordenación hacia el paciente crónico seguro que hablaremos, al igual que de la profesionalización de la función directiva y del empoderamiento de nuestro clientes, y de que la experiencia de atención vaya incrementándose al igual que se incrementa el éxito clínico. El ciudadano se tiene que sentir cómodo, que le traten con respeto, que velen por su intimidad con sus familiares y amigos,... todo ello tiene que ver con la experiencia clínica. Estos son los retos, a expensas de lo que pase de aquí a 2017.

Como responsable de Hospitales de Alta Resolución, ¿cómo va funcionando este nuevo modelo?

Es una apuesta peculiar del sistema sanitario público de Andalucía, que incluso hay otras CCAA que están interesadas en copiar. Va camino de ser un producto en expansión. El Hospital de Alta Resolución es un nuevo tipo de hospital, que no tiene nada que ver con el comarcal pequeño. Nace para cumplir tres objetivos. Primero, el de tener una herramienta que permita seguir expandiendo la prestación a expensas de la disponibilidad económica. La red de hospitales no va a pasar por ampliar el número de hospitales comarcales, regionales o de especialidades. Ese mapa ya está cerrado. Andalucía ya no necesita más hospitales así. Pero, sin embargo, la expectativa ciudadana es que los servicios sanitarios estén más cerca de los grandes núcleos demográficos. Si la única herramienta que tiene a su disposición esa expectativa es un hospital enorme, carísimo, sin pacientes suficientes, la expectativa nunca se cumple. En segundo lugar están las características demográficas de la propia comunidad autónoma. Andalucía está basada en una amplia existencia de ciudades medias, no en el concepto de megaciudades; esa es la política emprendida desde hace 30 años. Esto implica que esas ciudades medias tengan servicios que fijen la permanencia en el territorio, desde el punto de vista deportivo, educati-



vo, social y, cómo no, sanitario. También el Hospital de Alta Resolución es una herramienta con esa apuesta demográfica. Y, en tercer lugar, entendemos o presuponemos que este tipo de hospitales consigue mejorar la experiencia clínica de los pacientes, porque su tamaño hace que la personalización del tratamiento sea más sencilla y no se pierden en los pasillos kilométricos de un macrohospital. La organización de estos centros parte de la base de que el tiempo de nuestros pacientes es tan importante como nuestro tiempo. Eso no se ha tenido en cuenta en la red convencional y el paciente va un día y otro también al lugar para pruebas. Su tiempo también es importante. La opción organizativa es que todo lo que se pueda hacer se haga en un mismo día en el Hospital de Alta Resolución y que, cuando el paciente salga, tenga o una estrategia terapéutica o una cita para operarse.

¿Hasta qué punto un Hospital de Alta Resolución tiene la prestación de un macrohospital?

Estos hospitales tienen como vocación dar respuesta al 85 por ciento de lo que es posible hacer en un hospital. El resto no se puede hacer aquí, sino en los hospitales convencionales. Esto es mucho. El proyecto completo contempla 22 centros. La mitad está en alguna fase de desarrollo y la otra le pilló de por medio la crisis de solvencia. En el mundo anglosajón se llama de otra manera, 'Hospitales de Proximidad', pero nosotros nos decidimos por 'Hospitales de Alta Resolución' para intentar poner en valor lo más novedoso: el compromiso con el tiempo de los pacientes.

Hay algunos hospitales, como este de Utrera, que ya tienen una experiencia de

años, ¿cuál es el balance inicial de los centros de Alta Resolución?

Estos hospitales están acreditando unos resultados extraordinarios. En indicadores asistenciales están situados en el top del sistema sanitario andaluz, desde el punto de vista de la satisfacción de los usuarios están en el top top y desde el punto de vista de los costes están en el top top top también. (Sonríe) Digamos que es muy difícil poner en cuestión que el futuro de la expansión hospitalaria no sea con instituciones de este tipo. Otra cosa es que te enfrentaras a una comunidad que no tenga completa la red de hospitales convencionales. Puede que en alguna CCAA no esté bien terminada, pero en Andalucía sí lo está y con 35 hospitales públicos ya no cabe ni uno más. Pero la ciudadanía no debe perder la expectativa de tener un dispositivo hospitalario más cercano. La única condición es que el 15 por ciento se siga tratando por la red convencional. Mi convicción, y por eso estoy en este proyecto, es que este es el futuro del sistema hospitalario y que se terminará consolidando, no solo en Andalucía sino en el resto de nuestro Estado. Pero eso depende de la oportunidad de ser solventes. Es ideal tener en tu pueblo un hospital de Alta Resolución. Sí. Es necesario. No. Los vecinos de Utrera estarían tratados con la misma calidad asistencial con este hospital o sin él. No tienen más derechos sanitarios, lo que ha mejorado es su experiencia clínica ■

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





El
directivo
tiene que ser un
facilitador
de las innovaciones, y un
motivador
de los profesionales

Marta Aguilera

Ex presidenta de la SEDAP

Texto  Silvia C. Carpallo



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Marta Aguilera

“El directivo tiene que ser un facilitador de las innovaciones, y un motivador de los profesionales”

Los días 24 y 25 de septiembre, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) celebra el IV Symposium Internacional de Gestión en Atención Primaria en Madrid, que contará con la participación de diversos expertos a nivel nacional e internacional. Marta Aguilera, ex presidenta de la sociedad, analiza en una entrevista en EL MÉDICO los temas más destacados.

¿Qué podremos encontrar en este “IV Symposium Internacional de Gestión en Atención Primaria”?

Se trata de una jornada de intercambio de experiencias con otros países europeos. Los temas que componen el programa son básicamente las líneas de actuación que la SEDAP viene desarrollando a lo largo de los últimos 6 ó 7 años. En primer lugar, todo lo relacionado con la cronicidad, asunto sobre el que nosotros hemos venido haciendo informes en los que se ha analizado el papel de Atención Primaria, la reorganización de los hospitales, sobre la integración asistencial, y, por último, hicimos un documento de consenso sobre estrategias de gestión de pacientes crónicos. Con lo cual, el objetivo de la jornada es establecer el intercambio de proyectos, y ver hasta qué punto está habiendo experiencias sobre estos temas y su desarrollo, no sólo en España, sino también a nivel europeo. Comenzaremos con una conferencia inaugural que dará Rafael Bengoa, que en su etapa como consejero de Sanidad del País Vasco fue uno de los pioneros en el abordaje de la cronicidad, y ya es conocido por todo el mundo. Él será quien nos hable sobre financiación y modelos de asistencia.



¿Y qué novedades existen en cuanto a financiación?

En cuanto a la financiación de la Atención Primaria, se ha elaborado un documento por parte de la Unión Europea el año pasado. En el mismo, se revisaron las financiaciones de los diferentes países europeos, y se encontró que había diferencias en cuanto a equidad y acceso a los servicios sanitarios, que son criterios de la financiación, así como los distintos modelos retributivos. Hay países que están pagando por capitación, ajustada o no ajustada. Otros por actividad, por servicios prestados. Igualmente está el modelo de “*pay for performance*”, es decir, por el rendimiento, y la conclusión que saca la UE es que en todos ellos hay ventajas y desventajas; que no hay un modelo ejemplar. La recomendación, por tanto, fue seguir investigando y apostar por un modelo mixto como puede ser capitación y pago por rendimiento. El docu-

mento hace hincapié en ligar las retribuciones al cumplimiento de objetivos, y especialmente a resultados en salud. Sin embargo, hay que ser consciente de la complejidad de obtener resultados en salud.

Eso en cuanto a financiación, ¿y en cuanto a asistencia?

Hay diversos modelos asistenciales. Los más recientes intentan evitar la fragmentación entre Atención Primaria y Hospitalaria. Hay modelos de integración estructurales, y hay otros con una integración asistencial que lo que buscan es que esa integración sea más de la parte clínica que de la parte de gestión, o sea, una integración de cuidados, que es lo que también llamamos gestión por procesos. No hay unos modelos mejores que otros, realmente depende de la propia organización, es decir, de su historia, su estructura, etc. Con lo cual está por ver cuáles

son aquellos más convenientes. Sí que está claro que todo aquello que sea integración asistencial clínica ya está teniendo buenos resultados, como la disminución del número de ingresos innecesarios o de visitas a urgencias, entre otros.

Si esa es un poco la situación europea, ¿cómo se encuentra España respecto a otros países en ambos aspectos?

Lo que ocurre en España es que tenemos una variedad de modelos según las diferentes Comunidades Autónomas. Hay autonomías que apostaron en su día por hacer integraciones estructurales, y otras que están teniendo algunas experiencias piloto, y en todas se han implantado experiencias de integración asistencial clínica por cuidados. En este sentido, las experiencias también son diferentes. Hay CC.AA. que siguen con el modelo de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, e intentando llevar a cabo esta integración asistencial clínica, y otros están haciendo una integración más vertical.

Ya llevamos años con estos modelos, ¿pero se sabe cómo han funcionado?

SEDAP realizó un informe en 2010, en el cual preguntamos tanto a los profesionales, a través de las sociedades científicas, como a los gestores y a los políticos que habían apostado por este modelo. De hecho este será otro de los temas clave de la jornada, más concretamente de la se-

El núcleo de todas las estrategias son tres pilares, fomentar el paciente proactivo, evitar la fragmentación en la atención sanitaria, e intentar que la organización tenga las herramientas adecuadas

gunda mesa, en la que la idea a resaltar es la necesidad de hacer más evaluación. Hay que evaluar, es necesario que todos los cambios e innovaciones pasen por un proceso de evaluación y monitorización para saber si tiene beneficios en salud para los pacientes y para la orga-

nización sanitaria. Pese a ello, después de 6 ó 8 años, que es lo que lleva instaurándose este modelo de gestión integrada, desconocemos en la gran mayoría de comunidades si se ha hecho esta evaluación. La única que conozco, que se publicó el año pasado, y que se centra en la evaluación de las organizaciones sanitarias integradas enfocado, solamente a la cronicidad, es la del País Vasco. Lo que pasa es que en este caso la experiencia llevaba sólo dos años y se llegaba a la conclusión de que era

poco tiempo para saber si estas medidas estaban evitando la fragmentación y dando más calidad en la atención de los pacientes crónicos. Evaluar no es fácil, tiene limitaciones y tiene sus posibles sesgos, pero eso no quiere decir que no tengamos que empezar esta andadura, aunque haya que ir poco a poco, porque es algo necesario para poder tomar decisiones.

Intervendrá Pepe Conde, que es la persona que inició las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias en España.

Centrándonos precisamente en la cronicidad, este será otro de los temas del

simposium, ¿qué nuevas perspectivas van a abordarse?

Pues enlazando con la integración asistencial, esta está totalmente vinculada con los pacientes crónicos. En este caso, lo que

hemos preparado es que venga un representante de la Organización Mundial de la Salud, para hablar de las recomendaciones sobre la integración asistencial. También veremos experiencias en Suecia y en Italia. Al final todos los temas, cronicidad, integración asistencial y e-

health están muy relacionados.

Otro de los temas serán las nuevas estrategias para crónicos, en las que en España cada CC.AA. ha perfilado su propio modelo, ¿por qué nos hemos puesto de acuerdo en una única estrategia y qué diferencias hay realmente entre unas y otras?

En el fondo no hay diferencias importantes, lo que pasa es que algunas estrategias están más enfocadas hacia ese paciente complejo pluripatológico, que también es el que más recursos consume, y que más preocupa en época de crisis. Otras estrategias, por ejemplo, han puesto más énfasis en la promoción y prevención de la salud, también dependiendo un poco de la situación de cada CC.AA. Pese a todo ello, el núcleo de todas las estrategias lo forman esos tres pilares que son el activar al paciente, es decir, un paciente implicado en su propia atención; evitar la fragmentación en la atención sanitaria; y por último intentar que esa organización tenga las herramientas adecuadas.

¿A veces es más fácil ponerse de acuerdo entre países europeos que entre CC.AA.?

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

Cuanto más próximo se está se discuten criterios más específicos, como los referentes a profesionales, la población a la que se atiende, la organización asistencial, etc., con lo cual ese intercambio es más complejo por esos detalles y esas especificaciones. Pese a ello, ese intercambio es necesario, precisamente porque tanto la literatura nacional como internacional nos dice que no hay un único modelo, sino que hay que coger lo mejor de cada uno. En España, la AP es un modelo muy consolidado desde los años 90. Lo que creemos es que ahora hay que fortalecerla, al igual que están haciendo otros países. Porque precisamente en todo el tema de cronicidad la AP va a ser la clave, no solo para la integración de la atención en el ámbito sanitario sino con el ámbito social.

De hecho, pese a que muchas consejerías se pusieron el apellido de "socio-sanitaria", esta idea está más en la teoría que en la práctica, ¿qué opina al respecto?

Hay experiencias de relación sociosanitaria, y además es algo que progresivamente se tiene que poner en marcha. Son dos mundos que se tienen que unir para el tratamiento de muchas enfermedades, pero sobre todo en el abordaje de la cronicidad, para dar contestación adecuada a las necesidades que tienen los ciudadanos.

Ese es otro de los grandes temas, ¿será la gestión clínica una auténtica realidad?

El concepto de gestión clínica es el de llevar las buenas prácticas clínicas con un uso adecuado de recursos, y eso realmente es algo inherente a la profesión médica y al resto de profesiones sanitarias. También es verdad que hay que promover la innovación, es decir, hay que dar la oportunidad a los profesionales de que puedan innovar y para ello hay que darles flexibilidad. Por ejemplo, no es lo mismo la atención de un medio urbano a un ámbito más

rural; no es lo mismo atender a una población envejecida que a una población más joven, por lo que los profesionales deben tener flexibilidad en la organización de los servicios para adecuarse a las necesidades de los ciudadanos y dar mejor atención. Eso es lo que nos están pidiendo los profesionales, más capacidad de toma de decisiones, y de ahí viene todo el tema de gestión clínica. Es decir, más en el sentido de que se les permita tener una mayor autonomía de gestión, y que realmente ellos participen en la organización. Ese es el enfoque que hay que dar. Pero también tiene que cambiar el gestor. El directivo tiene que ser un facilitador de esas innovaciones, y un motivador de los profesionales.

Para todos estos temas, es necesario ese avance en la e-health, otro de los contenidos que saldrá en este simposio. ¿La e-salud es otra de esas cosas que está más desarrollada en la teoría que en la práctica?

Hay algunas iniciativas que ya están en marcha, como la historia clínica digital y la receta electrónica, donde ha habido grandes avances. España ha sido líder en estos dos proyectos, que son dos pilares en el avance tecnológico. Donde hay que avanzar ahora es en el terreno de la telemedicina, en el que también está empezando a haber experiencias. Me refiero a esa comunicación con el paciente, bien sea telefónica o a través de estas tecnologías, que también sirve para que el pro-

pio paciente, y su entorno, esté inmerso en su propio proceso de autocuidado. Igualmente para una mejor coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Centrándonos un poco ahora en SEDAP, ¿además de este simposio tiene otros trabajos a nivel internacional?

Somos una sociedad pequeña, de unos 800 socios en España y estamos desarrollando estrategias como las que he comentado, en las que lo principal es definir cuál es el papel que debe jugar la AP dentro de la organización sanitaria. Nos relacionamos sobre todo con otras sociedades clínicas de AP, en grupos de trabajo o para la elaboración de informes, y también con sociedades de Atención Hospitalaria, porque los hospitales siguen estando enfocados a pacientes agudos, y lo hacen muy bien, pero también hay que buscar respuesta a la patología crónica, y es necesaria esa reorganización de la atención hospitalaria. Esta reorganización también se está planteando en otros países, pero se necesita tiempo para que todo esto se materialice. Por eso, a nivel tanto nacional como internacional, nuestro fin es poder llevar adelante estudios, realizar recomendaciones que pueden ser de utilidad para el sistema sanitario y potenciar intercambios de conocimientos y experiencias. A nivel más internacional, la única actividad que realizamos es precisamente este simposio que hacemos con periodicidad bienal ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti





El verano que cambió la foto del Consejo Interterritorial

El periodo estival sanitario ha estado marcado por una intensa actividad política tras la profunda renovación en las consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas: ese cambio se plasmó en la reunión del Consejo Interterritorial del SNS que se celebró el 29 de julio y que tuvo como punto central la inclusión de la vacuna de la varicela en el calendario vacunal; una polémica, la de la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares, rodeó el CISNS y quedó sin resolver: se tratará en otra reunión del Consejo el 2 de septiembre. La presentación de los Presupuestos Generales del Estado, los “cambios inminentes” que Sanidad adelantó que se introducirán en el Real Decreto de Troncalidad, la nueva presidenta del CNECS o la renovación de los Estatutos de la OMC fueron otras cuestiones destacadas en el verano de 2015.

Texto | Antonio Pais



REPORTAJE

El verano que cambió la foto del Consejo Interterritorial

El 29 de julio el Ministerio de Sanidad y los máximos representantes sanitarios de las comunidades autónomas se reunieron en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), y más allá de la importancia que siempre tienen los temas a tratar (el debate sobre la vacuna de la varicela, la financiación en hepatitis C, el RD de Gestión Clínica o la atención en las CC.AA. a los “sin papeles”), la gran noticia quedó plasmada en la “foto de familia” de la reunión: en esta se reflejaba por primera vez el profundo cambio que dejaron en una mayoría (14) de las Comunidades las elecciones autonómicas del 24 de mayo; cambio en forma de caras nuevas de los consejeros y, también, en su signo político.

Tras las elecciones, y en el mes que precedió a la reunión del CISNS, se fueron produciendo los relevos en el cargo de consejero de Sanidad en las diferentes CC.AA. En Asturias el cambio no fue de signo político: el médico Francisco del Busto (PSOE) relevó a Faustino Blanco, del mismo partido. En Baleares, la presidenta socialista Francina Armengol nombró consejera de Salud a la enfermera Patricia Gómez, quien releva a Martí Sansaloni. En la Comunidad Valenciana, también con Gobierno socialista, la nueva consejera es Carmen Montón, licenciada en Medicina. En la Comunidad de Madrid sigue gobernando el Partido Popular, pero también hay nuevo consejero: el médico y enfermero Jesús Sánchez Martos.

También nombraron nuevos consejeros de Sanidad Aragón (el médico Sebastián Celaya, PSOE); Castilla-La Mancha (el médico Jesús Fernández Sanz, PSOE); Cantabria (la doctora María Luisa Real, PSOE); Murcia (la catedrática en Genética Médica y pediatra, Encarna Guillén), Extremadura (el médico José María Vergeles, PSOE); Canarias (el médico, especialista en Neurocirugía, Jesús Morera); La Rioja (la ingeniera de montes

María Martín Díez de Baldeón sustituye a José Ignacio Nieto); y Navarra (Fernando Domínguez).

La excepción a tanto cambio, ya sea de color político o de consejero, la personifica el médico Antonio María Sáez Aguado, que se mantiene en el cargo en Castilla y León con el Gobierno del PP. Y Aquilino Alonso ocupaba la Viceconsejería de Salud en Andalucía y reemplazó en la en la Consejería a María José Sánchez Rubio. A la reunión del CISNS también acudieron los consejeros que siguen en Galicia (Rocío Mosquera), Cataluña (Boi Ruiz) y País Vasco (Jon Darpón), Comunidades donde no se celebraron elecciones.

La reunión del CISNS... y otra en septiembre

Antes de la reunión del Consejo Interterritorial, el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, había anunciado su intención de que en él se aprobara la inclusión de la vacuna de varicela en el calendario vacunal para que su uso se financie durante la primera edad pediátrica; y en el Congreso adelantó que estaba “muy avanzado” el acuerdo con las comunidades autónomas para la atención a personas inmigrantes en situación irregular en España en los servicios de Atención Primaria. Los consejeros de las comunidades autónomas gobernadas por el PSOE destacaron que iban a pedir la derogación del RD 16/2012 y el retorno a la universalidad de la atención.

En la reunión, Sanidad y las CC.AA. acordaron “por consenso” la propuesta del Ministerio de Sanidad de financiar la vacuna de la varicela a edades tempranas, en una primera dosis a los 12-15 meses y una segunda a los 3-4 años, y no sólo a los niños de 12 años que no hayan pasado la enfermedad como hasta ahora. La vacuna de la varicela comenzará a administrarse, de forma gratuita, en bebés a partir de 2016.

Respecto a la financiación de los tratamientos contra la hepatitis C, Alonso informó de que próximamente se va a realizar la facturación de los mismos y ha trasladado a las Comunidades el compromiso del Ministerio de Hacienda de financiarlos.

En la reunión también se aprobó el proyecto de orden ministerial sobre precios de referencia de los medicamentos, con el que se prevé un ahorro de 91 millones de euros; o el Real Decreto de Gestión Clínica, que da más “protagonismo” a los profesionales sanitarios y aportará “mejor eficiencia” al sistema. Y otros reales decretos que regulan el Fondo de Garantía Asistencial y el Fondo de cohesión sanitaria. Igualmente, se informó de que la lista de espera quirúrgica fue de 511.923 personas en 2014, un 11 por ciento menos con respecto a 2013. En cuanto al tiempo de espera para la consulta del médico especialista, la demora apenas se ha reducido en dos días de media con respecto al año anterior (de 67 días 65).

El consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, José María Vergeles, planteó la propuesta de devolver las competencias vacunales al Ministerio de Sanidad, “de donde nunca debieron salir”. El consejero de Salud de Cataluña, Boi Ruiz, desveló días después que en la reunión del CISNS varias comunidades autónomas pidieron al Gobierno que recuperara algunas de sus competencias de Sanidad para no tener que hacerse cargo ellas.

La solicitud de las Comunidades con gobierno socialista de que se derogase el RD 16/2012 se trató en el turno de ruegos y preguntas. Y quedó pendiente la cuestión de dar una respuesta común al problema de la exclusión de la tarjeta sanitaria para los inmigrantes ilegales. Este debate presidió el mes de agosto. Con una cierta “rebelión” de las CC.AA. (y alguna de ellas gobernada por el PP, como la de Madrid), que se mostraron dispuestas a dar atención a los “sin papeles”. El presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, y Alfonso Alonso coincidieron en la necesidad de alcanzar una postura común, en este aspecto, en el territorio español.

Y con el objetivo de alcanzar un modelo de asistencia único, "sin volver al turismo sanitario", como especificó Alonso, se convocó la Comisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial el día 2 de septiembre. El ministro aboga por "armonizar" la atención sanitaria a los inmigrantes "sin papeles" en todas las comunidades autónomas y por ello quiere crear un registro que dará derecho a un documento acreditativo que certifique que el colectivo puede recibir Atención Primaria, "pero en ningún caso ese documento será una tarjeta sanitaria".

Desde el PSOE su secretario general, Pedro Sánchez, insistió en reclamar la derogación del RD 16/2012 y recuperar la universalidad de la Sanidad pública; el partido socialista aseguró que en las CC.AA. donde gobierna se atenderá a los inmigrantes irregulares. Por su parte, ONG y sociedades médicas como semFYC o SESPAS se manifestaron en el Ministerio para pedir lo mismo: reformar el RD y restituir la universalidad del SNS, y recordaron que 2.000 profesionales ya integran la red de objeción de conciencia para atender a inmigrantes.

Historia única socio-sanitaria y PGE

Por otra parte, las CC.AA. integrarán la información clínica y social de sus pacientes en una única historia socio-sanitaria. Este es uno de los objetivos planteados por el Ministerio de Sanidad en el primer borrador de la Estrategia de Atención Socio-Sanitaria, con la que el organismo de Alfonso Alonso busca un "pacto" que desarrolle y consolide la integración de ambos sistemas. El Ministerio propone que la integración de datos se complete con la creación de un único código de identificación socio-sanitario para cada ciudadano, que proponen que sea el código de identificación personal que se usa en la tarjeta sanitaria.

En cuanto a la cartera de servicios, la Estrategia aclara que "no se trata de crear nuevas estructuras sino de utilizar de forma eficiente los recursos existentes más adecuados", según las necesidades de la persona y coordinando el ámbito social y sanitario.

Entre las prioridades deben estar ofrecer un enfoque preventivo de la dependencia y primar el mantenimiento del usuario en su entorno frente a la institucionalización, potenciando por ejemplo la asistencia domiciliar y la atención clínica y farmacéutica en entornos residenciales.

En agosto se conocieron los datos de los Presupuestos Generales del Estado para 2016. El total de créditos previstos en la política de Sanidad en ellos asciende a 4.001,62 millones de euros, lo que representa un incremento del 3,6 por ciento respecto al ejercicio anterior, que será destinado a programas sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como de sus organismos autónomos de carácter sanitario y los realizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

En este sentido, los créditos asignados al Ministerio, a la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y a la AEMPS, dentro de la política de Sanidad, ascienden a 168 millones de euros. En términos homogéneos, eliminando la centralización de aprovisionamientos en la sección 31 y los créditos del Fondo de Cohesión Sanitaria desconsolidados, al destinarse a atender obligaciones de ejercicios anteriores, el presupuesto en esta política crece un 3,2 por ciento respecto a 2015.

En el marco competencial del Ministerio destacan las Estrategias de Salud, que cuentan con una dotación de 3,44 millones de euros; el fomento de la donación y el trasplante de órganos así como la mejora de los Sistemas de Información Sanitaria (3,37 millones); o el desarrollo de sistemas públicos digitales y otros desarrollos de aplicaciones digitales en el ámbito sanitario, dotados con 4,76 millones de

euros. El volumen más importante de recursos de política corresponde a las entidades que conforman el Mutualismo Administrativo, que asignan a la asistencia sanitaria de su colectivo un total de 2.164,04 millones de euros (+3,5 por ciento).

Otros datos: el Gobierno destina 20 millones a productos farmacéuticos para tratar a presos contagiados de hepatitis C; también, 272,13 millones a investigación sanitaria; y asciende a 317,21 millones el presupuesto destinado a la Secretaría General de Sanidad y Consumo.

Entre las críticas recibidas a los PGE, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) advirtió de que la partida para Sanidad continúa con una "insuficiencia notoria" porque, a su juicio, le "impide" realizar cualquier tarea de "cohesión y eliminación de las desigualdades". Y el PSOE y UPyD urgieron a Alonso a explicar en el Congreso por qué se ha liquidado el Fondo de Cohesión Sanitaria.

También en agosto se hicieron públicos los datos del Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): la Sanidad está entre los cinco problemas más importantes para los españoles, crece seis décimas y se sitúa en el 11,8 por ciento.

Con el objetivo de alcanzar un modelo de asistencia único se ha convocado la Comisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial el día 2 de septiembre

Cambios en el RD de Troncalidad y en el CNECS

En julio, en el marco de las IV Jornadas CEEM 2.0, el director general de Ordenación Profesional del Ministe-

rio de Sanidad, Carlos Moreno, anunció "cambios inminentes" en el art. 35 del Real Decreto de Troncalidad. Moreno explicó que dichos cambios tienen que ver con la elección de la plaza de tronco y especialidad, una de las principales demandas que los estudiantes de Medicina han venido reclamando desde la entrada en vigor de dicho RD.



REPORTAJE

El verano que cambió la foto del Consejo Interterritorial

Como informó el representante ministerial, lo que se ha decidido es unificar el procedimiento de elección de plaza tanto de tronco como de especialidad, para las especialidades troncales y no troncales, donde ya existía, de tal manera que ambas se elegirán en una única fase antes de iniciar el periodo formativo. La vía planeada, finalmente, para agilizar dichas modificaciones, como apuntó Moreno, va a ser el futuro RD que regulará los registros de profesionales de los Consejos de Colegios Profesionales, evitando así, según señaló, "tener que esperar a la aprobación definitiva de la Ley Orgánica del Poder Judicial".



El representante ministerial se refirió a los cambios en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), con la renovación de la presidencia, hasta ahora a cargo del profesor Alfonso Moreno, así como el resto de miembros de la Comisión Permanente, además de la constitución de las nuevas Comisiones Delegadas de Tronco. Estas van a ser las encargadas de la elaboración de los programas oficiales de los cinco nuevos Troncos de la Formación Especializada, y de cuyo trabajo va a depender el de las Comisiones Nacionales de las Especialidades, para que una vez conocidas las competencias transversales que están en el tronco, se revisen todas las competencias del periodo específico de cada especialidad, así como la acreditación de las futuras Unidades Docentes Troncales.

En efecto, la doctora Pilar Garrido, que desde 2011 formó parte de la Comisión Nacional de Oncología Médica, resultó elegida presidenta del CNECS. "En el Consejo tenemos por delante el reto del desarrollo de la Troncalidad, la elaboración de las competencias transversales y

la adecuación de los programas formativos conforme a la complejidad de la práctica de las distintas especialidades, señaló Garrido, que abogó por "una estrecha colaboración con los ministerios para lograr que la voz de las Comisiones Nacionales sea escuchada, valorada y respetada en

todos aquellos asuntos que son de su competencia" y propuso elaborar y aprobar el Reglamento de funcionamiento del CNECS en el plazo de un año.

Malestar en el Foro

Por su parte, el Foro de la Profesión denunciará en una carta al presidente del Gobierno los incumplimientos del Acuerdo Marco firmado con el Ministerio de Sanidad. Los representantes de la profesión médica explicaban en su misiva a Mariano Rajoy que no se están cumpliendo los acuerdos firmados en 2013 en Moncloa, en cuestiones como la gestión clínica, la financiación del SNS, la consolidación del empleo médico o la Troncalidad, y advertían de que darán por rota la relación si no hay una respuesta "clara y rápida" de la Administración.

En la primera reunión de trabajo del grupo médico del Foro de las Profesiones Sanitarias, un mes antes, los profesionales ya habían mostrado ante el Ministerio su profundo desacuerdo con el texto del Real Decreto de Gestión Clínica, que no recoge que el liderazgo de las UGC debe ostentarlo un médico ni que los incentivos no deben ir ligados al ahorro, sino a la calidad y a la eficiencia. La decepción para los profesionales médicos llegó cuando el texto del Real Decreto sobre UGC no recogió el aspecto del liderazgo médico, y además establece que los incentivos irán ligados al cumplimiento presupuestario.

El FPME reclama, además, una norma básica estatal con suficiente rango para que la gestión clínica se aplique en base a los términos y condiciones pactadas. Y denuncia otros incumplimientos, como la mayor financiación que necesita el SNS para su sostenibilidad; la consolidación del empleo médico, escapando del descenso del número de profesionales y de la precariedad contractual que existe ahora; la restitución de las pérdidas salariales de los médicos (un 25 por ciento menos desde 2010, sin contar el aumento de 2,5 horas de la jornada semanal y que se han reducido los días de libre disposición); o el desarrollo de la Troncalidad de forma consensuada con los médicos.

Según datos del Barómetro Sanitario 2014, los usuarios de la Sanidad pública valoran más a los profesionales que al propio sistema. En AP, el 88 por ciento de sus usuarios considera que la atención recibida fue buena o muy buena, como ocho de diez pacientes en las consultas de especialistas y en el ingreso en un hospital público, para una satisfacción general de la ciudadanía con el sistema sanitario público de 6,31 puntos sobre 10. Casi la mitad de los pacientes son atendidos en los hospitales públicos mejor de lo que esperaban y ha aumentado el número de residentes en España que eligen y prefieren la Sanidad pública frente a la privada.

Por otra parte, el gasto sanitario público se situó en 2013 en los 1.309 euros por habitante, hasta 201 euros menos que en 2009, según consta en los datos de la 'Estadística de gasto sanitario público 2013', los últimos publicados por el Ministerio de Sanidad. La FADSP censuró que la caída de la financiación de la Sanidad pública desde 2009 se haya centrado en la reducción del número de profesionales y de su salario: un 45 por ciento menos en retribuciones de personal.

OMC y colegios médicos

En el mes de julio la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de

Médicos (CGCOM) acordó la renovación de los Estatutos de la Organización Médica Colegial (OMC), vigentes desde 1980. La necesidad de renovación de estos Estatutos viene marcada por la adaptación a los cambios legislativos nacionales y europeos que se han producido a lo largo de estos 35 años a la realidad actual de la profesión, a la propia dinámica de la organización e, incluso, al procedimiento de aplicación del Código de Deontología Médica.

El presidente de la OMC, el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, explicó en la Asamblea que esta propuesta de renovación responde, además, al compromiso de su programa electoral del actual mandato al frente de la corporación.

La renovación de los Estatutos se realizará por un procedimiento en el que participe el máximo tejido de la organización con el objetivo de buscar el mayor acuerdo y consenso. En la Asamblea General se presentó un documento base en el que trabajarán, en grupos, todos los miembros de la Asamblea -presidentes de los 52 colegios, representantes de las nueve vocalías y la Comisión Permanente del CGCOM-, así como la Comisión Central de Deontología y el Consejo Asesor de la OMC.

El resultado de este primer trabajo volverá a la próxima Asamblea y, posteriormente, se enviará a todos los colegios para que las Juntas Directivas hagan sus aportaciones que de nuevo se debatirán en Asamblea General. El vicepresidente, el Dr. Serafín Romero, manifestó que, aunque no existe tiempo marcado para tener un texto definitivo, la previsión es presentarlo en la próxima Convención de la Profesión Médica de noviembre de 2016.

Ya en agosto, el Fondo Monetario Internacional (FMI) instó a España a mantener sus esfuerzos de consolidación fiscal para alcanzar sus objetivos de déficits y, en concreto, abogó por permitir el copago sanitario en Sanidad y Educación. El secretario general de la OMC, Juan Manuel Garrote, lamentó la visión "absolutamente economicista y nada

social" del FMI. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aseguró que no tiene previsto poner en marcha nuevos copagos en materia sanitaria.

La Vocalía de AP Rural de la OMC se sumó a las reivindicaciones contra la precariedad laboral en el primer nivel asistencial. Los médicos rurales incidieron en la problemática de las sustituciones (se insistió en que se debe derogar la tasa de reposición) y en los recortes que afectan a la Atención Primaria, entre otros aspectos.

El inicio del mes de julio dejó una triste noticia: el fallecimiento del doctor Ramón Ochoa, presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara desde junio de 2010; durante la década de los 90, el doctor Ochoa fue secretario de la institución; y entre 2013 y junio de 2015, presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha.

Autorización de nuevos medicamentos

España se situó en 2014 como el cuarto Estado miembro de la UE por actividad en autorización de nuevos medicamentos. Así lo subraya la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su memoria anual de actividades 2014; destaca asimismo la actividad y liderazgo de la AEMPS en el ámbito internacional, principalmente en Europa y Latinoamérica.

En la memoria se observa un incremento del 33 por ciento en las autorizaciones de uso compasivo de medicamentos en investigación frente al año anterior, con más de 16.000 autorizaciones en 2014, la autorización de la importación de medicamentos no autorizados en España, con más de 4.000 autorizaciones de importación en 2014, o la

resolución, dentro de las actividades de control de mercado, de los problemas de suministro.

También, y para facilitar el acceso de los pacientes a los medicamentos en condiciones de equidad, la AEMPS ha realizado en 2014 un esfuerzo importante en la elaboración, junto con la Dirección General de Cartera Básica del Sistema Nacional de la

Salud y las comunidades autónomas, de 40 informes de posicionamiento terapéutico.

Otro de los pilares fundamentales que rige la actividad de la AEMPS es la lucha frente a actividades ilegales que ponen en peligro la salud de los ciudadanos. En

2014 han tenido un protagonismo especial las actuaciones realizadas frente a las actividades ilegales de distribución inversa y la lucha contra la venta ilegal de medicamentos en Internet.

En el año 2014, la AEMPS autorizó 1.224 medicamentos de uso humano, con una mayor capacidad de resolución de las solicitudes de nuevos medicamentos lo que ha permitido que se agilicen los tiempos de respuesta. Por tipo de medicamentos, el 65 por ciento de las nuevas autorizaciones se corresponde con medicamentos genéricos. De esta forma, al finalizar el año 2014, en España había casi 16.000 medicamentos autorizados con cerca de 29.000 presentaciones o formatos.

En el ámbito legislativo destaca la aprobación del Real Decreto 477/2014, de 13 de junio por el que se establecen los requisitos y garantías de calidad, seguridad y eficacia que deben cumplir los medicamentos de terapia avanzada y fabricación no industrial para poder ser autorizado su uso por la AEMPS ■

En el mes de julio la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos acordó la renovación de los Estatutos de la Organización Médica Colegial, vigentes desde 1980





Superhéroes para hacer frente al cáncer

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



REPORTAJE

Superhéroes para hacer frente al cáncer

Seis superhéroes han llegado a los Hospitales Universitarios de Cruces, Basurto y Donostia del País Vasco para ayudar a niños y niñas con cáncer. Los tres centros vascos se suman así a los once de otras tantas comunidades autónomas que cuentan ya con el proyecto “Poción de Héroes”, promovido por la Fundación Atresmedia e ideado por la Agencia IDS, y con la participación de distintas entidades, entre ellas, Grupo SANED. La iniciativa persigue ayudar a través del juego a los pequeños pacientes oncológicos en el duro proceso de la quimioterapia. Los protagonistas del proyecto “Poción de Héroes”: Muchacho Invisible, Chica Fuego, Guapo Kinético, Señorita Muralla, Chico Elástico y Linda Rayo son los personajes que acompañarán a los menores durante su tratamiento con quimioterapia en estos tres centros, “prestándoles sus superpoderes” para vencer al “villano” cáncer.

Cada año se diagnostican en España cerca de 1.400 nuevos casos de cáncer infantil en niños y adolescentes hasta los 18 años. De ellos, un centenar en el País Vasco, de los cuales entre el 75-85 por ciento se puede curar, según explica a la Revista EL MÉDICO la doctora Itziar Astigarraga, jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Cruces y responsable de la Unidad de Oncología Infantil del centro. En Cruces atienden a cerca de 70 menores vizcaínos y alaveses, en el de Basurto a una veintena, y en el de Donostia a unos 15.

“Aunque intentamos que los niños estén ingresados el menor tiempo posible, los tratamientos para curarlos se alargan en el tiempo. En el caso de la leucemia, uno de los cánceres más comunes en esta etapa de la vida, supone una media de dos años y medio entre quimioterapia y trasplante de médula. Por ello, iniciativas como “Poción de Héroes” resultan muy positivas tanto para los pacientes como para las familias. Tanto las actividades de entretenimiento como de juego son importantísimas porque ayudan a disminuir mucho el estrés de los niños y

sus miedos a estar en el hospital. Además nos facilita también la labor a los profesionales sanitarios: médicos pediatras, enfermeras... a acercarnos a ellos y hablar de cosas diferentes; de temas que a ellos les gusta como pueden ser los Superhéroes”, añade la doctora Astigarraga,

Once hospitales de varias CC.AA. cuentan con el proyecto “Poción de Héroes”, promovido por la Fundación Atresmedia

en plena coincidencia con el doctor Santiago Rabanal, director gerente de Cruces, donde tuvo lugar la presentación de la iniciativa, que contó también con la presencia de responsables de la Asociación Aspanovas y Aspanogi, entidades que han colaborado activamente en este proyecto.

Especialistas y familias reconocen siempre el buen talante de los pequeños para sobrellevar la enfermedad y las duras terapias. Para reforzarles emocionalmente a lo largo de su recorrido hospitalario es por lo que Osakidetza ha incorporado a sus centros la novedosa iniciativa lúdica “Poción de Héroes”.

El proyecto ayudará a los pequeños pacientes oncológicos en el duro proceso de la quimioterapia “a perder el miedo al tratamiento”



Humanizar los tratamientos

Conscientes de que el juego es fundamental para los niños, los responsables sanitarios han decidido acercarlos a los hospitales vascos. “Lo que queremos conseguir es

ser más efectivos en los tratamientos y humanizarlos; por otro lado, el objetivo es que el hospital se parezca cada vez menos a un hospital. Caminamos hacia una visión diferente a

la que tradicionalmente se ha tenido de los centros sanitarios; buscamos una mayor similitud con el entorno en el que se mueve el paciente. Además, en el caso



Crear vínculos con los sanitarios

“Se trata de crear una ilusión alrededor del tratamiento. Es un juego que también permite jugar con otros niños porque cada uno tendrá su personaje y sus superpoderes para luchar contra los “villanos” (las células cancerígenas). Igualmente se logra crear vínculos con el personal sanitario, los pequeños pueden interactuar con los pediatras”, detalló Ana Mayoral, de la Fundación Atresmedia.

Ayudarles a creer en la cura y apoyar psicológicamente a los niños durante el tratamiento son los objetivos fundamentales de este proyecto que llega a estos tres hospitales gracias a la participación de Fundación Seur, Chocolat Baby, Grupo SANED, Obra Social “la Caixa” y BBK; y el patrocinio de AXA de todo Corazón, Grunenthal, Damel, Teva, Nutricia, Grupo Sada, Fundación Eroski, Fundación EDP, Aernnova y Euskaltel Konekta.

A niños de entre cuatro y doce años

“Poción de Héroes”, dirigido a niños y niñas de entre cuatro y doce años, per-

de los niños buscamos medios para poder trabajar directamente con ellos”, reconoció el doctor Rabanal.

Al comenzar el tratamiento, cada menor elegirá a su héroe favorito de un catálogo que le será entregado en el centro hospitalario correspondiente. A continuación, se le entregará un maletín de “poderes”, con diversos elementos del personaje elegido: un cómic, en el que se cuenta la historia del héroe; un póster para poder colgar en su habitación del hospital; una chapa de héroe para llevar puesta en su pijama o camiseta; un peluche, que se convertirá en compañero inseparable; un pasaporte que será sellado en cada sesión de quimioterapia; una bolsa de dulces y unas pegatinas para adherir a la bolsa de suero con el tratamiento.





REPORTAJE

Superhéroes para hacer frente al cáncer

sigue dar un giro a la imagen tradicional del tratamiento contra el cáncer, intentando hacer más fácil el proceso de lucha contra la enfermedad. Se desea que la interacción con los superhéroes cambie la percepción y el miedo a la quimioterapia. Las asociaciones Aspanovas y Aspanogi han colaborado activamente en este proyecto. Y son los voluntarios de las entidades

participantes los que visitan a los niños en los hospitales, disfrazándose de “superhéroes” para hacer entrega de male-

times a los pequeños pacientes.

“Después de 25 años de andadura si algo tenemos claro en Aspanovas es que proyectos como este son tremendamente beneficiosos para

los niños y sus familias. Estas actividades refuerzan el estado anímico de los

pequeños y de quienes los acompañan. Los superhéroes ayudarán a los niños a desdramatizar la enfermedad y perder el miedo a los tratamientos. Aspanovas, como asociación de padres, estamos encantados de que el proyecto haya llegado a los hospitales de Bizkaia y Gipuzkoa, porque el juego se ha demostrado como una herramienta muy útil para el apoyo psicológico de estos pequeños”, subrayó el responsable de la entidad en Bizkaia, Juan Carlos Fernández. “En la mayoría de las ocasiones los superhéroes harán sonreír a los niños y ese es sin duda el mejor regalo para sus padres: la sonrisa de su hijo”, remachó.

Seis superhéroes han llegado a los Hospitales de Cruces, Basurto y Donostia (País Vasco) “para arrancar las sonrisas de los niños oncológicos”

ENTREVISTA A ITZIAR ASTIGARRAGA

Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Cruces y responsable de la Unidad de Oncología Infantil de este hospital

“La fuerza que nos contagian los niños con cáncer hace que nuestro trabajo no sea tan triste”

“Teníamos mucha ilusión de que los superhéroes visitarán ya la Unidad de Oncología Infantil para que conocieran a los verdaderos héroes que son los niños y niñas que están aquí luchando contra esta enfermedad tan dura como es el cáncer”, comenta a la Revista El MÉDICO la responsable de la Unidad de Oncología Infantil de Cruces. “Este tipo de iniciativas nos ayudan a arrancar muchas sonrisas. Con estos juegos todo es más fácil tanto para el personal sanitario como para los propios pequeños. Se trata de que lleguen al hospital pensando que no solo se les va a pinchar, sino que también podrán divertirse”, añade.

¿Cuáles son los cánceres más comunes en niños?

Las leucemias. Suponen alrededor de un tercio de los tumores que aparecen en la edad pediátrica. Si consideramos todos los tipos de cánceres, los que se cogen a tiempo y los que aparecen en etapas avanzadas se pueden curar entre el 75-85 por ciento.

Trabajar con niños con cáncer es duro. ¿Llega a acostumbrarse a ver tanto sufrimiento?

Es muy duro, pero son los niños con cáncer los que te dan una auténtica lección de vida. Por lo general viven la enfermedad con alegría y realmente son ellos los que nos alegran mucho el día a día en el hospital; estos pequeños pacientes con su fuerza de voluntad y su ánimo contribuyen a que la tolerancia de los tratamientos sea mucho mejor

por la disposición que tienen a pesar de su edad. Son un ejemplo para los adultos.

¿Quiénes llevan peor la enfermedad?

Los adolescentes. Son los que más sufren. Por eso es importante que se les trate en las unidades pediátricas para que tengan también apoyo psicológico y se vean con otras personas y se contagien también de la alegría de los niños pequeños. Así es más fácil.

¿Las unidades pediátricas de los hospitales vascos como el de Cruces son un ejemplo dentro del país?

Yo creo que sí. Llevamos muchos años dándole prioridad y el impulso de hace unos dos o tres años fue el colofón. Fue cuando empezamos a incidir más en los aspectos emocionales de los niños para que tuvieran más apoyo psicológico; más actividades de entretenimiento. Además colaboramos mucho con las asociaciones de pacientes, e intentamos que la estancia en el hospital sea lo más confortable y agradable posible con todo el soporte humano preciso. Por eso hemos intentado formar a los profesionales de la Pediatría no solo en aspectos técnicos, sino también en las relaciones con las familias de los pacientes, que sepan ayudarles; que todos esos temas a nivel emocional sean más fáciles y podamos apoyar mejor a las familias.

¿Hasta qué edad suelen estar en la unidad pediátrica?

Hasta los 17 años; al cumplir 18 van a las unidades de

Arrancando sonrisas

En la presentación de esta novedosa terapia frente al cáncer, la jefa de pediatría de Cruces, Itziar Astigarraga, y la de Donostia, Cristina Nuño, hicieron especial hincapié en la importancia de “generar ilusión y arrancar sonrisas de los niños cuando pasan por una situación tan dura”. En esta misma línea, el responsable de Oncohematología Pediátrica del Hospital de Basurto, José María Indiano, se refirió a la relevancia que, en su opinión, tiene introducir el aspecto lúdico en el proceso de curación porque “en numerosas ocasiones el pequeño, su

familia y el médico nos encontramos solos”, apostilló.

“Poción de Héroes” se enmarca en el Programa de Asistencia Hospitalaria de la Fundación Atresmedia, que colabora con 130 centros de toda España. Los menores podrán disfrutar también de esta iniciativa a través del canal FAN3, especialmente diseñado para niños y niñas hospitalizados.

Cáncer infantil, en cifras

Los tumores son la tercera causa de muerte en la infancia (0-14 años) y re-

presentan el 13 por ciento de la mortalidad en este grupo de edad. Sin embargo, con un diagnóstico temprano y protocolos de tratamiento adecuados más del 70 por ciento de los cánceres infantiles son curables. En la primera mitad del año 2015 se han diagnosticado 29 nuevos casos de cáncer en niños y adolescentes menores de 18 años en el Hospital Universitario Cruces, casi la mitad de los que se diagnosticaron en 2014. Los tumores más frecuentes son las leucemias, que representan alrededor de un tercio de todos los casos, los tumores cerebrales y los linfomas ■

adultos con los nuevos casos. Cuando nosotros diagnosticamos a un adolescente de 16 o 17 años intentamos completar el tratamiento y luego buscamos coordinarnos con el equipo de adultos, incluso más allá de los 18 años.

¿Cuál es la media de estancia en el hospital?

En la mayoría de los casos intentamos que no ingresen; les ponemos la quimioterapia en el hospital de día específico para niños con cáncer. Allí les hacemos los estudios pertinentes. Las estancias varían mucho según los tumores. En las leucemias, al principio sí tienen que estar bastantes semanas ingresados. También se alargan las estancias en el segundo tumor más frecuente: el cerebral. En estos casos es necesaria una intervención quirúrgica en el cerebro que hace que las estancias se extiendan durante semanas. Pero hacemos todo lo posible para que estén en el hospital el menor tiempo posible y puedan llevar el tratamiento en su casa.

Para ello cuentan también con el Hospital a Domicilio Pediátrico.

Sí. Algunos de los niños con cáncer cuando necesitan antibióticos o tienen alguna complicación de la enfermedad, aunque no sea por quimioterapia, nos coordinamos con el equipo para que estén en su domicilio con nuestro apoyo pero con visitas del equipo de hospitalización a domicilio.

¿Cree interesantes proyectos como “Poción de Héroes” para estos pacientes?

Sí. El juego disminuye el estrés de los niños, los miedos a estar en el hospital. Creo que es muy bueno. Antes intentábamos tener apósitos, tiritas de diferentes colores para que ellos no vinieran al centro pensando solo en el pinchazo, si no en la pegatina que les íbamos a poner; todos estos

pequeños detalles lúdicos hacen que no piensen tanto en el tratamiento. Al sentirse entretenidos se les pasa mucho más rápido el tiempo.

¿Cómo profesional qué es lo más duro?

El trato con los adolescentes porque te das cuenta que son los que más sufren. Pero aún más duro es cuando vemos que ya no tenemos opciones de curación. Cuando observamos que la Medicina no tiene ya más opciones y debemos de pasar a cuidados paliativos. Sabiendo que se va a ir tenemos que seguir cuidándole para que tenga la mejor calidad de vida posible en el poco tiempo de vida que le quede. Eso es muy triste. Y a lo largo de la vida lo vas acumulando; hemos perdido a tantos niños tan especiales que nos cuesta asimilarlo.

¿Los profesionales que atienden a estos pacientes tienen cuidados especiales?

Aunque no está protocolizado, en el equipo de Oncología infantil hacemos una reunión mensual de todo el personal en la que comentamos un poco las dificultades y compartimos tanto los aspectos técnicos como los psicológicos, o sociales. Disponemos también de una psicóloga que nos apoya; es también una ayuda para nosotros. E intentamos contagiarnos un poco de la fuerza de los niños que hace que nuestro trabajo no sea triste. Luchamos por su curación que, afortunadamente, lo conseguimos en la mayoría de los casos.







Tenemos que trabajar juntos
en equipos multidisciplinares

y el

paciente

debe ser el

centro

de todo lo que hacemos

Julie M. Vose

Presidenta de la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO)

Texto | Xavi Granda Revilla Fotos | ASCO



ENTREVISTA Julie M. Vose

“Tenemos que trabajar juntos en equipos multidisciplinarios y el paciente debe ser el centro de todo lo que hacemos”

¿Con qué expectativas asume, desde el pasado mes de junio, el cargo de presidenta de la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO)?

Estoy muy emocionada, vamos a impulsar muchas de las iniciativas que se han puesto en marcha este año.

Cada presidente tiene un lema, ¿cuál es el suyo?

“Reuniendo conocimiento: cuidados centrados en el paciente e investigación”. Creo que tiene muchos significados: la primera parte alude a que todos tenemos que trabajar juntos en equipos multidisciplinarios, que ayuden a los pacientes, con diferentes modos de tratamiento. Y, en cuanto a la segunda, es evidente que el paciente debe ser el centro de todo lo que hacemos: él y su familia deben recibir la información adecuada sobre el tratamiento preciso, todo lo que necesiten... y eso potenciará también las posibles opciones de investigación.

Tenemos que asegurarnos de que el médico de Atención Primaria esté involucrado en el tratamiento del cáncer, así como otros miembros del equipo, como radioterapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales...

El papel del paciente ha cambiado mucho y, de este modo, cómo se proponen los cuidados, ¿verdad?

Sí, desde luego. Siempre han existido los pacientes informados, ahora lo que intentamos es que todos los pacientes estén en el centro de todo lo que hacemos.

Ha citado la importancia de los equipos multidisciplinarios. ¿Cómo están cambiando la manera de trabajar de los oncólogos? Creo que otros países quizá lo hacen mejor

que Estados Unidos, con un mejor trabajo en equipo. Tenemos que asegurarnos de que el médico de Atención Primaria esté involucrado en el tratamiento del cáncer, así como otros miembros del equipo, como radioterapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales...todo lo que necesite el paciente. Y, por supuesto, tener en cuenta que la supervivencia y el seguimiento deben incluirse en los planes a largo plazo del equipo. Una mejor coordinación de cuidados es fundamental.

¿Hay muchas diferencias en el manejo del cáncer en EEUU y en otras partes del mundo?

Sí, sobre todo desde el punto de vista de los seguros y cómo los pacientes reciben los cuidados y cómo estos se pagan. Creo que en muchos países europeos el trabajo en equipo permite una mejor coordinación y necesitamos impulsarlo aquí.

¿Cuál es la importancia de congresos como la reunión anual de ASCO?

Es la vanguardia en cáncer, tanto en cuidados como en investigación y son imprescindibles porque necesitamos colaborar y aprender juntos, porque ni de manera individual –ni incluso a nivel de equipos– se tiene ni la experiencia ni los conocimientos suficientes para lograr avanzar. Por esto, tenemos que trabajar juntos globalmente, especialmente en cánceres poco frecuentes.

Uno de los principales retos de la especialidad es manejar los miles de millones de datos que se están generando en todo el mundo. ¿Hasta qué punto es complicado elegir los datos adecuados? Para eso se realizan este tipo de reuniones

científicas: para evaluar qué datos consigne cada uno, hacer preguntas, intentar colaborar, encontrar a personas que no conozcas pero que hacen lo mismo que tú... Y acabas filtrando si la información es valiosa o no y si vale la pena poner en marcha algún tipo de colaboración.

Su campo de especialización es el linfoma. ¿Cómo ha cambiado el panorama en este ámbito en los últimos años?

En la última década se han producido avances importantes en el cuidado del linfoma, principalmente en el área de nuevos anticuerpos y nueva inmunoterapia. No tanto en quimioterapia, seguimos usando la misma desde hace años. Se han impuesto las terapias dirigidas y creo que van a marcar el campo en el futuro.

Y en ese campo se incluye la Medicina personalizada...

Sin duda, porque buscamos mutaciones, vías de señalización... y elegir el fármaco adecuado en función de esa información.

Por tanto, ¿cree que estamos ante el inicio de una nueva era en Oncología?

Sí, es muy emocionante, porque además intentaremos reducir el coste de los fármacos –al elegir a los pacientes en los que estos funcionen mejor, en vez de usar los mismos en todos– sino que también seremos capaces de asegurarnos de qué perfil de efectos adversos es mejor en pacientes específicos. Y elegiremos los fármacos en función de esta información.

¿Cree que fármacos que en el pasado se consideraron peligrosos o con demasiados efectos secundarios pueden ser “rescatados” gracias a la Medicina personalizada?

Puede que usemos estos fármacos sólo en aquellos pacientes en los que realmente sean útiles y quizá podamos intentar otros aborda-

jes, con menos efectos secundarios o que proporcionen mejores resultados clínicos.

En este momento, la Oncología pasa por una superespecialización en todos los campos. ¿Se corre el riesgo de perder la visión de conjunto?

En cierto modo, pero creo que, cada vez más, los pacientes se van a beneficiar de la especialización, del mismo modo que nosotros vamos a comprender cómo usar cada fármaco en cada enfermedad específica. Pero es cierto que la investigación desborda en muchas ocasiones nuestro propio campo, como en el caso de la Inmunología. Vamos a necesitar aprender de todos, no sólo de nosotros mismos.

¿Cree que este cambio de paradigma en la investigación precisa también de cambios en los ensayos clínicos?

Sí, parte del sistema de ensayos clínicos

consiste en desarrollar biomarcadores y así podemos elegir los pacientes en los que funcionarán mejor los fármacos. En muchos de los fármacos que hemos desarrollado vemos a un porcentaje de pacientes que responden, mientras otros no responden y no terminamos de comprender qué biomarcador está relacionado con esta respuesta. Pero creo que si lo logramos, y si elegimos antes los pacientes, será muy beneficioso.

Estos fármacos son muy caros. ¿Existe el riesgo de una brecha entre pacientes que se lo puedan permitir y los que no?

Por desgracia son todos muy caros por todo el I+D que se invierte en ellos, entre otros factores. Y eso hará que los usaremos únicamente cuando sean realmente necesarios.

¿Cree que este es el mayor reto que afronta la Oncología en la actualidad?

Sin duda, porque no es un único fármaco el que es caro, lo son todos. Y además precisamos de combinaciones de ellos: tenemos que encontrar la manera de economizar.

Para acabar, cuando estaba en la facultad, ¿llegó a imaginar que la Oncología habría alcanzado este punto?

Cuando me estaba formando no teníamos ni la mitad de estos fármacos, ni factores de crecimiento, ni anticuerpos, teníamos pocas opciones de quimioterapia... Todo esto ha supuesto un gran avance en las vidas de los pacientes y en el tiempo que pasan en el hospital: yo hago muchos trasplantes de médula y han pasado de estar 6-8 semanas hospitalizados a no precisarlo, lo que es un cambio enorme. Y las mejoras en supervivencia han sido también fabulosas. El cambio es enorme, como comento ■



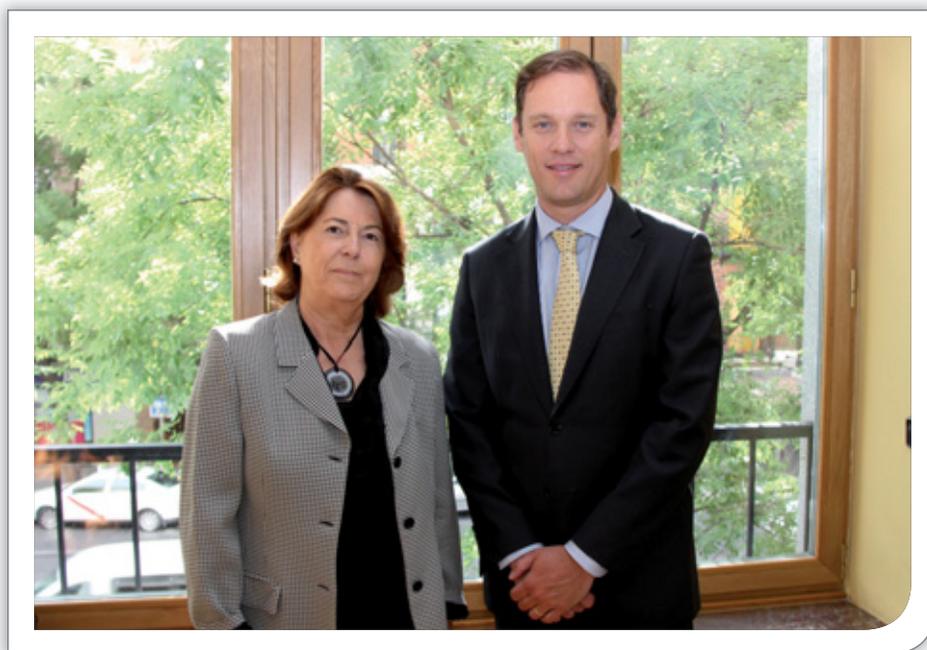
CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

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

Grupo SANED y el Instituto de Formación COFARES aúnan esfuerzos para mejorar la formación del farmacéutico comunitario

El "Programa Dispensación e Indicación Complementaria en..." inicia su andadura en septiembre con el curso "Consejo Dermatológico en la Farmacia"

En septiembre se pondrá on-line el primer curso del "Programa Dispensación e Indicación Complementaria en...". Este nuevo campus, que será accesible a través de AULA DE LA FARMACIA (www.auladelafarmacia.com), publicación de Grupo SANED, y de la Plataforma Online del IFC (www.cofares.es), ofrecerá una actividad formativa diferente, con una orientación muy visual, motivadora y fácil de seguir; útil para todo el equipo de la farmacia.



El "Programa Dispensación e Indicación Complementaria en..." propone una formación que permita asentar los conocimientos necesarios en cada tema, diferenciar los signos y síntomas, y establecer el consejo y la recomendación específica asociada al artículo o medicamento que cada farmacéutico seleccione entre las múltiples opciones que puedan existir, por lo que cada uno deberá hacer esta selección y comunicarla a su equipo para una correcta implantación.

El programa iniciará su andadura el próximo mes de septiembre con el curso "Consejo Dermatológico en la Farmacia" y contará con un total

de tres anuales. Las temáticas han sido seleccionadas en función de las demandas de los farmacéuticos comunitarios expresadas a través de una encuesta realizada por AULA DE LA FARMACIA a sus más de 30.000 profesionales registrados.

Junto al cuerpo documental, cada curso ofrecerá imágenes, esquemas y puntos clave; y una ficha de recomendaciones al farmacéutico y otra para que este pueda entregar a su paciente/cliente. El programa contará con acreditación oficial.

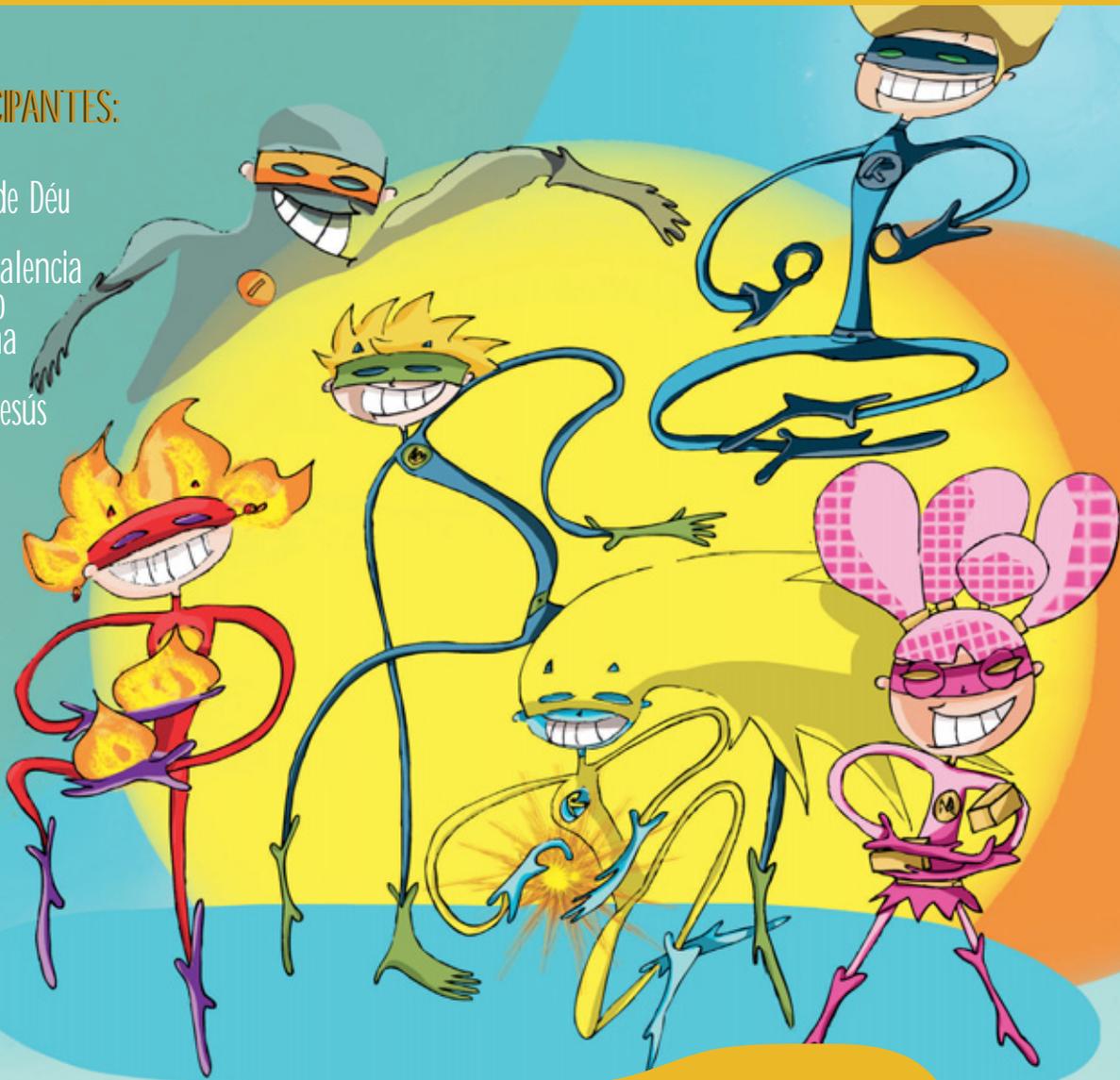
La firma del acuerdo de colaboración se materializó entre Francisco Bascuas, consejero delegado de Grupo SANED, y Yolanda Tellaeché, presidenta del Instituto de Formación COFARES ■

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

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

HOSPITALES PARTICIPANTES:

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



Poción de HÉROES

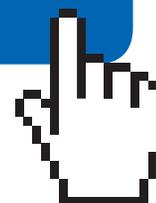
Queremos llegar a muchos más. ¿Nos ayudas?



www.pociondeheroes.com



Nuevo dossier monográfico actualizado sobre **Tratamiento de la alergia respiratoria con inmunoterapia con alérgenos por vía sublingual**



Elaborado por:

Dr. Albert Roger. Director Unidad de Alergia Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)

Mecanismos de la inmunoterapia sublingual; Eficacia clínica de la inmunoterapia sublingual; Seguridad de la inmunoterapia sublingual; Inmunoterapia sublingual en Pediatría; Selección de pacientes para inmunoterapia sublingual; aspectos prácticos de la ITSL en la práctica clínica habitual y Perspectivas futuras de la ITSL.

Descárguelo de forma gratuita en

<http://actualizaciones.elmedicointeractivo.com/alergia>



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid.





AlustalRapid

LA VELOCIDAD
DE LA INMUNOTERAPIA
EN SU MANO



 **Staloral**
300Rapid

MAYOR COMODIDAD PARA
UN MEJOR CUMPLIMIENTO



Oralair

ÚNICA INMUNOTERAPIA
PRECOESTACIONAL REGISTRADA



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



Investigadores del CIBERNED validan una nueva diana terapéutica en la enfermedad del Párkinson

Un grupo de investigadores del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED) han validado la inhibición de la proteína fosfodiesterasa 7 (PDE7) como futura diana terapéutica en la enfermedad del Párkinson, al confirmar sus efectos beneficiosos en modelos celulares y animales de la enfermedad. De hecho, el grupo, que ya demostró en el año 2011 que la inhibición farmacológica de esta proteína tenía un potente efecto neuroprotector y antiinflamatorio, acaba de publicar en la revista 'Stem Cells Translational Medicine' su último estudio en esta línea, que demuestra que la inhibición de PDE7 promueve además la formación de nuevas neuronas dopaminérgicas. Los resultados, obtenidos tanto 'in vitro' como en modelos animales hemiparkinsonianos, indican que esta inhibición puede regular el proceso de neurogénesis endógena, fomentando así la formación de nuevas neuronas dopaminérgicas, y contribuyendo a la reparación neurológica del tejido afectado como consecuencia del desarrollo de la enfermedad. Así, se demuestra que la inhibición de PDE7 no sólo actúa como neuroprotector y antiinflamatorio, sino que también podría suponer un método eficaz para reemplazar la pérdida de neuronas dopaminérgicas en enfermos de Párkinson ■



Una investigación de la universidad CEU-UCH concluye que el 'código infarto' mejora la praxis clínica

Una investigación realizada en la Universidad CEU Cardenal Herrera (CEU-UCH), considera que la aplicación desde 2012 del denominado 'código infarto' en los servicios de emergencias de la provincia de Valencia ha mejorado la praxis clínica, siguiendo las recomendaciones internacionales, aunque se ha reducido el uso de algunos recursos terapéuticos. El estudio, sostiene que "para atender eficazmente el síndrome coronario agudo es necesario generar procedimientos que permitan diagnosticar de forma rápida la enfermedad grave y priorizar los tratamientos necesarios en ese momento, para aplicarlos en el menor tiempo posible". Así, códigos como el analizado en su investigación, "son procedimientos de trabajo multidisciplinar, con profesionales de diferentes especialidades sanitarias implicados, que permiten dar al paciente el tratamiento que precisa rápidamente, reduciendo su mortalidad". "Este nuevo procedimiento tiene en cuenta, no únicamente el tratamiento sintomático del síndrome coronario agudo, sino también las técnicas de reperfusión temprana, es decir, la restauración del suministro sanguíneo al tejido cardiaco isquémico". Actualmente este código es aplicado por el servicio de emergencias sanitarias en la Comunitat Valenciana. En la provincia de Valencia se cuenta con 19 unidades de soporte vital avanzado y helicópteros con personal médico y de enfermería, expertos en emergencias ■

El tratamiento con láser permite acabar con la incontinencia urinaria

El tratamiento con láser se ha convertido en una alternativa mínimamente invasiva para tratar la incontinencia urinaria en las mujeres, ya que no requiere ni anestesia ni hospitalización y muestra una eficacia superior al 90 por ciento. El jefe de la Unidad de Láser Médico de HM Hospitales, César Arroyo, recuerda que este trastorno afecta al 30 por ciento de las mujeres de 60 años y, entre las causas más habituales de su aparición, están el envejecimiento y los partos vaginales. La fisioterapia y los ejercicios de suelo pélvico pueden ayudar a prevenir la incontinencia urinaria y a mejorar sus síntomas pero, para que sean realmente eficaces, es preciso ser muy constantes y la falta de tiempo hace que sean muchas las mujeres que acaban abandonando. Como alternativa, la intervención con láser se realiza de forma ambulatoria, sin anestesia y en apenas 20 minutos. Tras ella, la paciente puede irse a casa y, al ser una técnica indolora, la reincorporación a su vida normal es inmediata. "El objetivo de esta técnica consiste en realizar una vaginoplastia con técnicas de luz láser, es decir, reparar, tensar y engrosar la dermis de la mucosa vaginal mediante la aplicación de calor, ayudando así a controlar las pérdidas de orina", declara el Dr. Arroyo ■



El Hospital Gregorio Marañón de Madrid es pionero en ofrecer la ablación por radiofrecuencia para nódulos tiroideos

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid ha sido el primer centro de España que ofrece la ablación por radiofrecuencia para el tratamiento de los nódulos tiroideos que, sin ser cancerígenos, presentan síntomas como molestias al tragar, respirar, cambios en la voz, molestias locales y gran tamaño visible. También para aquellos que funcionan en exceso, lo que supone mayor riesgo de osteoporosis y arritmias. De hecho, los pacientes experimentan entre los cuatro y doce meses una reducción de hasta el 95 por ciento del tamaño del nódulo, desaparece la totalidad de sintomatología y permanecen eutiroideos, es decir, con las funciones normales de la tiroides. Esta técnica ofrece múltiples ventajas ya que evita la cirugía y por tanto los posibles problemas derivados de la misma; permite no extirpar el tiroides, por lo que no afecta a sus funciones; y hace que el proceso de recuperación sea "mucho más rápido" ya que los pacientes pueden hacer vida normal tras la ablación. Para este tipo de nódulos la ablación se presenta como un método alternativo a la cirugía que evita la anestesia general, la hospitalización, y las posibles complicaciones postquirúrgicas que pueden afectar a un 10 por ciento de las intervenciones. Es también una salida para los pacientes con alto riesgo quirúrgico o para los que no desean someterse a una operación y, además, reduce considerablemente los costes ■





Hallado un posible tratamiento para el vitíligo

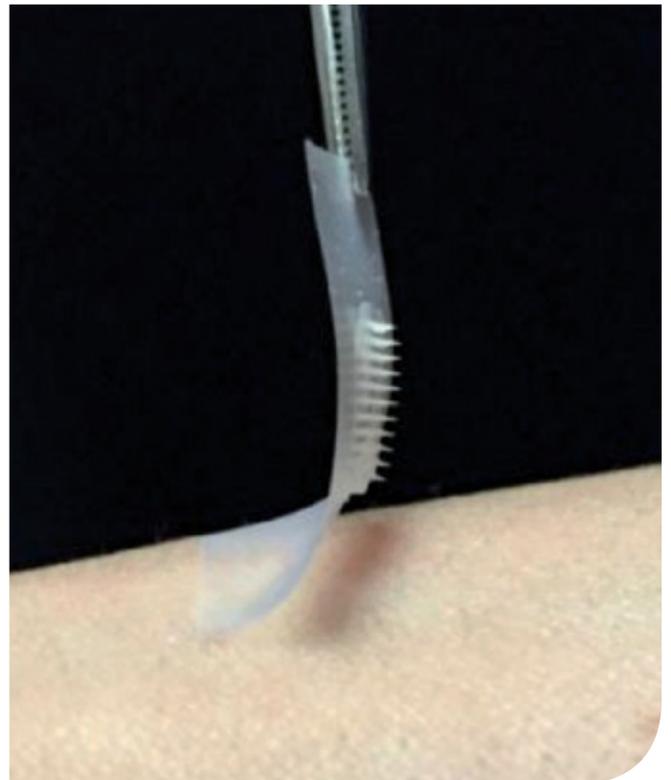


Un medicamento para el tratamiento de la artritis reumatoide ha restaurado el color de la piel en un paciente que sufre de vitíligo, según informan dermatólogos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, Estados Unidos, en un artículo publicado en 'JAMA Dermatology'. Los recientes avances en la investigación del vitíligo llevaron a los investigadores de Yale a considerar una clase existente de medicamentos aprobados por la agencia norteamericana del medicamento (FDA) conocidos como inhibidores de la quinasa Janus (JAK), como un posible tratamiento. Brett King, profesor asistente de Dermatología e investigador principal de la investigación, abrió un nuevo camino cuando publicó un documento que demuestra la eficacia del inhibidor de JAK citrato de tofacitinib en el tratamiento de la pérdida de cabello causada por la alopecia areata. Para probar la hipótesis administraron tofacitinib a un paciente de 53 años de edad. Tras dos meses de tratamiento, el paciente experimentó repigmentación parcial en la cara, los brazos y las manos. Tras cinco meses, las manchas blancas en la cara y las manos casi habían desaparecido, con sólo unas pocas lesiones restantes en otras partes de su cuerpo. Notablemente, tofacitinib no causó efectos secundarios adversos durante el curso del tratamiento ■

Un parche inteligente de insulina podría reemplazar a las inyecciones para la diabetes

Las inyecciones de insulina podría convertirse en una cosa del pasado para las personas que padecen diabetes gra-

cias a un nuevo invento de investigadores de la Universidad de Carolina del Norte (UNC) y el Estado de Carolina del Norte, en Estados Unidos, que han creado la primer "parche inteligente de insulina" que puede detectar aumentos en los niveles de azúcar en sangre y secretar dosis de insulina en el torrente sanguíneo cuando sea necesario. El parche está cubierto con más de un centenar de agujas diminutas, cada una del tamaño de una pestaña. Estas "microagujas" están llenas de unidades de almacenamiento microscópicas de insulina y enzimas de detección de la glucosa que liberan rápidamente su carga cuando los niveles de azúcar en la sangre son demasiado altos. Los investigadores han tratado de eliminar la posibilidad de error humano mediante la creación de "sistemas de circuito cerrado" que se conectan directamente a los dispositivos que hacen un seguimiento de azúcar en la sangre y administran la insulina. Los investigadores probaron la capacidad de este método para controlar los niveles de azúcar en la sangre en un modelo experimental de la diabetes tipo 1. Para ello, inocularon a los modelos una inyección estándar de la insulina y midieron los niveles de glucosa en la sangre, que se redujo a niveles normales, pero luego rápidamente se elevó de nuevo en el rango hiperglucémico. En contraste, cuando los científicos trataron a otro grupo con el parche de microagujas, vieron que los niveles de glucosa en sangre se llevaron bajo control a lo largo de treinta minutos y se así se mantuvieron durante varias horas ■



Spiraxin®

(rifaximina- α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimat. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. Lactancia: Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes ($\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes ($\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras ($\geq 0,01\%$ 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, hipostesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringeal. **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, poluria, polaquimia. **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, migraña, 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 la cara, edema en la ingle, 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-deoxo-4'-metilpiperidol (1',2',-1,2)imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimórfica alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antifélicos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimórfica alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracteriza 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 de C_{max} a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimórficas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACOLÓGICOS: 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 disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

Aterina®

Sulodexida

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

BAMA - GEVE

Imagen en segunda de cubierta

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

BAMA - GEVE

Imagen en contraportada

www.bamageve.es

REPORTAJE

Debate sobre el futuro del modelo sanitario europeo



El Tratado de Libre Comercio e Inversiones que la UE y EEUU negocian desde 2013 ha abierto un debate sobre el futuro del modelo sanitario público europeo. Por un lado, los colectivos sanitarios alertan de que el llamado TTIP traerá una ola de privatizaciones, una reducción de la calidad de los servicios y una mayor desigualdad social. Frente a esto, el sector privado destaca de la insostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos a largo plazo y asegura que el tratado traerá beneficios económicos y generará empleo, dos elementos que podrán ser vitales en un contexto de crisis económica profunda que atraviesa Europa. Las negociaciones por el acuerdo se espera que concluyan antes de que acabe 2015.

FORO DE EXPERTOS ENTREVISTAS

TRIBUNAS

Luz Fidalgo García

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: **“Receta Electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Un paso hacia funcionalidades compartidas y proyección europea”**

Roberto Nuño-Solinís

Deusto Business School Health: **“La necesaria transformación sociosanitaria ante la cronicidad”**

Vicente Matas Aguilera

Representante Nacional de Atención Primaria Urbana de la OMC: **“Médicos de Atención Primaria: Grandes diferencias retributivas y recortes excesivos con la crisis”**

Jesús Aguilar Santamaría



Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Jesús San Miguel

Director del Grupo Español de Mieloma Múltiple



REPORTAJES



Videojuegos y salud



Radiografía a la Cirugía Plástica en España

Seguro de **Automóvil**



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*
Bonificación
en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD



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

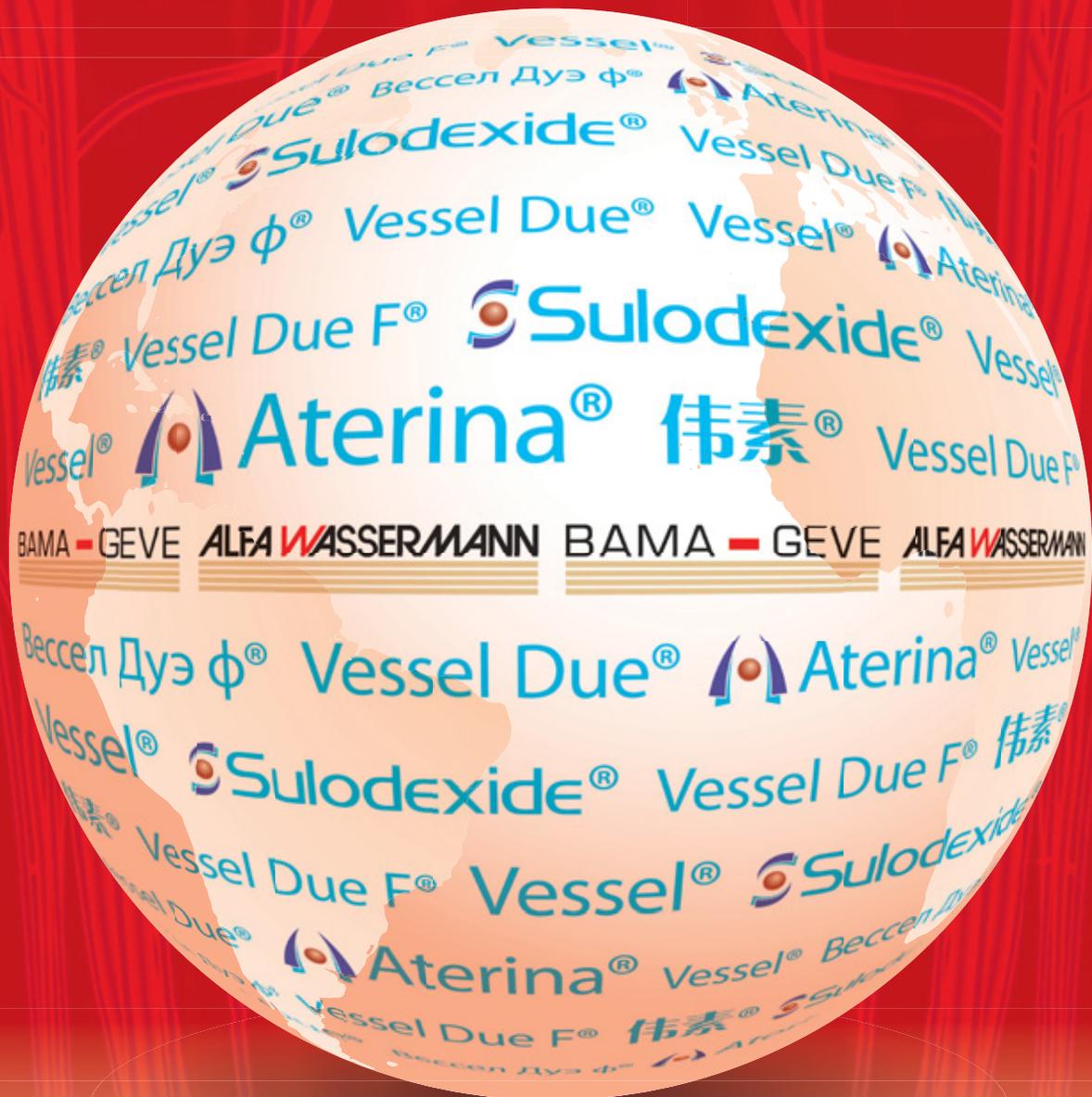
www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en



(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Aterina® Sulodexida



NUEVA INDICACIÓN

Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica

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

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



FINANCIADO POR EL SNS

BAMA - GEVE