

# El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1171. Marzo 2016

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

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



## Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas



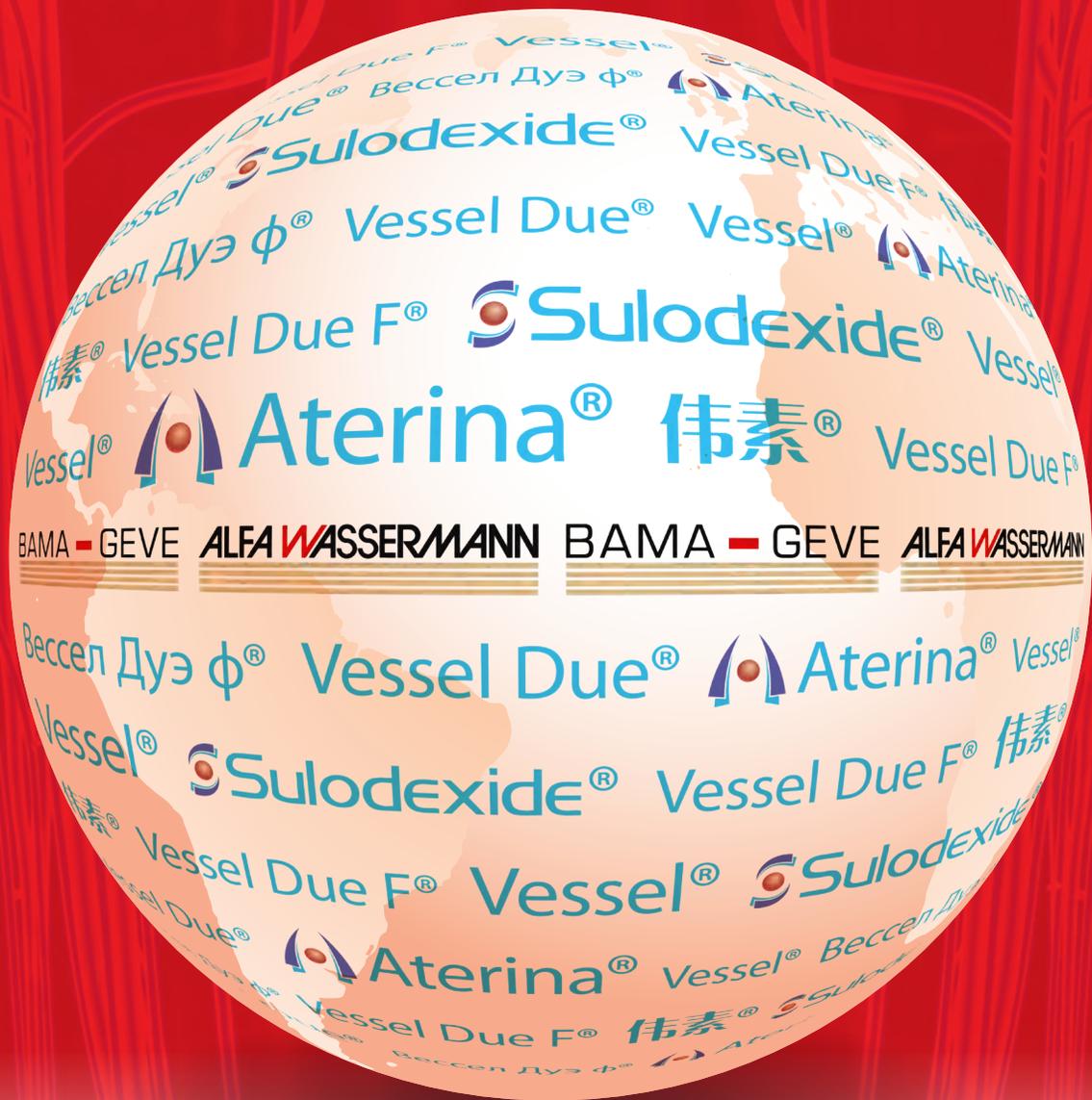
Entrevista

Fernando Domínguez Cunchillos  
Consejero de Salud de Navarra

Foros EL MÉDICO

La Salud Mental en Andalucía

# Aterina<sup>®</sup> Sulodexida



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

 **Aterina<sup>®</sup>** protege y restaura el endotelio vascular y mejora el flujo sanguíneo.

 **Aterina<sup>®</sup>** presenta un alto perfil de seguridad y una muy buena tolerabilidad.



**BAMA - GEVE**

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

## EN PORTADA

### Sanidad encabeza un año más el ranking presupuestario de las CC.AA.



Los nuevos Gobiernos autonómicos han presentado, casi sin excepciones, unas cuentas expansivas que aspiran a recuperar el terreno perdido desde que empezó la crisis. En total invertirán 2.000 millones de euros más en salud. El gasto público en Sanidad ascenderá así hasta los 56.051 millones, cerca de las cifras de 2012, aunque todavía lejos de los 59.767 millones presupuestados en 2010.

**18**

## ENTREVISTAS



**Fernando Domínguez Cunchillos**  
Consejero de Salud de Navarra  
**30**



**Ángel Mataix Sanjuán**  
Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)  
**48**

**José Luis Encinas Martín**  
Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología  
**54**



**César Pascual**  
Director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud  
**62**



## FOROS EL MÉDICO

### Andalucía apuesta por la inclusión social y la recuperación de las personas con trastornos mentales

Andalucía está a punto de poner en marcha su III Plan Integral de Salud Mental para continuar una labor en la que “se han alcanzado muchos objetivos, pero que todavía tiene mucho camino por recorrer”. Así lo considera Aquilino Alonso, consejero de Salud de esta comunidad, en la inauguración del ‘Foro de Salud Mental’, organizado por la Revista EL MÉDICO (Grupo SANED), en colaboración con SEDISA, la Fundación Ad Qualitatem y Lundbeck.

**40**

# SUMARIO

## FORO DE EXPERTOS

### JAVIER CASTRODEZA

Secretario General de Sanidad y Consumo

8



### JOSÉ MIGUEL RIVAS

ASJUSA Abogados



### GONZALO SAGRERA

ASJUSA Abogados

14



### MANEL SANTIÑA

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

10



## REPORTAJE



### Elecciones Colegiales 2016

74

## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Entrevista a Manuel Bayona



Director gerente del Complejo Hospitalario de Granada y presidente del XVIII Congreso Nacional de la SEDAP

68

## OTROS TEMAS

Online

80

Próximo número

82

## El Médico

EDITA:

**saned**  
GRUPO

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

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos y Ester Crespo

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Mar Pérez

Correo electrónico: [elmedico@gruposaned.com](mailto:elmedico@gruposaned.com)

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

Agencia: Europa Press.

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 10 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 2016. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

# Especialistas en Sistema Nervioso Central



[www.lundbeck.com](http://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



Javier  
Castrodeza



Manel  
Santià



José Miguel  
Rivas



Gonzalo  
Sagrera



# La regulación de los ensayos clínicos con medicamentos, nueva normativa

Autor | Javier Castrodeza. Secretario General de Sanidad y Consumo

**El nuevo real decreto incrementa la participación de los pacientes, regula el Registro Español de estudios clínicos como medida de transparencia y regula los pilares básicos de la autorización de los ensayos clínicos y las relaciones entre ellos. Además, encierra la voluntad de favorecer la investigación no comercial, es decir, la no promovida por la industria farmacéutica.**



Javier Castrodeza

**H**ay muchos motivos por los que interesa que se haga investigación clínica en un país. Los resultados de los ensayos clínicos son el estándar que permite, en primer lugar, generar conocimiento y mejorar los patrones del cuidado médico.

Un segundo motivo, sin duda el motivo central, son los pacientes. Los avances científicos no serían posibles sin la colaboración desinteresada de multitud de pacientes que eligen voluntariamente participar en dichos ensayos y contribuir, de esta manera, al descubrimiento de tratamientos cada vez más eficaces y seguros, no ya para ellos mismos, sino también para otros pa-

**Los avances científicos no serían posibles sin la colaboración desinteresada de multitud de pacientes que eligen voluntariamente participar en dichos ensayos y contribuir al descubrimiento de tratamientos**

cientes que terminan beneficiándose de ellos. Pero además, los ensayos clínicos constituyen una oportunidad de acceder

precozmente a determinados tratamientos especialmente en pacientes que carecen de otras alternativas y para los que, en el caso de no poder acceder a los ensayos clínicos que se realizan en otros países, la espera hasta la autorización del medicamento podría supo-

ner la pérdida de una última oportunidad. La realización de ensayos clínicos es un

motor de la actividad económica, genera inversión en España, crea puestos de trabajo en la industria, las organizaciones de investigación por contrato y en nuestros hospitales y centros sanitarios. Fortalece, en definitiva, el tejido industrial y nuestras organizaciones sanitarias.

Por lo tanto, la respuesta a la pregunta de si queremos ser un país fuerte en investigación clínica es indudablemente un sí. Nuestro atractivo para la realización de ensayos clínicos en nuestro país incrementa la competitividad de la nación frente a terceros dentro y fuera de la Unión Europea, favorece la investigación clínica y científica llevada a cabo por nuestros investigadores, favorece el acceso a los tratamientos de nuestros pacientes y promueve el crecimiento de nuestro tejido industrial. El nuevo real decreto



pretende ser una pieza sobre la que basar este atractivo como país.

No quiero dejar pasar la oportunidad de resaltar cuatro aspectos que considero muy relevantes sobre los cambios que propone el nuevo real decreto.

En primer lugar, quiero volver sobre los pacientes. Es inevitable que, en una sociedad cada vez más informada, con más acceso a contenidos y opiniones, los pacientes quieran participar en las decisiones que se toman en aquellos aspectos que les afectan. En este sentido, este real decreto incrementa la participación de los pacientes y, por primera vez, de forma obligatoria, los Comités de Ética de la Investigación deben incluir a pacientes

para que su voz esté representada.

Un segundo aspecto que resaltar es que, con la nueva norma, también se regula el Registro Español de estudios clínicos como medida de transparencia. Es cierto que este registro ya venía funcionando desde 2013, pero a partir de la nueva norma se regenera para incluir no solo los ensayos clínicos con medicamentos, sino también, en los próximos meses, los estudios observacionales con medicamentos y, de manera voluntaria, a todos los estudios clínicos prospectivos fuera del ámbito de los medicamentos cuyos investigadores quieran utilizar este registro español. Por lo tanto, cualquier ciudadano podrá consultar en este registro los estudios clínicos con medicamentos autoriza-

dos en España, los centros en los que se realizan y sus resultados. La transparencia respecto de la realización de los ensayos clínicos es esencial para mantener la confianza de la sociedad en este tipo de investigación y es, además, una garantía para todos los participantes en ella.

El tercer aspecto, se regulan los pilares básicos de la autorización de los ensayos clínicos y las relaciones entre ellos. Hablamos de las funciones y responsabilidades de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de los Comités de Ética de la Investigación, de las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas, de los propios promotores e investigadores. El objetivo es simplificar los trámites y añadir valor en cada paso al tiempo que se evitan trámites burocráticos o sin valor añadido.

El cuarto y último aspecto que quiero resaltar es la voluntad que encierra el nuevo real decreto de favorecer la investigación no comercial, es decir, la no promovida por la industria farmacéutica. No se trata de crear estándares distintos ni de establecer dinteles diferentes para una y otra. Toda investigación debe verse favorecida por una evaluación ajustada al riesgo que supone. Pero como país es muy importante fomentar la investigación dentro del Sistema Nacional de Salud y de las universidades, que cuentan con grandes investigadores en áreas que a veces no son prioritarias para la industria. En este sentido, la introducción del concepto de ensayo clínico de bajo nivel de intervención debe hacer posible investigaciones que hasta ahora eran difíciles y farragosas y que parecen especialmente asequibles para promotores no comerciales.

Como apunta el nuevo real decreto en el final de su preámbulo, se pretende impulsar la investigación clínica con medicamentos en España, la generación de conocimiento, la transparencia, la seguridad de los participantes y la utilidad de los resultado ■



# Es necesario disminuir la utilización de intervenciones innecesarias

Autor | Manel Santià. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

**La Medicina basada en la evidencia ha calado en la ciencia médica y hoy en día solo es aceptable realizar intervenciones, tratamientos o pruebas diagnósticas que estén basadas en estudios que hayan demostrado su utilidad. Sin embargo, todavía existe mucha variabilidad en la práctica médica, mucha variabilidad entre regiones, entre servicios sanitarios y entre profesionales.**



Manel Santià

Los indudables avances en la medicina junto con el notable desarrollo de los sistemas sanitarios, sin duda, están contribuyendo positivamente a mejorar el estado de salud de los ciudadanos, pero ¿todo lo que hacemos los profesionales repercute positivamente en los pacientes?, ¿estamos haciendo cosas en las que no existe evidencia demostrada de su utilidad? Y no solo eso, ¿estamos haciendo cosas que pueden causar algún tipo de daño al paciente, aportándole por el contrario poco o ningún beneficio?

Sabemos que toda actuación médica puede comportar un riesgo y algún tipo de efecto secundario en el paciente, pero se acepta en la medida que el beneficio es superior a ese riesgo.

Los avances de la medicina son constantes, la investigación no cesa y continua-

**Los profesionales tenemos el deber de saber orientar a los pacientes adecuadamente y para ello tenemos que evitar proponerles aquellas intervenciones que aportan poco o muy poco valor en la mejora de su salud**

mente se tienen más y nuevos conocimientos. La medicina basada en la evidencia ha calado en la ciencia médica y hoy en día solo es aceptable realizar intervenciones, tratamientos o pruebas diagnósticas que estén basadas en estudios que hayan demostrado su utilidad.

No obstante, todavía existe mucha variabilidad en la práctica médica, mucha variabilidad entre regiones, entre servicios sanitarios, entre profesionales. Ello a pesar del desarrollo de guías o protocolos asistenciales y a pesar del extenso desarrollo de

las herramientas tecnológicas que permiten una fácil y rápida comunicación entre profesionales y entre instituciones. Esta variabilidad tiene diversas causas o diversas explicaciones, pero sin duda es uno de los aspectos que hay que mejorar en ese camino en que todos estamos comprometidos, como es el de la mejora continua de la Calidad Asistencial de nuestros servicios sanitarios.

Los pacientes/ciudadanos cada vez más están llamados a tener un mayor protagonismo en el sistema sanitario y van a tener un papel más activo en el cuidado de su salud. Cada vez están más y mejor informados, pero también más confusos, dada la inmensurable cantidad de información sanitaria que tienen a su disposición y los incontables canales por los cuales les llega. Los profesionales (médicos, enfermería) tenemos el deber de

saber orientarlos adecuadamente y para ello tenemos que evitar proponerles aquellas intervenciones que aportan poco o muy poco valor en la mejora de su salud y que incluso pueden entrañar algún riesgo para la misma.

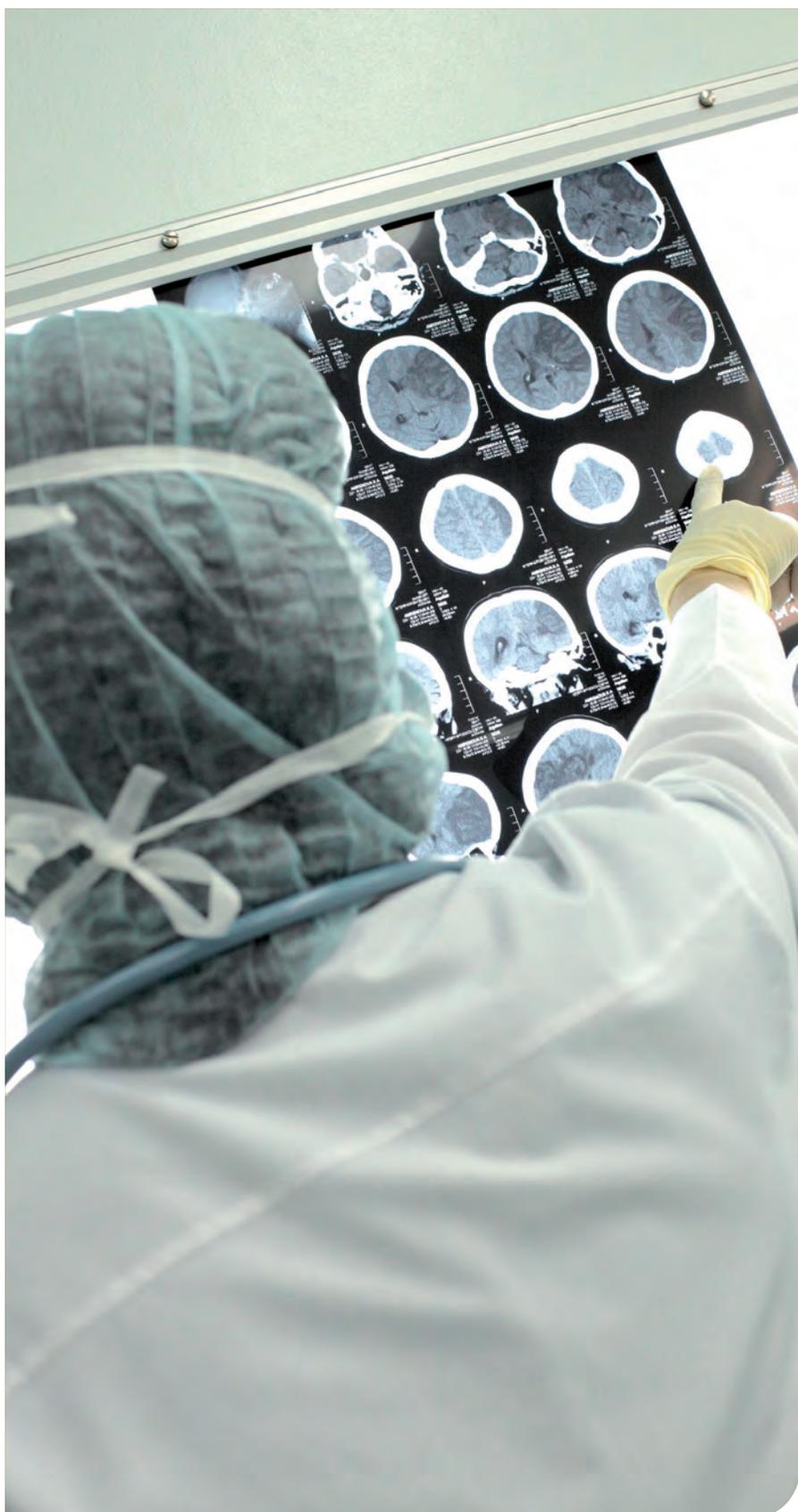
**Se calcula que los costes sanitarios aproximadamente representan un 10% del Producto Interior Bruto (PIB) y que aproximadamente un 30% de las intervenciones sanitarias son dudosamente coste-efectivas**

Las denominadas intervenciones innecesarias son aquellas que no se sustentan en ningún estudio científico que haya demostrado su eficacia, tienen una efectividad escasa o dudosa y pueden causar algún problema en los pacientes, es decir, no son coste-efectivas.

Se calcula que los costes sanitarios aproximadamente representan un 10 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) y que aproximadamente un 30 por ciento de las intervenciones sanitarias son dudosamente coste-efectivas, es decir, que si no se realizaran podríamos dedicar ese porcentaje a otras de eficacia probada.

En el año 2007 la NICE (*The National Institute for health and Care Excellence*) de Gran Bretaña empezó a elaborar un listado de prácticas usuales en los servicios sanitarios que no tenían suficiente sustento científico y por tanto recomiendan no continuar practicándolas, se conoce como las *Do Not Do* (<http://www.nice.org.uk/>).

En 2011 se inició la campaña *Choosing Wisely* (Escoger sabiamente) (<http://www.choosingwisely.org/>), impulsada por el *Ameri-*





can Board of Internal Medicine, donde se pidió a las diferentes sociedades médicas científicas que diesen sus recomendaciones sobre lo que no hay que hacer.

Similares iniciativas se han ido desarrollando en distintos países, como por ejemplo en Canadá (*Choosing Wisely Canada*; <http://www.choosingwiselycanada.org/>) que empezó en 2014, auspiciada por la asociación médica canadiense y la Universidad de Toronto con el objetivo de ayudar a que médicos y pacientes traten de los procedimientos innecesarios y ayudarles a escoger las mejores prácticas.

En otros países se han ido desarrollando proyectos parecidos: Australia, Austria, Brasil, Dinamarca, Francia, Inglaterra, Alemania, India, Israel, Italia, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Suiza y Estados Unidos.

Cabe destacar también el proyecto *Too Much Medicine* en Reino Unido (<http://www.bmj.com/too-much-medicine>), impulsado por el *British Medical Journal*, que tiene el objetivo de resaltar la mejora que se tiene que hacer en el terreno del sobrediagnóstico y el malbaratamiento de recursos que comporta realizar intervenciones innecesarias.

En España, auspiciado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) y a partir de una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), está en marcha el proyecto denominado “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, que se inició el año 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias en nuestro país, teniendo también como objetivos:

- Evitar la yatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso

con la calidad y la eficiencia de los cuidados

- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos

En la actualidad se han adherido 48 sociedades científicas, las cuales han publicado sus recomendaciones en la página web del ministerio de Sanidad (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/excelencia/home.htm>).

Las recomendaciones de “no hacer” deben estar basadas en:

- La evidencia científica y de calidad que las sustenta
- Su relevancia o impacto clínico
- La población a la que afecta

Algunos ejemplos de recomendaciones que se pueden encontrar públicas en la web del ministerio referenciadas:

- No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma (SERMEF)
- No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo (SEMFyC, SEMERGEN, SEMG)
- No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINES) de manera simultánea, ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad (SER)
- No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada (SEMI)
- No realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física (SEDAR)
- No realizar colecistectomía en pacientes con coleditiasis asintomática (AEC)
- No realizar radiografía de tórax diaria, de forma rutinaria, en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)

Este proyecto continuará avanzando en los próximos años hacia el siguiente paso que será la evaluación de los cambios que estas recomendaciones han producido en la práctica médica.

Otro aspecto en que se está trabajando en el campo de la Calidad Asistencial es el del sobrediagnóstico médico.

El sobrediagnóstico es diagnosticar una enfermedad que nunca causará síntomas a un paciente. Ello comporta que se convierta en enfermo una persona sin ninguna necesidad, lo cual puede comportar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que no le aportarán ningún beneficio a su salud.

Existe evidencia científica que sugiere que hay sobrediagnóstico en patologías muy prevalentes en nuestra sociedad, como es el asma, la hipertensión arterial o el cáncer de mama.

El sobrediagnóstico también sucede cuando una enfermedad se diagnostica correctamente, pero el diagnóstico es irrelevante pues el tratamiento de la enfermedad no es necesario.

Otra forma en que el sobrediagnóstico sucede es cuando las definiciones de las enfermedades se amplían tanto que las personas con problemas muy leves, o personas en riesgo muy bajo de enfermedades futuras, se clasifican como enfermos, lo cual conlleva tratamientos que pueden hacer más daño que bien.

Ejemplos los tenemos en el debate existente sobre el sobrediagnóstico en los Déficit de Atención e Hiperactividad en niños.

Así pues en el terreno de la mejora continua de la calidad hay camino para recorrer en estos dos puntos que están interrelacionados, el de evitar intervenciones innecesarias y el de evitar el sobrediagnóstico ■





# El nuevo Código Penal y su incidencia en las profesiones sanitarias

Autores | José Miguel Rivas y Gonzalo Sagrera. ASJUSA Abogados

Sin ningún género de dudas, entre las importantes reformas legislativas que se materializaron el pasado año, una de las que ha tenido y tendrá mayor relevancia ha sido la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, que fue publicada en el Boletín Oficial del Estado, de 31 de marzo de 2015.



José Miguel Rivas



Gonzalo Sagrera

**E**n primer lugar, conviene poner de manifiesto, que la entrada en vigor del nuevo texto legislativo tuvo lugar el día 1 de julio de 2015, en virtud de lo dispuesto en la Disposición Final Octava.

En segundo lugar, que la citada modificación viene precedida de una notable discrepancia entre los distintos grupos parlamentarios y el partido responsable del gobierno de la nación, divergencia que quedó puesta de manifiesto en las sesiones y debates parlamentarios, si bien, no es este el

objeto de la presente reseña, ni las presumibles dificultades que los resultados de las pasadas elecciones generales legislativas podrían suponer en la aplicación del nuevo Código Penal.

## En el nuevo Código Penal quedan despenalizadas las faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve

En tercer lugar, y con carácter general, sí debemos decir que la nueva redacción dada al Código Penal supone una amplia modificación que ha tenido la finalidad pretendida de adaptarse a las nuevas realidades sociales imperantes en nuestros días.

Contiene así, importantes modificaciones en materia de penas y su aplicación (prisión permanente revisable, por ejemplo), se introducen reformas para agilizar el sistema penal (regulación de la suspensión y sustitución de la pena, de los antecedentes penales o de los cómputos de la prescripción, por ejemplo), incluye nuevas figuras

delictivas adecuando el código a la nueva realidad social, (delito de divulgación no autorizada de imágenes o grabaciones íntimas o financiación ilegal de partidos políticos) y retira de la jurisdicción penal algunas figuras punitivas a las que se les ha suprimido su relevancia penal, reconduciéndolas así a la vía civil o administrativa. También, lógicamente, contiene modificaciones para adecuarse a la legislación internacional y europea. E importantes reformas en la responsabilidad penal de las personas jurídicas. Otra notable reforma de gran calado procesal es la supresión del Libro III del anterior texto legislativo, relativo a las faltas, las cuales desaparecen del nuevo texto punitivo, si bien algunas figuras mantienen su vigencia a través de los nuevos delitos denominados leves, todo ello, en pos del principio de mínima intervención y de última

ratio del ordenamiento jurídico que preside el sistema punitivo español.

Hecha esta genérica introducción, pasaremos a hacer unas breves reseñas sobre la incidencia que la nueva redacción del Código Penal pueda tener en el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Solo nos extenderemos un poco en las dos figuras delictivas que, con mayor incidencia, se presentan en el ejercicio diario de la profesión sanitaria, los delitos de homicidio por imprudencia profesional y los delitos de lesiones por imprudencia profesional.

### **Delitos de homicidio y lesiones por imprudencia profesional**

Así, quedan despenalizadas, como más adelante se dirá, las faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve. Pero se introduce la comisión de estos dos tipos delictivos por imprudencia menos grave, constituyendo así delitos leves, con las particularidades de que no llevan aparejada pena de prisión, no llevan aparejada pena accesoria de inhabilitación profesional y solo son perseguibles a instancia del perjudicado o agraviado.

En su forma de comisión por imprudencia grave se mantienen básicamente las mismas consecuencias punitivas.

Por tanto, y a modo de resumen, podemos decir que el homicidio por imprudencia grave, artículo 142 del Código Penal, unifica en el apartado 1 del artículo 142 sus distintas modalidades, introduce la comisión por imprudencia menos grave, elevando las penas previstas para la falta a multa de 3 a 18 meses, manteniendo el requisito de procedibilidad, es decir, que solo sea perseguible a instancia del perjudicado y deroga la falta de homicidio por imprudencia leve, que se reconducen a la vía civil por la vía del artículo 1.902 del Código Civil.

En cuanto al delito de lesiones por impru-



dencia grave, regulado en el artículo 152, se unifican también las modalidades en el apartado 1, si bien junto a la pena de prisión se introduce la alternativa de multa de 6 a 18 meses, atendiendo al riesgo creado y al resultado producido. La inhabilitación por imprudencia profesional se reduce de 6 meses a 4 años, pues antes era de 1 a 4 años. Y por imprudencia menos grave, se elevan las penas previstas para la falta a pena de multa de 3

a 12 meses, manteniendo el requisito de procedibilidad, derivando las lesiones cometidas por imprudencia leve a la jurisdicción civil.

### **Responsabilidad penal de las personas jurídicas**

Se abre aquí una regulación importante para el sector, pues puede pasar a redefinir y delimitar la responsabilidad penal



de diversas instituciones o centros sanitarios, tales como clínicas u hospitales. Además, se introduce ya la mención a las pequeñas y medianas empresas, entre las que se encuentran infinidad de pequeñas clínicas relacionadas con el sector socio sanitario. En este sentido, la falta del debido cumplimiento del control de las obligaciones de la persona jurídica podrá suponer consecuencias jurídicas penales para la propia organización, si se cometen delitos por parte de sus empleados y en beneficio de la entidad.

**INTRUSISMO PROFESIONAL.** Aumento de penas de multa del tipo básico e introducción de un tipo agravado para quien ejerce actos propios de una profesión, tanto a quien se atribuye públicamente tal condición, como a quien la ejerce en un establecimiento abierto al público. Por tanto, la nueva regulación supone una mayor protección al profesional sanitario.

**DELITO DE OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO PROFESIONAL.** Si bien el nuevo texto legal no supone modificación alguna de lo ya regulado en el artículo 196 del Código Penal, sí permanecen vigentes las dudas sobre la bondad de la institución de jurado para el enjuiciamiento de estos delitos, con una evidente dificultad en su aplicación.

**DELITO DE ATENTADO.** Incluye, por fin, una nueva definición de atentado en la que ya aparece de forma explícita que en todo caso se considerará autoridad a los efectos del sujeto pasivo el funcionario sanitario en el ejercicio de sus funciones y también miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estén actuando con ocasión de un siniestro, cala-

midad pública o situación de emergencia, con intención de impedirles el ejercicio de sus funciones y una reconducción de la falta de consideración y respeto a la autoridad a un delito leve, plasmándose así en el texto legal lo que ya venía siendo aceptado jurisprudencialmente.

Surge en esta caso una cuestión de enorme importancia y que ya ha sido objeto de reproche y de manifestaciones al respecto, vertidas por el Ministro de Justicia. ¿Qué sucede

con el ejercicio de la profesión en el seno de la Sanidad privada? ¿Se ha olvidado el legislador de su protección? Es evidente que en la reforma operada no se ha incluido la actividad privada, pues se habla de funcionario sanitario pero no de función sanitaria. Por tanto, habrá que ver la evolución de la jurisprudencia en esta materia y qué tratamiento se da al profesional sanitario que sufre un delito de atentado mientras ejerce la Sanidad privada. Desde aquí aprovechamos para criticar la omisión del legislador, que bien podría haber equiparado la función pública a la privada en esta materia concreta, máxime cuando la organización sanitaria tiende, cada vez, a formas mixtas de gestión.

**FALTAS DE HOMICIDIO Y LESIONES IMPRUDENTES.** Estas faltas cometidas por imprudencia leve quedan reconducidas a la vía civil. Así, solo serán constitutivas de delito el homicidio y las lesiones graves por imprudencia grave (apartado 1 del artículo 142 y apartado 1 del artículo

152, respectivamente), así como el delito de homicidio y lesiones graves por imprudencia menos grave, que pasan a formar parte del catálogo de delitos leves (apartado 2 del artículo 142 y apartado 2 del artículo 152 del Código Penal). Por tanto, se incorporan en el catálogo de delitos leves. Las lesiones de menor gravedad, que no requieren tratamiento médico o quirúrgico, se sancionarán en el tipo atenuado del apartado 2 del artículo 147.

Esto supone una nueva distinción entre imprudencia grave y menos grave -desapareciendo así la histórica distinción entre imprudencia grave y leve- con distinta gradación de la pena principal y accesoria. Por tanto, la imprudencia leve desaparece de estos tipos delictivos, que son reconducidas a la vía civil por vía del artículo 1.902 del Código Civil y L.O. 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, si bien la jurisprudencia habrá de ir modulando y definiendo unos y otros grados de imprudencia.

**AMENAZAS Y COACCIONES LEVES.**

Pasan a ser subtipos atenuados de los respectivos delitos y solo serán perseguibles a instancia de parte.

## Las amenazas y coacciones leves pasan a ser subtipos atenuados de los respectivos delitos y solo serán perseguidos a instancia de parte

Cabe mencionar también la novedad introducida en la reforma relativa a la posibilidad

de incluir perfiles de condenados en la base de datos de ADN, la falsificación de productos médicos y otra tipología de delitos asimilables que puedan suponer amenazas para el derecho a la salud y a la integridad física y corporal.

Finalmente, en cuanto al derecho transitorio, se aplicará el anterior Código Penal si al momento de comisión de los hechos delictivos este estaba vigente, pero, desde su entrada en vigor el 1 de julio de 2015, se estará al Código que resulte más beneficioso para el reo ■

# 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 Niño 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](http://www.pociondeheroes.com)



San

GASTARÁN 2.000 MILLONES MÁS  
EN SALUD EN 2016

# Sanidad

encabeza un año más el  
*ranking*  
presupuestario  
de las comunidades autónomas

Los nuevos Gobiernos autonómicos han presentado, casi sin excepciones, unas cuentas expansivas que aspiran a recuperar el terreno perdido desde que empezó la crisis. En total invertirán 2.000 millones de euros más en salud. El gasto público en Sanidad ascenderá así hasta los 56.051 millones, cerca de las cifras de 2012, aunque todavía lejos de los 59.767 millones presupuestados en 2010. Se trata del primer aumento efectivo de la partida sanitaria en los presupuestos autonómicos tras cuatro ejercicios de recortes sobre el papel, que han dejado tocado al SNS.

Texto | Nekane Lauzirika



## REPORTAJE DE PORTADA

# Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas

Los presupuestos para este año en Sanidad tienen una nueva cara; todas las comunidades aumentan su partida para esta área. Entre las 16 comunidades autónomas -falta Cataluña que ha prorrogado sus presupuestos- suman más de 56.051 millones de euros para sus carteras de Sanidad, una cifra ligeramente superior a la de 2014, cuando, entre todas, no llegaron a esa cifra.

Valencia y Baleares figuran entre las autonomías que más suben su gasto sanitario con un incremento del 7,6 y del 5,5 por ciento respectivamente. Les siguen Andalucía y Galicia.

Poco importa el incumplimiento del objetivo del déficit autonómico en 2015, ya que algunas regiones como Asturias o Extremadura plantean subidas del gasto en salud por encima del 10 por ciento. Otras como la Comunidad Valenciana prevén elevar su techo de gasto un 7,6 por ciento respecto al pasado ejercicio.

Los nuevos Ejecutivos encabezados por el PSOE, con el apoyo de otras fuerzas políticas, son quienes más tiran del gasto sanitario en 2016. Andalucía invertirá 404,3 millones de euros más en salud, un 4,8 por ciento en este ejercicio.

Otro gobierno apoyado por Ciudadanos, la Comunidad de Madrid, también dará prioridad a la Sanidad. Cuatro de cada diez euros se destinará a este capítulo en 2016.

Por otro lado, según un informe de Servicios Sanitarios de la FADSP, las diferencias entre CC.AA. desde 2007 pasan de 20 a 36 puntos. Todas han sufrido el efecto de la crisis, pero la traducción de esos recortes en Sanidad se han hecho de manera diferente en unas comunidades y otras. El documento destaca que las desigualdades son de 36 puntos sobre un máximo de 82. Las que presentan mejores servicios sanitarios son País Vasco, Navarra, Aragón y Asturias, mientras que en las últimas posiciones se hallan Valencia, Canarias y Cataluña.



### ■ MINISTERIO DE SANIDAD

El presupuesto de 2016 que el Gobierno central ha destinado para las políticas sanitarias asciende a 4.001,62 millones de euros, lo que supone un incremento del 3,6 por ciento con respecto a 2015, que fue de 3.863,83 millones de euros. En concreto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asciende a 2.029,13 millones de euros, un 6 por ciento más que en 2015, según señalan las principales cifras de las cuentas del Estado para este año. El Ministerio tiene como "referencia esencial" terminar las medidas contempladas en el Programa Nacional de Reformas 2015 y proseguir el desarrollo de las actuaciones diseñadas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), así como

"mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", contenidas en la reforma sanitaria. Por su parte, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) ha avisado de que la partida destinada en los Presupuestos Generales del Estado (PGE) de 2016 para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad continúa con una "insuficiencia notoria". Además, la organización ha recordado que la "inmensa mayoría" de los presupuestos sanitarios los deciden las comunidades autónomas, por lo que ha lamentado que, en este aspecto, no se haya "avanzado nada". "El Gobierno impone a las autonomías un techo de gasto que les dificulta notablemente aumentarlos", ha señalado, para advertir de que "no se va a recuperar" el presupuesto sanitario de 2009.



## ■ ANDALUCÍA

### **8.807 millones para blindar la Sanidad pública de calidad y sin privatizaciones y recuperar los derechos laborales**

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía contará en 2016 con un total de 8.807 millones de euros para la Consejería de Salud, lo que supone un incremento de 404,3 millones (un 4,8 por ciento más). Estas cantidades suponen que cuatro de cada 10 euros de las cuentas de los recursos totales de las consejerías del Gobierno andaluz se destinan a Sanidad.

“Este presupuesto consolida nuestro modelo de Sanidad universal, pública y de calidad, preservándola de cualquier inten-

to de retroceso o privatización, desde la perspectiva de la salud como derecho”, defiende el consejero del ramo, Aquilino Alonso.

El mayor porcentaje del presupuesto de la Consejería de Salud se destina al Servicio Andaluz de Salud (SAS). Concretamente, el SAS contará en 2016 con 8.129 millones de euros, lo que supone un incremento del

4,7 por ciento respecto al año pasado. “Este montante es muestra del empeño de Andalucía por el mantenimiento de la oferta de servicios y prestaciones sin privatizaciones, la consolidación de la plantilla, la recuperación de derechos laborales y las inversiones en infraestructuras”, recalca Alonso.

En cuanto a los grandes números, destacar que de ese presupuesto, prácticamente la mitad (4.244 millones de euros) es para personal, toda vez que la consejería contará con 143 millones de euros más el próximo ejercicio para cumplir con sus compromisos de incrementar la plantilla de sanitarios en 218 efectivos, en un año que será clave en la recuperación de derechos laborales de los empleados públicos. Crece también la partida para conciertos, con otros 1.679 millones de euros, igual que el presupuesto de farmacia, con 2.346.

También se han previsto 102,99 millones de euros para inversiones y reposición de infraestructuras y equipamientos.

El incremento de casi 3,5 por ciento propuesto para personal implicará que pueda

llevarse a cabo el compromiso de recuperación de derechos laborales de los profesionales, aumentar las retribuciones un 1 por ciento y disponer de un día más de libre disposición, así como recuperar el 25 por ciento de la paga extra de 2012 para todos los sanitarios -igual que para el resto de empleados públicos- en febrero de 2016.

## **El presupuesto de 2016 que el Gobierno central ha destinado para las políticas sanitarias asciende a 4.000,62 millones de euros, lo que supone un aumento del 3,6% respecto a 2015**

El presupuesto del departamento del Gobierno de Aragón para 2016 se eleva a los 1.800 millones de euros, lo que representa un 12,5 por ciento más sobre el año anterior, incremento que se aprecia en partidas como las de personal, mejora tecnológica y en conciertos para reducir listas de espera; la Sanidad aragonesa se lleva el 35 por ciento del total del presupuesto de la comunidad.

## **"El Gobierno impone a las autonomías un techo de gasto que les dificulta notablemente aumentarlos", señala la FADSP para advertir de que "no se va a recuperar" el presupuesto sanitario de 2009**

Del total del presupuesto, 97,9 millones de euros serán destinados propiamente al departamento, con un 7,7 por ciento de incremento, y los 1.681 al Servicio Aragonés de Salud (Salud), que sube sobre el año anterior el 14,27.

## ■ ARAGÓN

### **Un incremento del 12,5% para mejoras en personal, tecnología y listas de espera**

El responsable de la Sanidad aragonesa, Sebastián Celaya, define el presupuesto de “realista y suficiente e ilusionante porque se inicia la recuperación después de cuatro años de penumbra” en la sanidad aragonesa.

El responsable de la Sanidad aragonesa, Sebastián Celaya, define el presupuesto de “realista y suficiente e ilusionante porque se inicia la recuperación después de cuatro años de penumbra” en la sanidad aragonesa.



## REPORTAJE DE PORTADA

# Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas

Los 1.665 millones de euros previstos para el Salud suponen 200 más, con 264 millones de euros para personal, 86 de subida sobre 2015, que permitirán incrementar las plantillas, atender la adscripción de los trabajadores del antiguo CASAR y mantener las contrataciones puestas en marcha este año para reducir las listas quirúrgicas. Además, se incluye 11 millones para productividad variable.

**En concreto, el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asciende a 2.029,13 millones de euros, un 6% más que en 2015**

En inversiones, el Salud contempla 16,5 millones de euros, sufriendo una reducción. En 2016, se prevé destinar 8,5 millones para la renovación tecnológica, con más ecógrafos y mamógrafos, entre otras cosas, para reponer los del centro de especialidades Pablo Remacha, además de que se comprará una resonancia nuclear nueva.

### ■ BALEARES

**SALUT gastará 1.392 millones, la mayor partida alcanzada nunca en anteriores legislaturas, para reforzar las políticas sociales**

El Govern balear ha aumentado para este ejercicio el presupuesto de Salud en 74,1 millones de euros, un 5,62 más respecto al 2015, con lo que la partida total de la Conselleria para 2016 alcanzará los 1392,21 millones, una cifra nunca alcanzada en las anteriores legislaturas.

Este importante incremento obedece a la apuesta decidida del Govern para “rever-

tir la situación de creciente desigualdad social en las islas”, según la consellera del ramo, Patricia Gómez, para quien los presupuestos son “reflejo de las prioridades y los objetivos del Govern y de su apuesta por políticas sociales”. La partida para Salud representa el 39 por ciento del gasto no financiero del presupuesto del Govern. Casi 4 de cada 10 euros se destinarán a salud.

El Servei de Salut (Ib-Salud) dispondrá de 1.362,87 millones de euros, con una subida importante en el capítulo destinado al personal. Esta cifra supone un aumento para este año de un 5,6 por ciento (72,5 millones más que en 2015), y se pasa de 1290,37 a 1.352,87 millones de euros para 2016.

Estos presupuestos eliminan la tasa para la renovación de la tarjeta sanitaria, que es gratuita desde enero. El principal incremento del presupuesto del Servei de Salut corresponde al capítulo de personal que crece un 11,36 por ciento (71,2 millones). Dentro de esta partida hay una cuantía dirigida a potenciar la red de centros y profesionales de Atención Primaria. También incluye un plan de choque para reducir las listas de espera (14 millones), objetivo primordial de las políticas sanitarias del Govern.

### ■ CANARIAS

**El gasto en Asistencia Sanitaria supone el 99% del presupuesto total**

El departamento de Sanidad del Gobierno

de Canarias tendrá un presupuesto para 2016 de 2.643 millones de euros, 25 millones (1 por ciento) más que en 2015 y, aunque le hubiera gustado tener más, el consejero, Jesús Morera, considera que será suficiente para cubrir todas las necesidades. Con esta partida, Canarias prevé poder contratar más personal de urgencia, acabar las infraestructuras sanitarias ya comenzadas y abordar un plan para reducir las listas de espera. Está previsto que el hospital de Fuerteventura reciba 4 millones de euros, 800.000 euros el hospital norte de Tenerife y 4,2 millones de euros el hospital del sur de Tenerife. La partida destinada a la concertación con clínicas privadas se va a reducir en 2016 en 4 millones de euros, “dinero que dirigiremos a los centros públicos”, añade Jesús Morera.

El gasto destinado a Asistencia Sanitaria para este año supone el 99,7 por ciento del presupuesto total y ascenderá a 2.490.468.217 millones, registrándose un incremento del 2,11 por ciento con respecto al pasado año. El mayor gasto se producirá en personal y ascenderá a 1.297.432.948 millones de euros, es decir, un 49,20 por ciento del presupuesto total del Sistema Canario de Salud (SCS), una cifra que supera ampliamente la media del territorio nacional, colocándose alrededor del 46 por ciento.

### ■ CANTABRIA

**805,7 millones para la lucha contra la desigualdad en salud, la cronicidad y la calidad**

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria verá incrementado en un 2,15 por ciento su presupuesto para este año al haberse consignado 805.758.103 millones de euros, de los cuales 781.158.630 gestionará el Servicio Cántabro de Salud (SCS), que ve así crecer su partida en un 2,12 por ciento respecto al 2015.

Dentro del SCS, la mayor partida, 364.996.859 euros, se destina al Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla, cuyo Contrato Público Privado se dota con 44.900.000 euros que representan el 25 por ciento del capítulo 2 del hospital y el 17,2 por ciento del conjunto del SCS.

Según apunta la consejera de Sanidad, María Luisa Real, a pesar de la disminución del presupuesto global de 35 millones, en Sanidad “aumenta la partida en casi 17 millones de euros”, por lo que el porcentaje del gasto presupuestario dedicado a Sanidad pasa del 31,55 por ciento al 32,69 por ciento.

Por capítulos, el gasto en personal, que asciende a 382.056.547 euros, representa la mitad del presupuesto del SCS y un 2,84 por ciento de incremento con respecto al 2015. El aumento, superior a los 10,5 millones, viene motivado por los acuerdos firmados con las centrales sindicales.

El SCS invertirá en gastos corrientes 260.799.483 euros, un 2,18 por ciento más que el año pasado, para llevar a cabo programas relacionados con la mejora de la calidad, aprovechamiento de las nuevas tecnologías y cumplimiento de la Estrategia para la Atención al Paciente Crónico.

## ■ CASTILLA-LA MANCHA

### El 25% del total del gasto sanitario se destinará a la Atención Primaria

El Gobierno de Castilla-La Mancha, presidido por Emiliano García-Page, cuenta para 2016 con unos presupuestos de marcada orientación social. A Sanidad se destinan 2.600 millones de euros, un 8,7 por ciento respecto a los 2.391 millones del ejercicio anterior. Este aumento de 220 millones de euros en la consejería de Jesús Fernández Sanz va destinado, entre otros aspectos, a la puesta en marcha de infraestructuras hospitalarias, como el de Cuenca y los de Guadalajara, Albacete y de Puertollano. También se han reactivado las obras del hospital de Toledo.



Dentro de esta partida se contempla el gasto para contratar a más de 1.000 profesionales sanitarios en el SESCO, dentro de la oferta de empleo público (OPE) de 1.710 plazas que convocará Castilla-La Mancha a lo largo de este año.

Además, el presidente del Ejecutivo ha hecho especial hincapié en que la región destinará el 25 por ciento de todo el gasto sanitario a Atención Primaria, un objetivo que, según ha recalado, se consolidará a lo largo de la presente legislatura.

En concreto, la Sanidad castellano-manchega invertirá un total de 1.265,21 euros por habitante durante 2016. Esto supone un aumento del 10,2 por ciento a los 1.147,9 euros por habitantes fijados en el 2015, y sitúa a la región a la cabeza de las CC.AA. que más dinero han fijado en sus cuentas públicas del presente año para el gasto sa-

nitario. Asimismo, Castilla-La Mancha se sitúa seis puntos por encima de la media nacional de todas las autonomías, un aumento de casi el 4 por ciento en cuanto a gasto por ciudadano relacionado con la Sanidad.

Pese al incremento, el gasto sanitario en esta autonomía está aún por debajo de los 1.346,52 euros por habitante que alcanzó antes de la crisis económica y de los sucesivos recortes.

## ■ CASTILLA Y LEÓN

### El presupuesto crece un 1,8% para mejoras en personal e inversiones

El Gobierno de Castilla y León, que inicialmente contaba con un presupuesto de 3.300 millones de euros, dispondrá finalmente para Sanidad de 3.540 millones de euros, un 1,8 por ciento más que en 2015, tras las enmiendas presentadas por los grupos de la oposición y que fueron aprobadas por las Cortes castellanoleonesas. El presidente de la Comunidad, Juan Vicente Herrera, ha calificado los presupuestos de “realistas, creíbles, responsables y, por tanto, contenidas, que se definen por su carácter social y son coherentes con las políticas prioritarias para el Ejecutivo autonómico: la recuperación económica y el empleo de calidad, los grandes servicios públicos, el proyecto de comunidad y la apuesta por el municipalismo”.

La consejería encabezada por Antonio María Sáez Aguado destinará el 84 por ciento del total de sus inversiones a obras y equipamientos en hospitales y centros de salud. Del total de inversiones, 104,44 millones de euros serán gestionados por la Gerencia Regional de Salud, 3,79 millones por la Dirección General de Salud Pública y 866,417 por la Secretaría General.



## REPORTAJE DE PORTADA

# Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas

Así, la inversión más importante se realizará en obras de equipamientos de hospitales regionales con un montante total de 85,01 millones de euros; la partida de mayor cuantía irá al Plan Director del Hospital Clínico de Salamanca (33,82 por ciento). Por otro lado, Sanidad prevé invertir 6,55 millones de euros en obras y equipamientos en los centros de salud de Castilla.

### ■ CATALUÑA

#### Prorroga sus presupuestos, pero proyecta un incremento en Sanidad

El Parlamento catalán tiene aprobados la prórroga técnica de los Presupuestos. En el debate, el conceller de Economía, Oriol Junqueras, ha subrayado que se proyecta un incremento en Sanidad para este año.

En 2015, el Departamento de Salud de Cataluña mantuvo sus presupuestos casi inalterables con respecto al año 2014. Con 8.466 millones de euros de partida económica para capear el ejercicio la Generalitat, apenas levantó un 2 por ciento (la mayoría destinado a recuperar la paga extra de los funcionarios) las denostadas arcas de la Sanidad catalana. El gasto per capita en salud se situó en 1.120 millones de euros, 25 más que en 2014, pero todavía muy lejos de los 1.297 euros que gastaba Cataluña por habitante en 2010. El entonces consejero de Salud, Boi Ruiz, reconocía ante la Comisión de Salud que el presupuesto era “insuficiente”.

**Valencia y Baleares, las CC.AA. que más incrementan su presupuesto en Sanidad con un 7,6% y un 5,5% respectivamente**

La partida destinada a servicios sanitarios, que engloba el grueso del presupuesto con 6.286 millones, se vio incrementada un 2 por ciento con respecto a 2014. La atención Especializada se redujo ligeramente en favor de la Atención Primaria y se incrementó también el gasto en Farmacia o en transportes sanitarios. En cuanto a in-

versiones, aunque en un principio se destinaron 211 millones a este apartado, solo un 32 por ciento se dirigió a nuevas actuaciones u obras en curso.

Pese a que, sobre el papel, el aumento del presupuesto en Salud no superó los 176 millones de euros con respecto a 2014, el consejero aseguraba que la partida permitiría “mantener la atención sanitaria universal” y recuperar “la accesibilidad” a los servicios quirúrgicos.

Con los presupuestos prorrogados, médicos y enfermeros le piden al nuevo conceller de Salud de la Generalitat de Cataluña, Toni Comín, que “entierre” los recortes sanitarios de los últimos cinco años.

Los sindicatos Metges de Catalunya (MC) y Satse Catalunya consideran que los ajustes han hecho peligrar el sistema, es “indispensable” recuperar el presupuesto sanitario previo a la austeridad, que se ha reducido un 14,3 por ciento desde 2010, y el gasto anual por habitante ha pasado de 1.297 a 1.120 euros, además de restituir condiciones laborales y salarios de los facultativos.

También ha pedido a Comín que fije las bases para ampliar la participación de los médicos en todos los órganos de decisión asistencial y de gestión de las empresas e instituciones sanitarias con el fin de “incrementar la eficacia y eficiencia del sistema” y reconocer el conocimiento médico.

Ha reclamado blindar el sistema sanitario público a cualquier privatización o externalización de servicios, y le ha pedido decisión para acabar con la “hipertrofia estructural, gerencial y de comandos” que soporta el sistema y que consume una gran cantidad de recursos imprescindibles para la asistencia.

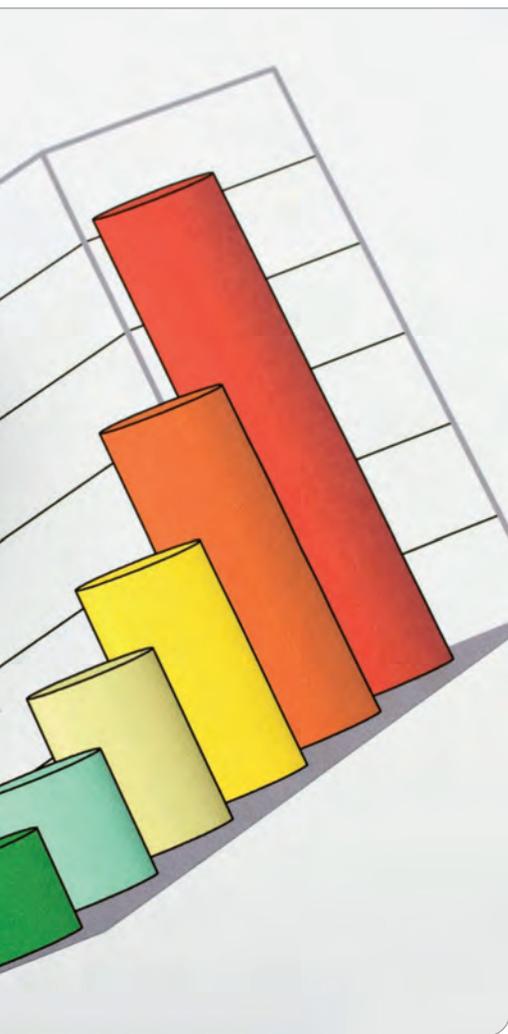


### ■ COMUNIDAD DE MADRID

#### El 41% del presupuesto de la comunidad se invertirá en Sanidad, donde se potenciará la Atención Primaria

El 41,6 por ciento de los presupuestos de la Comunidad de Madrid para este año ira a Sanidad, la partida más importante, con un total de 7.446,3 millones de euros, lo que supone un incremento del 2,15 por ciento con respecto a 2015.

La presidenta de la Comunidad, Cristina Cifuentes, destaca que los madrileños tienen a su disposición un sistema sanitario con 430 centros de Atención Primaria y 36 hospitales públicos, dota-



dos con los últimos avances científicos, “a la vanguardia en tecnología y con unos magníficos profesionales”.

En esta línea, desde la Consejería de Jesús Sánchez Martos se persigue potenciar la Atención Primaria. En concreto, se proponía incrementar su presupuesto en 30 millones de euros de manera anual durante los cuatro años de la legislatura. La propuesta de Cifuentes incluye 90,5 millones de euros más para la llamada puerta de entrada del sistema sanitario. El área de Primaria contará con 1.855,17 millones de euros, lo que significa un incremento del 5,1 por ciento con respecto a este año.

La mayor dotación se dirige a la aten-

ción hospitalaria con 4.924,5 millones de euros. Esta cantidad representa un crecimiento de casi el 1 por ciento, a pesar de que el gasto en material sanitario y productos farmacéuticos se reducirá un 0,7 por ciento, si se excluyen los medicamentos de alto impacto. La consejería prevé destinar a este tipo de fármacos —entre los que se incluyen los antivirales contra la hepatitis C— 59,2 millones, más del doble de lo presupuestado en 2015, para el que se previó un gasto de 25,1 millones.

Por otro lado, la Consejería de Sanidad de Madrid dirigirá 12 millones de euros para reconocer la antigüedad del personal estatutario temporal de la consejería. En total, se destinarán a Sanidad 157 millones de euros más que en el presupuesto del año pasado. Los presupuestos mencionan también la Carrera Profesional para la cual se prevé un incremento del 1 por ciento respecto al pasado año.

El presupuesto destinado a las retribuciones de los 68.417 trabajadores que integran la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ascenderá a 3.025 millones de euros, lo que supone un 1,72 por ciento más. En estos dos últimos años, el SERMAS ha lanzado dos ofertas públicas de empleo (OPE). La primera ascendió a 3.571 plazas y la segunda a 575. En 2015, completó además el paso de 5.000 trabajadores eventuales a interinos con el fin de dar más estabilidad a la plantilla.

La comunidad prevé también aumentar los fondos destinados a la formación de los profesionales sanitarios. Ascenderá a 201,83 millones de euros, lo que implica un aumento del 1,3 por ciento. Por su parte, planificación, investigación y formación crecerá un 2,5 por ciento.

## ■ COMUNIDAD VALENCIANA

### Un 18% más de inversión para prestaciones farmacéuticas y para atenuar el copago farmacéutico

La partida sanitaria de la Generalitat de Valencia continúa otro año coronando el grueso de los presupuestos. La tendencia de este ejercicio ha superado el crecimiento de otros anteriores y ha pasado del 31,9 por ciento del total de 2015 al 34,4 por ciento para este año. La Conselleria de Sanidad Universal contará con 5.909,15 millones que supone un aumento del 7,6 por ciento.

Llama la atención la subida del 18 por ciento (17,7 por ciento) del presupuesto para prestaciones farmacéuticas que llegará a los 1.045 millones de euros, para atender la eliminación del copago farmacéutico a menores con discapacidad superior o igual al 33 por ciento y a adultos con discapacidad acreditada superior o igual al 65 por ciento, las prestaciones ortoprotésicas y el incremento del pago a las oficinas de farmacia, entre otras líneas. Esta línea ascenderá a los 970 millones euros, frente a los 859 millones que fueron repartidos el año pasado.

La intención de la consellera, Carmen Montón, ha sido presentar unos presupuestos muy cercanos a la realidad, “para evitar, como ha ocurrido otros años, que las partidas se acabaran antes de final de año”. Una forma de evitar las facturas del cajón que no se registraban en el ejercicio corriente y terminaban generando deuda para otros años.

De nuevo, como la partida más elevada continúa la asistencia sanitaria que engloba tanto a la asistencia primaria como a la especializada, así como la asistencia



## REPORTAJE DE PORTADA

# Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas

hospitalaria y que asciende a 4.095,14 millones de euros, lo que representa el 69,3 por ciento del total de la Consellería y tiene un crecimiento con respecto al presupuesto del 2015 del 5 por ciento.

La investigación también recupera fuelle al aumentar su asignación de 11,6 a 15,9 millones de euros. 'Inspección Sanitaria', que entre otras funciones debe vigilar los conciertos y las concesiones administrativas, contará con 13,09 millones de euros.

### ■ EXTREMADURA

#### **1.518,9 millones para blindar una Sanidad pública de calidad, que alcance todo el territorio de la comunidad**

Los presupuestos de Extremadura para 2016 ascienden a 5.114 millones de euros, lo que representa un descenso del 4,7 por ciento con respecto a los del presente ejercicio. Sin embargo, la consejera de Hacienda, Pilar Blanco-Morales, ha subrayado que el presupuesto garantiza el blindaje de una Sanidad pública "de calidad, que alcance todo el territorio de la comunidad", con una subida del presupuesto del SES en 158,2 millones, un 11,6 por ciento más, lo que supone un total de 1.518,9 millones. Además, se mejora la dotación para ayudas a la dependencia, con una partida de 144,5 millones de euros.

El Servicio Extremeño de Salud (SES) dispondrá de presupuesto que servirá "para mejorar los servicios, no para la deuda de 450 millones con la que ha terminado 2015", señala el consejero del ramo, José María Vergeles.

Al responsable del SES le preocupa la "deuda de credibilidad del sistema gene-

rada en estos años", sostiene. El titular de la Sanidad en Extremadura recalca que el incremento del presupuesto irá dirigido a mejoras en infraestructuras y servicios. Asimismo incide en su disposición al diálogo con los profesionales sanitarios, su compromiso de afrontar los retos y "vol-

ver a tener uno de los mejores sistemas sanitarios".

El SES se fija para esta legislatura un plan de choque para rebajar las listas de espera, que en los años 2014 y 2015 han batido ré-

records de reclamaciones ciudadanas. En estos cuatro años se llevará a cabo una reforma de la Atención Primaria, "potenciándola, dando respuesta a la cronicidad y a las pluripatologías". En cuanto al área de salud, la apertura del centro de salud, Mérida Norte, y un nuevo acelerador lineal en el Hospital de Mérida, son los proyectos más inmediatos de la consejería.

### ■ GALICIA

#### **La inversión aumenta un 103% con respecto al 2015 y más del 45% se destinará a los profesionales**

En la Comunidad de Galicia los presupuestos de este año experimentan en el área sanitaria un incremento por segundo año consecutivo. Si el año pasado crecieron un 11,6 millones con respecto a 2014, los de 2016 suben un 103,3 millones en comparación al 2015. Estos 3.513 millones corresponden al 40 por ciento del total de la Xunta, lo que muestra el compromiso decidido y la firme apuesta del Gobierno gallego por el sistema sanitario.

Respecto a las políticas de personal, según el consejero de Sanidad y presidente del Servicio Gallego de Salud, Jesús Vázquez, más del 45 por ciento del presupuesto (1.551 millones) están destinados a nuestros profesionales, lo que supone 86,6 millones más que en el 2015 (5,84 por ciento de incremento respecto a 2015).

A lo largo de este año se continuará desarrollando la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad y, en este marco, se realizarán programas de intervención dirigidos a ciudadanos sanos o con patologías crónicas menores; los pacientes con patologías con morbilidad intermedia; y los pacientes muy complejos con alta morbilidad.

Uno de los ámbitos de actuación será la mejora de las infraestructuras sanitarias de la comunidad. Así, está previsto el final del Plan Director del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, con el equipamiento de los quirófanos, la finalización del Plan del Centro Hospitalario Universitario de Ourense (18,5 millones), la del Hospital de Burela (1,8 millones en la anualidad del próximo año), y la licitación del nuevo Plan Director e inicio de las obras de reforma del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol por un 1 millón de euros.

En Atención Primaria se dotan las partidas presupuestarias necesarias para concluir

#### **El gasto público en Sanidad ascenderá hasta 56.051 millones, cerca de las cifras de 2012, aunque todavía lejos de los 59.767 millones presupuestados en 2010**

los centros de salud en construcción. En total el importe de la inversión será de 12,9 millones de euros.

En el apartado de renovación tecnológica, se desarrollarán actuaciones en

los ámbitos de la radioterapia, medicina nuclear, radiología vascular intervencionista y de equipamiento de diagnóstico por imagen. Se contará con 33 nuevos equipos y se mejorará la prestación de 30 ya existentes. En total, 9,1 millones de euros.

## ■ LA RIOJA

### El SERIS y el personal acaparan el grueso del presupuesto de Salud

La Consejería de Salud de La Rioja contará en 2016 con un presupuesto de 412,6 millones de euros, 11 millones más que en el ejercicio pasado. Esta cuantía se destinará, por un lado, al mantenimiento de los servicios y prestaciones, con una especial apuesta por el fomento de la salud pública y, por otro, a la mejora de la política de personal del Sistema Público de Salud de La Rioja.

La consejera de Salud, María Martín Díez de Baldeón, asegura que este presupuesto “nos acercan mucho, en términos absolutos, a los presupuestos del periodo 2007-2009, si descontamos de aquellos las cuantías que se destinaban a la construcción de infraestructuras, que ahora ya son una realidad”.

El principal incremento de su departamento se registra en la prestación de servicios sanitarios directos a los ciudadanos, con una especial relevancia en el caso del Servicio Riojano de Salud que, con 265 millones de euros –un 3,9 por ciento más que en 2015–, representa casi el 65 por ciento del presupuesto total, mientras la consejería gestionará el 35 por ciento restante.

El aumento presupuestario se distingue en la práctica totalidad de las partidas, si bien es más destacable en las correspondientes a gasto de personal, que se incrementan en 5,6 millones de euros; el programa de promoción y protección de la salud, con un aumento del 11,09 por ciento; la investigación biomédica, con un incremento del 9,15 por ciento; y las inversiones reales, que aumentan un 70,7 por ciento hasta alcanzar 1,7 millones de euros.

En cuanto a la clasificación económica por capítulos, el principal incremento se produce en el capítulo 1, gastos de perso-



nal, que pasará de 176,6 millones en 2015 a 182,2 millones el próximo ejercicio. Este aumento permitirá convocar la Oferta Pública de Empleo prevista en el Sistema Público de Salud de La Rioja; establecer una tasa de reposición de efectivos del cien por cien en puestos sensibles; la reactivación de la carrera profesional; la mejora de la formación y la implantación de un sistema de trabajo por objetivos, que será diseñado junto a los profesionales sanitarios.

También ha indicado que se mantendrá la colaboración público-privada a través de conciertos sanitarios. En concreto, Salud destinará a este apartado 23,9 millones de euros, el 5,8 por ciento del presupuesto total.

## ■ MURCIA

### Las prioridades se dividirán entre las mejoras salariales, reducir las demoras y la mejora de infraestructuras

La Consejería de Sanidad de Murcia subirá este año un 5,32 por ciento. En concreto, el presupuesto asciende a 1.754 millones de euros, de los que 34 serán gestionados por la Consejería de Sanidad, 1.710,2 por el Servicio Murcial y de Salud y 9,7 millones de euros para la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región.

Encarna Guillén, consejera de Sanidad murciana, ha adelantado que las priorida-



## REPORTAJE DE PORTADA

# Sanidad encabeza un año más el *ranking* presupuestario de las comunidades autónomas

des de su Departamento se dividirán entre las mejoras salariales de los trabajadores del Servicio Murciano de Salud, el incremento de las acciones de desarrollo del Plan para reducir las esperas, las nuevas infraestructuras en Atención Primaria y Hospitalaria, así como para el fomento de la investigación biomédica.

Guillén anuncia la convocatoria de casi 1.000 plazas de empleo público en el ámbito sanitario. Así, dotarán a la plantilla de más estabilidad, al tiempo que ofrecerán nuevas oportunidades laborales.

La OPE para este año agrupa la convocatoria de 2013, 2014 y 2015 con su correspondiente tasa de reposición. El cometido de esta medida es “disponer de más efectivos para mejorar el funcionamiento del sistema”. La titular de Sanidad de esta comunidad autónoma adelanta que se destinarán 14 millones de euros para cumplir con las mejoras de los más de 20.000 trabajadores del SMS.

Los créditos dirigidos a esta última asignatura se incrementarán un 4,75 por ciento del presupuesto, lo que, en términos absolutos, se traduce en 447.853 euros más que el ejercicio anterior. La responsable sanitaria asegura que se promocionará el mecenazgo en el marco del próximo Plan de Ciencia y Tecnología e Innovación de la Región y, además, se creará una línea prioritaria de investigación de enfermedades raras.

### ■ NAVARRA

#### Plan Estratégico para frenar las listas de espera y promoción de la salud entre los objetivos prioritarios

La Comunidad Foral de Navarra dotará a Sanidad con un 5,96 por ciento más que el año anterior. Así, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dispondrá de un

presupuesto de 987 millones de euros, 55 más que los proyectados en 2015. La presidenta de la comunidad, Uxue Barkos, ha reconocido que una de las prioridades será reducir listas de espera para lo cual se destinarán 2,2 millones de euros. Se trata de implantar un plan estratégico frente a las esperas en el territorio foral.

En el presupuesto para 2016 se incluyen partidas para formación del personal sanitario o incremento de las inversiones, que suma un 38 por ciento más y alcanza los 33,2 millones. Barkos ha adelantado que buena parte de estos más de 30 millones de euros en inversiones se destinarán a la remodelación del Centro Psiquiátrico San Francisco Javier, la renovación de equipos médicos y al equipamiento de los nuevos quirófanos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

Además de estas asignaciones, las actuaciones preventivas y la promoción de la salud en todos los ámbitos constituyen el segundo eje prioritario de actuación del Servicio Navarro de Salud (SNS)-Osasunbidea que dirige el cirujano Fernando Domínguez. Para conseguirlo, se ha incrementado la dotación hasta los 1,6 millones de euros para programas de salud propios y de entidades locales y se reforzará la colaboración con las asociaciones de pacientes con otro 1,6 millones de euros.

La tercera gran línea de trabajo en 2016 será el fomento de la investigación e innovación sanitaria, un terreno que contará con 2

millones de euros, un 12,5 por ciento más que en 2015.

### ■ PAÍS VASCO

#### Salud gestionará 3.422 millones de euros para garantizar la asistencia sanitaria de todas las personas

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco gestionará 3.422 millones en 2016, con un gasto per cápita de 1.572 millones de euros, un 0,8 por ciento más con respecto al año anterior (1.568). El consejero, Jon Darpón, ha subrayado que en el presupuesto, que supone el 31,3 por ciento del total del Ejecutivo autónomo, se contempla una subida salarial para los profesionales de Osakidetza, iniciando así el camino de la compensación por el esfuerzo realizado durante la crisis económica. “Un presupuesto por y para las personas”, sentencia el consejero.

Para lograr ese objetivo de preservar los principios esenciales sobre los que se asienta el sistema sanitario vasco (universalidad, solidaridad, equidad, calidad y participación ciudadana), siempre desde la transversalidad de la salud en todas las políticas, el departamento que dirige Jon Darpón apuesta por las prioridades definidas en el Plan de Salud tales como la salud pública, con especial énfasis en la prevención, la equidad, destacando el mantenimiento de ayudas a la adherencia a los tratamientos y la asistencia sanitaria

de calidad a través de Osakidetza.

La mayor partida del departamento corresponde al Contrato Programa de Osakidetza, que además es la partida que mayor aumento presenta, un 1,04 por ciento, llegando a los 2.541 millones de euros. En cuanto

**Las diferencias entre CC.AA. desde 2007 pasan de 20 a 36 puntos. Todas han sufrido el efecto de la crisis, pero la traducción de esos recortes en Sanidad se han hecho de manera diferente en unas comunidades y otras**

a la distribución porcentual del presupuesto global del Servicio Vasco de Salud, el 68,9 por ciento irá dirigido al personal, el 9,5 a la farmacia, el 9,3 al material sanitario y el 12,3 por ciento al resto de gastos de funcionamiento.

Por otra parte, el Consejero de Salud asegura que en el 2016 culminará el proceso de integración de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria con la creación de la OSI Araba y la OSI Arabako Errioxa y que se iniciará la apertura escalonada del Hospital de Urduliz, lo que permitirá mejorar la asistencia sanitaria tanto de la comarca Uribe, como la de los y las pacientes que tienen como referencia el Hospital Universitario de Cruces.

Para infraestructuras y tecnología, Osakidetza contará con 47,6 millones. En el ámbito de la investigación e innovación, tras la acreditación en 2015 como Instituto de Investigación de Biocruces, junto al resto de recursos de Osakidetza en este ámbito, el presupuesto 2016 apoyará el desarrollo del binomio biociencias-salud, identificado como una de las tres áreas prioritarias de la Estrategia de Especialización Inteligente RIS3 de Euskadi.

### ■ PRINCIPADO DE ASTURIAS

#### **El gasto en personal crece en 33,5 millones y llega a los 765, más del 47% de las cuentas del SESPA**

La Consejería de Sanidad de Asturias

gestionará en 2016 el más elevado presupuesto de su historia, 1.649 millones, que permitirán, entre otras acciones, convocar una amplia oferta de empleo público y afrontar la primera fase del proyecto de reforma del Hospital de Cabueñes. El 98 por ciento de los fondos del departamento que dirige Francisco del Busto se concreta en la transferencia al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), que aumenta sus cuentas un 12,9 por ciento respecto a este ejercicio, y alcanza los 1.618 millones.

Este aumento se realiza, según fuentes de la consejería de Hacienda, para “garantizar y reforzar el mantenimiento del actual sistema público de salud, accesible, de calidad y bien implantado en el territorio”.

El gasto en personal crece en 33,5 millones y llega a los 765, una cantidad que supone algo más del 47 por ciento de las cuentas del SESPA. Este incremento está relacionado con el abono de la paga extra suprimida en 2012, la reducción de la temporalidad y la entrada en vigor de un nuevo nivel de la carrera profesional. También, crece de forma significativa, en 17,2 millones, la cuantía destinada a sustituciones y a las contrataciones temporales, sobre todo en Atención Primaria.

Más del 21 por ciento del gasto total del Servicio de Salud se dedicará a la compra de productos farmacéuticos, material quirúrgico, consumibles, hemoderivados e implantes. El resto se destinará al pago de la energía, el mantenimiento de las instalaciones e inversiones.

El presupuesto para medicamentos de uso hospitalario pasa de 81,8 a 131 millones, con el propósito de garantizar que los pacientes asturianos accedan a tratamientos innovadores como los de la hepatitis C, en los que se han gastado este año 25 millones, y a fármacos oncológicos de última generación ■





Hay que conseguir que los  
**profesionales**  
sean partícipes  
de las  
**decisiones**  
sanitarias

**Fernando Domínguez Cunchillos**

Consejero de Salud de Navarra

Texto y fotos  Nekane Lauzirika



## ENTREVISTA

Fernando Domínguez Cunchillos

### “Hay que conseguir que los profesionales sean partícipes de las decisiones sanitarias”

El nuevo consejero de Salud de la Comunidad foral de Navarra, Fernando Domínguez, trabajará durante estos cuatro años por una Sanidad “pública y participativa”, que implique tanto a profesionales como a pacientes en las decisiones que les afectan. Cirujano desde 1978 en Navarra, este zaragozano de nacimiento, pero pamplonés de adopción, que inició su carrera profesional como médico rural, se muestra muy ilusionado ante el reto de dirigir la gestión sanitaria pública, “por tener la oportunidad de intervenir en un cambio de sistema, en otra forma de hacer las cosas”. Prestigioso especialista en Cirugía Mamaria, cuya unidad clínica dirigió en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) hasta su nombramiento como consejero el pasado mes de julio en el Gobierno técnico configurado por la presidenta Uxue Barkos, recalca, en la entrevista concedida a la Revista EL MÉDICO, que su “mayor prioridad” en este momento es “cambiar la estructura del sistema sanitario”, para hacerlo “más cercano y participativo”. Entre las correcciones que abordar en el Sistema Navarro de Salud (SNS)-Osasunbidea destaca la necesidad de reducir la distancia que actualmente existe entre la Atención Primaria y la Especializada, dos áreas que casi cohabitan de espaldas, “cuando en realidad tendrían que estar perfectamente coordinadas para que el paciente se sienta el centro de la asistencia médica, que es nuestro principal objetivo”, sostiene Fernando Domínguez.

Gran conocedor de los entresijos de la sanidad navarra “por haber ejercido la profesión desde la trinchera”, el cirujano Fernando Domínguez es un firme defensor de la Sanidad pública y universal. Durante

unos años tuvo también consulta privada, actividad que descartó al percibir que con los medios que había en Navarra no podía ofrecer a sus pacientes la misma calidad asistencial que en la pública. “Decidí trabajar en exclusiva

para el SNS, ya que lo que me gusta es atender a la gente”, apunta Domínguez, al tiempo que reconoce sentirse muy cómodo en el “Gobierno técnico” conformado por la presidenta Uxue Barkos, en el que “rodeándome de la gente adecuada”, alejada de etiquetas políticas concretas, “creo que encajo bien”.

**Del quirófano al despacho. ¿Qué le motivó para cambiar el bisturí por el Boletín?**

Lo que me impulsó a “aparcar” la cirugía y dar el salto al Gobierno fue responder a un compromiso que en ese momento teníamos todos los que formábamos parte del

Sistema Navarro de Salud (SNS) por cambiar las formas de hacer las cosas. Cuando me lo propusieron, sinceramente, creí que debía aceptar e involucrarme en el cambio.

Me plantearon formar parte de un Gobierno técnico, como así ha sido, que es una forma de ayudar a los pacientes desde otro punto de vista. Puse dos condiciones: poder escoger a mi equipo –no he tenido ninguna pega-, y asumir el acuerdo programático, que había leído previamente

y con el que comulgaba; por tanto, pensé que lo podía/debía asumir. Y lo hice.

**Accede a la consejería en momentos de crisis y cambio, ¿qué herencia recibe de su antecesora en el cargo, la economista Marta Vera?**

La verdad es que la consejería de Salud es muy compleja y entiendo todas las dificultades que hay, pero es verdad que nos hemos encontrado, junto a algunas fortalezas del sistema, también debilidades importantes. La crisis afectó de distintas maneras; en principio, en la legislatura de mi

antecesora Marta Vera, lo que primó fue el control del gasto en vez de verificar los resultados, con lo cual las restricciones fueron importantes. En diferentes campos nos hemos topado con una obsolescencia absoluta. Además, se produjo una desinversión importante que influyó negativamente en la buena marcha del sistema.

**¿Qué presupuesto destina el Gobierno de Navarra a Sanidad?**

Contamos con 987 millones, lo que significa un incremento sobre el presupuesto inicial de alrededor del 6 por ciento. Cerca de 1.400 euros per cápita. Lógicamente a todos nos gustaría disponer de más recursos, pero creo que se pueden hacer muchas cosas y bien con este dinero, entre otras, realizando reajustes para retirar y suprimir las bolsas de ineficiencia que sí que las hay y redistribuyendo adecuadamente esos recursos. Lo que tenemos que hacer es conseguir la mejor Sanidad posible con este presupuesto.

**Dinero, dinero, dinero. ¿Es suficiente para una buena Sanidad?**

No todo se arregla con un mayor presupuesto. Contar con una buena Sanidad es también una cuestión de eficiencia. Lógicamente, cuanto más recursos tienes resulta más fácil gestionar un área tan sensible



como Sanidad. Pero lo que debemos hacer es llevar a cabo medidas imaginativas y ver dónde hacen falta más recursos o no; asimismo, tenemos que ser capaces de eliminar las bolsas de ineficiencias donde las haya. Además, hay que tender a realizar una valoración de la atención sanitaria por los resultados obtenidos y no por el gasto que ha supuesto. Vamos por ese camino.

**Como en todas las empresas, reconoce la existencia de bolsas de ineficiencias. ¿Dónde sitúa las más importantes que hay que combatir?**

En cualquier parte del sistema nos podemos encontrar ineficiencias. En la gestión de las listas de espera hay mucho margen de mejora, así como en la realización de algunas pruebas complementarias. Los recursos que tenemos los debemos de aprovechar al máximo y sacar el mayor rendimiento posible. No me cabe en la cabeza, y lo hemos hablado muchas veces, que los

quirófanos paren a las tres de la tarde y no se utilicen hasta la mañana siguiente. No tiene sentido que las consultas no funcionen por las tardes; esto se va a cambiar. Con los recursos que disponemos y con medidas imaginativas hay que ver cómo podemos solucionar la situación actual para lograr un mayor rendimiento.

**De administrado a administrador, ¿seguirá pensando que los profesionales de Sanidad tienen que formar parte imprescindible en las decisiones de las políticas sanitarias? Se lo pregunto porque se quejaban de estar ninguneados.**

La ventaja que tengo es que conozco perfectamente la medicina desde la trinchera y entiendo perfectamente a mis compañeros. Los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea son el principal valor que tenemos; lo decía cuando era uno de ellos y lo digo ahora que soy consejero. El entusiasmo y la dedicación que tienen

los sanitarios en Navarra no es fácil de encontrar en otros lugares. Nos conformamos con poco. Solo con decir qué bien lo estás haciendo es suficiente. Uno de los mayores errores que cometió Marta Vera fue haber tomado decisiones sin contar con la participación de la gente; la sensación de no ser escuchados ni oídos fue tremenda; la lejanía que sufrimos los profesionales se ha ido acentuando en todas las legislaturas, sobre todo en la última; es lo que hay que evitar. Suelo comentar que íbamos como pollos sin cabeza. Hay que hacer posible que los profesionales sean partícipes de las decisiones, de ahí que se hable de una Sanidad participativa. En otras legislaturas, el profesional que quería trabajar, trabajaba. Pero faltaba un objetivo claro de lo que tenía que ser el Sistema Navarro de Salud-SNS.

**¿Tienen ahora claros los objetivos?**

Sí, están muy claros. Una de las primeras



## PERFIL

## Fernando Domínguez Cunchillos

Nació en Gallur (Zaragoza) en 1953. Está casado y tiene un hijo.

Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (1976), especializado en Cirugía General y Aparato Digestivo, y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (1984), con la calificación de sobresaliente *cum laude*. Además, ha sido acreditado para ejercer en los demás Estados miembros de la Unión Europea y tiene el diploma de Experto en Senología que concede la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (1990).

Inició su trayectoria profesional en 1976 en la provincia de Teruel como médico de Atención Primaria, pero dos años más tarde se trasladó a Navarra, donde prácticamente ha desarrollado toda su actividad laboral en las áreas de Urgencias, Medicina del trabajo, Medicina hospitalaria y Especializada extrahospitalaria, y Cirugía taurina. Durante estos años, ha ocupado diversas jefaturas, entre las que cabe destacar la dirección de la Unidad Clínica de Cirugía Mamaria del Complejo Hospitalario de Navarra entre los años 2013 y 2015.

Además del ejercicio médico, también ha desarrollado una actividad científica e investigadora. Ha participado en un total de 60 publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales y es autor de la *Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares*, que es utilizada como referencia por la Asociación Española de Cirujanos. Ha participado, asimismo, en cerca de 120 congresos, simposios y reuniones, y aportado alrededor de 225 comunicaciones científicas.

En el ámbito docente, ha dirigido tres tesis doctorales y ha impartido clases sobre cirugía general y patología mamaria en varias universidades españolas.

Igualmente, ha participado en diversos órganos científico-técnicos, como la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, entidad de la que forma parte desde 1991 y que presidió entre los años 2001 y 2005. Es, además, miembro de la Sociedad Internacional de Senología y de la Asociación Española de Cirujanos.

debe hacer y tener claro lo que el SNS espera de él.

**Reivindicaban, usted incluido, la Carrera Profesional. ¿Cómo piensa abordar ahora este punto?**

En esta legislatura vamos a tratarla, aunque aún no le hemos dado una vuelta. Lo cierto es que tanto el gerente y el director general como este consejero creemos que la carrera profesional está mal empleada. Es una herramienta que puede ser buena, pero que no se ha utilizado bien. Al final se ha quedado como los antiguos trienios. Es un premio a la antigüedad sin más. Pero no todo el mundo tiene que ser igual; la carrera profesional debe servir para incentivar al profesional a desarrollar mejor su trabajo. Vamos a abordarla y hacerle un cambio profundo.

**Propone como objetivo cambiar la estructura del sistema sanitario para hacerlo más cercano y más participativo. ¿Qué medios utilizará para lograrlo?**

Queda muy bonito decir que buscas un sistema más participativo tanto para el profesional como para el paciente, pero realmente hay que hacerlo. Uno de los primeros pasos que llevamos a cabo nada más aterrizar en la consejería, y en ello estamos todavía, fue tomar contacto y recibir a las asociaciones de pacientes, porque soy un firme defensor del movimiento asociativo. Porque quien mejor conoce los problemas que tiene es el paciente, el que está sufriendo una determinada situación, y la mejor forma de que nos llegue a nosotros sus necesidades es escuchándole. Lo que pretendemos es que el paciente esté incluido en comisiones clínicas, técnicas y darle voz a quien no la ha tenido hasta ahora.

**Listas de espera, mal endémico en la Sanidad pública. ¿Cómo piensa atajarlo?**

Cuando se habla de las listas de espera se suele incluir en el mismo saco consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, cuando el tratamiento debe ser

acciones que hemos hecho en estos siete primeros meses ha sido reunirnos con los trabajadores de Salud. Muchas veces sucede que lo que se piensa en la Consejería, en las Direcciones, en el Servicio Navarro de Salud no se transmite y no llega al profesional que es el que tiene que poner en

práctica las medidas. Al margen de mantener encuentros con las Juntas Técnicas Asistenciales, etc., hemos realizado reuniones con los directivos para establecer unas estrategias y unos cronogramas para ir cumpliendo unos objetivos definidos. Para ello el profesional tiene que saber lo que

distinto en cada caso. En este momento, lo que más nos preocupa son las demoras para pruebas diagnósticas. En principio, hay tres posibilidades de abordarlas y de que disminuyan. Una es intervenir sobre la entrada de los pacientes en las listas de espera. Para ello hay que elaborar protocolos de derivación con la atención primaria que sirvan para disminuir esa afluencia de pacientes a asistencia especializada o al centro hospitalario. Por

otro lado, en el ámbito hospitalario hay que priorizar los casos para darles la salida adecuada. Lo fundamental para reducir las esperas es mejorar la relación entre la Atención

Primaria y Especializada, potenciando las consultas no presenciales. Son herramientas que hay que poner en práctica. Muchas veces en estos puestos de Dirección lo que hacemos es estar apagando incendios, porque no tenemos tiempo, a pesar de que lo primero que hay que hacer, y ya la tenemos, es una planificación de cómo se va a abordar el problema.

**Dicen los técnicos sanitarios que existe una descoordinación casi total entre la AP y la Atención Especializada. ¿Qué harán para acercarlas y coordinarlas?**

Sí. Es una pena porque es como si fueran dos sistemas distintos. Hay una lejanía sideral. Debemos ir hacia un modelo de gestión pensando en el paciente y en los procesos que tiene: intentar elaborar protocolos desde Atención Primaria que incluyan también la actividad de los especialistas. El paciente es una persona que tiene uno o varios problemas y debemos establecer protocolos que unifiquen la asistencia integral de ese paciente, incluso abarcando aspectos sociosanitarios; a fin de cuentas, muchos problemas sociales repercuten en la salud y viceversa. Es una locura, por ejemplo, que haya una historia clínica informatizada para Primaria y otra para Es-

pecializada. Lo primero que hemos de hacer es unificarla; la historia clínica está implantada en toda la comunidad, pero son distintas para los dos sistemas y el acceso es muy complejo.

**Entonces, ¿además de integrar la asistencia sanitaria, pondrán en común la gerencia de ambas?**

**La carrera profesional debe servir para incentivar al profesional a desarrollar mejor su trabajo. Vamos a abordarla y hacerle un cambio profundo**

en Osakidetza en la Comunidad Autónoma Vasca ya están funcionando algunas áreas de este modo, que la forma más eficiente de gestionar la salud es integrando en una misma área asistencial y de gerencia la Atención Primaria y la Especializada, siempre y cuando el área sea lo suficientemente pequeña como para que se pueda manejar de este modo global. En este momento ya lo hemos organizado en el área de Estella/Lizarrá y en Tudela. Tenemos una

gerencia única donde están integrados los dos niveles asistenciales. Queremos potenciar la Primaria, pero teniendo cuidado de no caer en el error de que en ese sistema de gestión integrado el

hospital y la asistencia especializada acabe fagocitando a la AP. Por eso lo que hemos decidido es poner gerentes con perfil de Primaria. Creemos que de este modo equilibramos la presencia coordinada y pensada de cada área asistencial.

**A veces lo que más se ve de la Sanidad son las infraestructuras. ¿Cómo valora**

**las que tienen? ¿Necesitan invertir en este capítulo?**

Estamos muy bien. A veces, excesivamente bien, aunque sí que es verdad que hay una distribución irregular. Cuando nos iniciamos en la consejería nos encontramos con ocho quirófanos nuevos en el Complejo Hospitalario que no se habían podido dotar de equipamiento, con lo cual estaban cerrados; los vamos a abrir próximamente. Nos encontramos también con unos proyectos faraónicos, por ejemplo la previsión de construir un centro de alta resolución diagnóstica del cual solamente se podía abordar presupuestariamente el proyecto y al que además tampoco le vemos demasiada utilidad. La alta resolución tiene que estar en la mente de los profesionales, no en la estructura que nos encontramos. De tal manera que la idea que nos mueve es hacer solamente aquellas estructuras que sean necesarias, las que se vayan a utilizar y que se puedan dotar de equipamiento. Lo contrario sería tirar el dinero.

**Tal vez más importante que las infraestructuras sean los recursos humanos. ¿Necesitan más médicos y personal sanitario en general en Navarra? ¿O es preciso reestructurar la plantilla?**

No. Tanto en recursos humanos como en material tecnológico estamos bien. Lo que sí es verdad es que debemos realizar una redistribución de médicos de AP. Hay zonas que están con una dotación por encima de las necesidades y otras van más justas.

**Las críticas sobre el funcionamiento del servicio de urgencias del Complejo hospitalario de Navarra han sido permanentes desde su puesta en marcha.**

Los problemas que hubo con las Urgencias



## ENTREVISTA

### Fernando Domínguez Cunchillos

del Complejo se han solucionado en parte. El problema es que ya nacieron mal. El nuevo edificio estaba pensado solo para el Hospital de Navarra; cuando se abrió ya resultaba pequeño. Hay problemas de estructura y probablemente también de funcionamiento. Pero también es cierto que desde que comenzó su actividad hasta ahora sí que ha mejorado el servicio; aunque al principio sí fue un caos debido, tal vez, a que habría que haber mantenido abiertas las urgencias de Virgen del Camino durante un tiempo hasta ver cómo funcionaban las nuevas urgencias. En estos momentos están funcionando bien. Pero hay que intentar que vayan menos pacientes a las urgencias hospitalarias y para eso potenciar la Atención Primaria y las urgencias extrahospitalarias.

**¿Cómo ha quedado el servicio hostelero en los hospitales que tanta polémica generó entre pacientes en la anterior legislatura?**

En estos momentos se están produciendo menos reclamaciones, pero tampoco es muy valorable, porque a veces se debe a que los pacientes se van acostumbrando y reclaman menos. El otro día me comentaba un paciente que se llevaban el primer plato de casa; realmente sí que es verdad que los ingresos hospitalarios son más cortos. Pero también es verdad que la comida es parte fundamental en la recuperación del paciente; un paciente que está enfermo y no tiene una comida que le apetezca y que no le entre por los ojos va a tardar más en recuperarse. La idea es que todos los servicios que se puedan centralizar, y que dependan del departamento de Salud, se centralicen, porque la comida hospitalaria no solo es un asunto de hostelería, sino también de salud. En estos momentos hay un contrato que nos liga a 'Mediterránea de catering' hasta junio de 2016 y en este

tiempo tenemos que hacer un estudio administrativo-jurídico-económico sobre su coste, porque las cocinas se desmantelaron y, por tanto, puede ser muy elevado reponerlas; pero la idea en principio y si es posible, sería revertir la situación.

**¿Puede mantenerse un nivel de Sanidad pública de calidad desde el prisma más economicista como defendían los gestores de la anterior legislatura?**

Sí. En la legislatura de Marta Vera y en la anterior de María Kurtz, lo que realmente faltó fue el diálogo y eso generó muchos problemas. El tema de la externalización, si se hubiera hecho consensuada, habría generado menos problemas. El tema de las urgencias, si se hubiera producido con consenso, habría originado menos problemas. Es verdad que muchas veces es más fácil gobernar a golpe de vamos a hacer esto y punto, pero hay que oír al paciente y al profesional, que son quienes mejor te pueden orientar de cómo pueden ir bien las cosas.

**Usted es consejero de Sanidad, también de la privada, ¿es fluida la concertación público-privada?**

Siempre pienso que como criterio, concertar no es malo. La relación público-privada no es mala, pero sí que es verdad que siempre se tiene que hacer desde la subsidiaridad al sistema público. Es decir, tiene que ser siempre bueno para el sistema público. Si en un momento determinado hay que externalizar algo para un Plan de choque, por ejemplo, en torno a las listas de espera, no pasa nada, pero siempre que antes se hayan optimizado los recursos del sistema público. Por otro lado, hay que decir que el porcentaje de concertaciones es de los más bajos de España.

**¿Considera que los médicos están bien**

**remunerados en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea?**

A todos nos gustaría estar mejor pagados en nuestra profesión, pero sí que es cierto que ha habido una pérdida de poder adquisitivo importante de los médicos de Navarra. Probablemente lo que haya que hacer es darle una vuelta al sistema de remuneración. Lo que también hay que hacer es ir más hacia una valoración por resultados. Cuando se coge la nómina de un médico en Navarra hay una serie de complementos que no se entienden muy bien, sin embargo, se han mantenido históricamente. Por ejemplo, el complemento de destino se está pagando a todos. Y no se puede abonar lo mismo a un médico que trabaja en Pamplona que a otro que está en el Roncal, o en el Pirineo. Eso es el complemento del destino real. Probablemente habrá que realizar un estudio de reorganización de todo esto. En líneas generales, el médico de Navarra, como en el resto del Estado español, está mal pagado si lo comparamos con los colegas europeos. Lógicamente vamos a intentar una mejora, dentro de las posibilidades que podamos, de las condiciones salariales y de trabajo, porque con los compañeros que he hablado, nadie me ha pedido cobrar más. Lo que me han solicitado es mejorar las condiciones de trabajo y eso es de obedecer.

**¿Las peonadas son hechos pasados que no volverán?**

Se acabaron y en lo que de mí dependa no volverán, porque el tema de las peonadas, sí son necesarias en momentos determinados, como cuando se establece una lista de espera que no se puede descongestionar o cuando se necesita un plan de choque, pero siempre y cuando estemos realmente seguros de que el rendimiento de las consultas y quirófanos por las mañanas estén optimizados al máximo. Si no, es un sistema perverso, porque primamos a quien no está sacando el trabajo a lo largo de la jornada ordinaria. Tenemos que estar absolutamente seguros de que hemos llegado al rendimiento máximo en el horario ordinario para ir al sistema de peonadas.

## Envejecemos cronificando enfermedades a marchas forzadas. ¿Cómo progresa su Plan para Crónicos?

Hay un Plan que está ya funcionando y lo que pretendemos en esta legislatura es implementarlo. Abordar un Plan de Crónicos Pluripatológicos es importante, lo que tenemos que hacer es intentar disminuir el número de ingresos de estos pacientes y que cuando estén ingresados sea el menor tiempo posible, para lo cual debemos desarrollar una Atención Primaria potente, porque ese Plan de crónicos lo tiene que liderar fundamentalmente Atención Primaria en contacto con Especializada, pero fundamentalmente tiene que ser Primaria quien lo lleve adelante. Yo empecé como médico rural y estoy convencido de que la Atención Primaria es el pilar de la Sanidad, del sistema. Si no funciona la AP, no funciona la atención sanitaria.

## Me dicen amigos de otras zonas del Estado que tienen envidia sana de la Sanidad pública navarra. ¿Es sostenible tal como está?

Como en todos los sistemas lo que tenemos que hacer en Navarra es optimizar recursos. Cuanto más invirtamos, vamos a estar gastando más. En esa dinámica que llevamos no se puede seguir. Hay que promocionar la salud entre los pacientes, el autocuidado, que la persona sea consciente de que su salud no solo es cuestión de la consejería de Salud y de los sanitarios; hay que implicarle en su dolencia. La medicina participativa no solo se refiere a los profesionales, también incluye al paciente para que se haga más responsable de su propia salud. Tiene que ser consciente de que si se cuida es la mejor inversión para su salud. Solo así se puede reducir el gasto sanitario que va en aumento. Nuestra idea es promocionar la salud pública a través de distintas campañas.

## ¿Los inmigrantes tienen en Navarra los mismos derechos que los autóctonos?

La primera medida que tomamos en la con-



sejería fue enviar una circular sobre este asunto; ya se tenía en cuenta en determinados centros, pero en otros no, así que lo enviamos recordando que el emigrante tenía derecho a la asistencia por el hecho de ser ciudadano sin necesidad de que estuviera asegurado. Pensamos que tiene derecho a la asistencia por el hecho de ser ciudadano, concepto que había cambiado el famoso decreto de 2012, que en mi opinión supuso un importante paso atrás. Desde el primer día que alguien reside en Navarra tiene derecho a la asistencia igual que cualquier otro ciudadano. La medida no tenía ningún sentido porque colapsaban las urgencias.

## El aborto en Navarra es legal, ¿también real y posible en la Sanidad pública?

Lo que hicimos al llegar a la consejería fue presentar un borrador de decreto sobre salud sexual y reproductiva que, entre otras cosas, reconocía el derecho de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la Sanidad pública de Navarra. En este momento, la mayoría de quienes querían acceder a este derecho tenían que ir a una clí-

nica privada y cuando superaban determinadas semanas de gestación se iban a Madrid o Barcelona. El decreto va mucho más allá que regular la IVE; recoge también aspectos importantes como incluir la educación sexual y el respeto a todas las opciones sexuales desde la educación. El borrador estuvo en fase de exposición pública y se recogieron del orden de 235 sugerencias que han sido incorporadas a un nuevo borrador que se va a volver a colgar en el portal público para que se puedan aportar más ideas y que la gente participe. Pretendemos que sea un decreto consensuado, porque es la única forma de promulgar leyes estables, teniendo detrás una mayoría social que las soporte. En breve, pensamos que ya se podrá implantar, porque el decreto también regula los centros de atención a la mujer, que pasan a ser una atención integral también para los varones. Pasa a llamarse Centro de Salud Sexual, con lo cual se cambia el concepto y el nombre; la idea es que empiecen en cuanto se pueda disponer de todo, pero desde luego a lo largo de este año estará funcionando. Será un servicio determinado por ley y con profesionales dispuestos a aplicarlo, porque siempre se



## ENTREVISTA

### Fernando Domínguez Cunchillos

ha argumentado la objeción de conciencia, pero ha sido una excusa para no ponerlo en marcha. Además, tenemos capacidad para sacar plazas de ginecólogos con perfil. Hay normativas de rango superior que dicen que la objeción de conciencia no puede limitar el derecho de las personas.

**El Consejo Territorial. ¿Lo ve como un verdadero órgano técnico-administrativo sanitario o como un mero ente político?**

Tomé posesión el 24 de julio y el 29 me convocaron al Consejo. Fui al primero y último. La verdad es que me quedé muy sorprendido en sentido negativo. Pensaba que aquello tenía que funcionar de otra manera. Es un órgano con mucho contenido político, en el que a veces en las discusiones se olvidan de que hablan de pacientes; se mueven unos intereses políticos que a mí desde luego me superaban. Salí un tanto decepcionado. Hay que darle una vuelta para que sea realmente lo que tiene que ser: un órgano de coordinación sanitaria, algo que en este momento no lo es. A la vista está que no lo es por lo que ha pasado con el Decreto de prescripción de Enfermería. Se acordó una cosa y se saca otra.

**Muchos políticos se llenan la boca hablando de necesidad de un gran pacto sanitario estatal. ¿Lo ve necesario?**

No. Lo que hay que hacer es regular el gasto de cada CC.AA. en materia de Sanidad como en cualquier otra materia. Dar autonomía verdadera a las comunidades en la gestión de la salud. No se necesitan grandes pactos de Estado para ello. Hay que marcar unas líneas sujetas a las necesidades y limitaciones presupuestarias del Estado, pero en principio no hay que hacer grandes pactos.

**Tras una descentralización sanitaria, muchos vuelven a reclamar una recentralización total. ¿Qué opina? ¿Que devuelvan las competencias quien quiera?**

Detrás de muchas propuestas del PP, sí que ha habido un interés de recentralizar mu-

chas cosas y este es un aspecto más; el interés recentralizador, de quitar capacidad de gestión a las autonomías está ahí y es un riesgo que corren en este momento las autonomías.

**¿Uniformizar la atención sanitaria la mejoraría o empeoraría en**

**Navarra o la CAV? Se lo pregunto porque estas dos comunidades están a la cabeza en la asistencia sanitaria.**

Creo que lo que sí se tendría que hacer, y eso sí que sería una labor del Consejo Interterritorial, es unificar las carteras de servicios. No es lógico que un ciudadano sea de primera y otro de segunda viviendo en el mismo Estado. Unificar las prestaciones, pero lógicamente al alza. Lo que no se puede hacer es reducirlas porque en otras CC.AA. no se pueden hacer. Por eso hay que ir reajustando los sistemas. Sí me parece fundamental unificar la cartera de servicios al ciudadano.

**¿Qué relación mantiene con las comunidades aledañas?**

Nosotros ya establecimos un convenio de colaboración con Euskadi en cuanto a asistencia; hemos contactado también con La Rioja y con Aragón. Con todas las CC.AA. limítrofes, porque en Sanidad, como en todo, siempre es preferible sumar. Reconociendo que es verdad que cuanto más tratamiento de una patología se haga en un centro hospitalario mejor será la asistencia, es innegable, o al menos a mí me parece,

que no puede haber de todo en todos los sitios. No puede haber de todo en todas las CC.AA., por lo que hay que ir a pactos con comunidades limítrofes, fundamentalmente porque eso irá en beneficio de los pacientes. Lo que no se puede, ni se debe, es montar todos los servicios para todas las contingencias que puedan presentar los pacientes. No hay dinero que llegue.

**Antes de ser consejero, ahora y más adelante cuando lo deje, seguirá siendo usuario de Osasunbidea. ¿Cómo valora la atención como usuario? (no como médico ni como su gestor)**

Según el último estudio de la Defensa de la Sanidad Pública, estamos en la segunda posición, pero es cierto que la percepción que tiene la ciudadanía ha empeorado bastante. A pesar de todo, cuando se le pregunta, sigue estando satisfecho de su Sanidad. Esas encuestas me dan un poco de miedo, siempre tienen su sesgo. Cuando se le pregunta a un ciudadano sobre su Sanidad dice que es la mejor y cuando, a continuación, le preguntas cuántos sistemas sanitarios conoce contesta que uno y nada más. Por tanto, no tienen elemento de comparación. Por eso los profesionales tenemos que huir de autocomplacencias, dejar de mirarnos el ombligo, de pensar que somos los mejores, porque cuando piensas que eres el mejor, en ese momento dejas de serlo.

**¿Podría concentrar su programa en un reto concreto como objetivo, que de ser conseguido se diese por satisfecho al final de su mandato?**

Sería fundamental alcanzar una Sanidad pública con una calidad integral, basada, por una parte, en la asistencia de buen nivel que ya prestan nuestros estupendos profesionales y, por otra, en la percepción de esa calidad por los pacientes y ciudadanía en general. Sin olvidar que ha de ser Sanidad universal, eficiente y sostenible, porque debemos aspirar a la mejor asistencia sanitaria con los recursos que disponemos, algo que en mi opinión ahora no conseguimos. Con esto, que no es poco, ya me conformaría ■



# ¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en  
**Lyceum**

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

**Lyceum**

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



**saned**

GRUPO

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





RADIOGRAFÍA A LA SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA EN UNA  
JORNADA ORGANIZADA POR EL MÉDICO, SEDISA Y LA  
FUNDACIÓN AD QUALITATEM, CON EL APOYO DE LUNDBECK

# Andalucía

apuesta por la inclusión social  
y la recuperación de las  
**personas**  
con  
trastornos  
mentales

Texto | Eva Fariña

Fotos | Jesús Barrera



**Andalucía está a punto de poner en marcha su III Plan Integral de Salud Mental (PISMA III) para continuar una labor en la que “se han alcanzado muchos objetivos, pero que todavía tiene mucho camino por recorrer”. Así lo considera Aquilino Alonso, consejero de Salud de esta comunidad, en la inauguración del ‘Foro de Salud Mental’, organizado por la revista El Médico (Grupo Saned), en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), la Fundación Ad Qualitatem y la compañía farmacéutica Lundbeck. Una de las principales preocupaciones de la Administración andaluza es conseguir la inclusión social y la recuperación de las personas con trastornos mentales.**

A veces se siguen escuchando propuestas para crear centros especiales que acojan a personas con trastornos mentales, pero creo que no debemos repetir la historia de los manicomios”, manifiesta

Aquilino Alonso, consejero de Salud de Andalucía. Esta comunidad presume de ofrecer una atención integral pública en salud mental. En el caso de los programas de apoyo social para personas con trastorno mental grave, dispone de

la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). El Servicio Andaluz de Salud (SAS) y FAISEM cuentan con una serie de recursos que tienen como objetivo “desarrollar una red comunitaria de salud mental para la atención sanitaria y social y además promueven la eliminación del estigma social, con la colaboración de diversas entidades”. Este fue uno de los planteamientos claves con el que nació el primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, recuerda Manuel Alén, gerente de FAISEM.

Otra muestra de integración se observa en la formación del Patronato de FAISEM, que actualmente está presidido por el consejero de Salud; y del que también forman parte la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio. El objetivo es conseguir una estrecha colaboración

entre las redes de servicios sociales, salud, empleo, educación, justicia, cultura y deporte, el movimiento asociativo y otras instituciones.

### **El Patronato de la Fundación FAISEM está presidido por el consejero de Salud; y también forman parte la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio**

Mental debemos hacer un trabajo conjunto y continuado. Los procesos asistenciales integrados suponen una herramienta excelente en este ámbito y seguiremos avanzando en la consolidación de ese espacio compartido”.

Juan Tomás García, director general de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS), añade que una herramienta fundamental para realizar ese trabajo conjunto son las “unidades de gestión clínica”. Para alcanzar los objetivos del nuevo Plan, sus responsables consideran necesario emplear todos los instrumentos disponibles, como la historia clínica digital, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas o la Comisión Central para la Optimización y Armonización Farmacoterapéutica, que promueve el uso racional del medicamento, sobre todo respecto al consumo de psicofármacos.

El primer nivel de coordinación debe darse entre los servicios de salud mental y los de Atención Primaria (Enfermería, Trabajo Social, etc.), como defiende José Carmona, director del PISMA: “Los profesionales de AP y los de Salud

Para José Carmona, las unidades de gestión clínica en Andalucía “han aportado calidad a la asistencia, han permitido mejorar la accesibilidad, reducir la demora, definir indicadores de la actividad asistencial, obtener mayor eficiencia y la continuidad asistencial. Además, los profesionales participan en la gestión de sus propios recursos y ha supuesto un impulso importante a la investigación”.

En estos años, se ha venido trabajando en el desarrollo profesional y la gestión clínica, con el enfoque de la recuperación del paciente. Además, se ha consolidado FAISEM como fundación pública de referencia para la atención social a pacientes con enfermedad mental grave. Igualmente, se ha afianzado la participación de los pacientes, como reconoce el consejero Aquilino Alonso: “Para mí, ha sido todo un descubrimiento, creo que debemos aprender de ellos y de sus vivencias”.

De hecho, la Administración andaluza continúa trabajando y avanzando en la atención a la salud mental y prevé publicar, antes de julio de 2016, el nuevo Plan Integral de Salud Mental que vendrá a consolidar el protagonismo del ciudadano, la gestión clínica, el fortalecimiento del modelo de atención comunitario y el enfoque hacia la recuperación. “No se trata solo de palabras, sino de llevar estas iniciativas a la realidad de la práctica clínica y a la sociedad. Es necesario un cambio social para no solo reducir, sino también conseguir eliminar el rechazo social”, dice Alonso.

El nuevo Plan continuará avanzando en el respeto a los derechos de las personas con problemas mentales y su participación, en actividades de promoción y prevención en salud mental, mejorando la calidad de la atención a las personas con problemas de salud mental. Entre las líneas de trabajo, destaca: la atención a la población infantil y adolescente, el incremento de intervenciones de carácter psicológico, el uso racional de medicamentos, las intervenciones de detección y atención precoz, la recuperación y la atención a poblaciones con dificultades de accesibilidad a los servicios. Además, se desarrollará un plan de gestión del conocimiento, apoyo y desarrollo de la investigación.

El futuro Plan Integral abordará además la cronicidad desde el ámbito de la recuperación social y, para ello, juega un papel esencial el empoderamiento de la persona y el apoyo mutuo. Asimismo, “la situación de crisis económica de estos años conlleva que el nuevo Plan se oriente también a la búsqueda de la eficacia e innovación también en la atención a la salud mental”, comenta José Carmona, director del Plan.

### Lucha contra el estigma

La estrategia de la lucha contra el estigma ha sido uno de los objetivos fundamentales del actual Plan de Salud Mental y lo seguirá siendo en el nuevo documento. En estos años, se ha trabajado especialmente con los medios de comunicación y en el marco de la estrategia *1decada4*, cuya página web se ha convertido en referente en salud mental y ha sido visitada, en el último año, por más de 70.000 personas con 128.000 páginas consultadas.

Se han realizado múltiples actuaciones, editado videos y guías sobre el estigma, la salud general de las personas con enfermedad mental, ‘La Experiencia importa’, ‘No decidas por la cara’ y sensibilización en las aulas con ‘Lo Hablamos’.



También se han convocado dos premios contra el estigma, con el objetivo de potenciar las acciones locales de sensibilización, el trabajo en red, la coordinación entre los agentes implicados enfocadas a la recuperación y la integración social de las personas con enfermedad mental.

En el ámbito de la promoción y la prevención y, específicamente, en la infancia y adolescencia, se han puesto en marcha medidas para fomentar una parentalidad positiva; acciones para promocionar un desarrollo positivo en la adolescencia y se ha incorporado la educación socio-emocional en los programas de promoción de la salud en el ámbito educativo ‘Creciendo en Salud’ y ‘Forma Joven’. Asimismo, destacan en este ámbito los programas de prevención destinados a hijos de padres con enfermedad mental.

En población adulta, se han impulsado además los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), por los que hasta la fecha han pasado más de 11.000 mujeres con malestar psicosocial. Asimismo, se está realizando un intenso trabajo intersectorial en el ámbito de la preven-

ción del suicidio, poniendo en valor las redes locales de prevención.

Respecto a la atención de familiares y cuidadores, Gonzalo Fernández Regidor, responsable del PISMA, recuerda que existen programas de acompañamiento para pacientes con enfermedad mental grave y una colaboración permanente con el movimiento asociativo.

Desde FAISEM también se favorece la recuperación y la consideración de ciudadanos y ciudadanas de personas con trastorno mental, y se les facilitan casas-hogar

donde viven no más de 20 pacientes con personal de apoyo. También hay un programa de empleo y servicios de orientación para buscar salidas laborales a personas con este tipo de trastorno,

ya que el paro afecta a casi el 90 por ciento de este colectivo. Asimismo, es necesario cierto apoyo para la vida cotidiana, con centros de día, centros ocupacionales, clubes sociales. Andalucía cuenta también con programas para personas con especial vulnerabilidad, que viven en la calle o están en prisión. La idea es

## El PISMA III considera clave la evaluación de resultados para saber en qué aspectos debe mejorar el sistema y qué problemas quedan por resolver



# Andalucía apuesta por la inclusión social y la recuperación de las personas con trastornos mentales

complementar la actuación sanitaria con soporte social para que la gente viva integrada en la sociedad.

Desde los estamentos públicos, en especial FAISEM, se intenta desarrollar pro-

gramas de sensibilización de familias, clubes sociales, actividades deportivas, entre otras iniciativas. Una de las más novedosas ha sido la realización del documental 'Me gana la vida', que refleja la recuperación de personas con proble-

mas de salud mental a través del empleo. Este trabajo audiovisual demuestra que es posible la integración de los pacientes en las empresas, con lo que se reducen o eliminan los estigmas y la discriminación.

## CONCLUSIONES DEL FORO EN SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

**1** El modelo comunitario de atención de la salud mental en Andalucía es público y atiende las necesidades sanitarias y sociales de las personas afectadas, con los criterios de accesibilidad, equidad y calidad en los ámbitos de la promoción, prevención, atención y recuperación. Desde la Administración autonómica se promueve la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad como ciudadanos con plenos derechos, y teniendo como objetivo fundamental la recuperación de su proyecto vital a pesar de la enfermedad. Andalucía concluyó en el año 2000 el cierre de los hospitales psiquiátricos, que fueron sustituidos por una red diversificada de dispositivos de orientación comunitaria distribuidos por todo el territorio andaluz.

Por tanto, como rasgos definitorios de este modelo, podemos incluir lo siguiente:

- La superación de las instituciones asilares.
- El establecimiento de un modelo de servicios comunitarios de carácter público.
- La integración de los recursos sanitarios dentro del sistema sanitario general.
- El desarrollo de una estructura específica para la gestión de programas de apoyo social.
- La diversificación y territorialización de los servicios, con coordinación intersectorial.
- El uso de herramientas como la gestión clínica y los procesos asistenciales integrados.

Estos aspectos están en línea con las tendencias internacionales (OMS) y marcan claras diferencias con la situación en la inmensa mayoría de las CC.AA.

**2** Para favorecer la inclusión social de las personas con trastorno mental grave, Andalucía cuenta con una red específica de programas de apoyo social desarrollados por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). Su objetivo general es apoyar la recuperación y la ciudadanía de las personas con discapacidades derivadas de padecer trastorno mental grave (TMG), y facilitarles soportes para su vida activa en la comunidad en áreas claves como son:

- a. El alojamiento (Programa residencial con Casas Hogar y Viviendas supervisadas).
- b. El empleo (Programa de Empleo con SOAE y Empresas Sociales).

- c. La actividad cotidiana (Programa de soporte diurno con Centros de Día y Clubes Sociales).
- d. La tutela jurídica (participación en Fundaciones Tutelares provinciales).
- e. El apoyo en situaciones de riesgo específico de exclusión social (personas con trastornos mentales graves sin hogar y población penitenciaria).
- f. Programas de actividad física y deportes, y arte y cultura.
- g. En la lucha contra las barreras sociales ligadas al estigma.
- h. Apoyo de los movimientos asociativos de familiares y de usuarios.

Estos programas se desarrollan en coordinación con los servicios de salud mental y los servicios sociales, mediante una gestión pública eficiente y sostenible, y desarrollando además actividades de investigación, formación y cooperación técnica nacional e internacional.

**3** En relación a los problemas de salud mental en prisiones, desde el modelo andaluz se mantiene un planteamiento general, sustentado en los siguientes apartados:

- La responsabilidad general de la atención corresponde a Instituciones Penitenciarias.
- Los Servicios de Salud Mental desarrollan una atención especializada articulada con los equipos sanitarios de prisiones.
- Los servicios de FAISEM cooperan en la atención facilitando la inclusión social a la salida de las instituciones.
  - i. Con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario.
  - ii. Con prisiones ordinarias.
- Hay mecanismos de coordinación establecidos:
  - iii. Convenios para la atención sanitaria.
  - iv. Comisiones para el manejo intersectorial de casos concretos.

Asimismo, desde Andalucía se realizó un estudio de prevalencia (472 hombres que cumplen condena en dos prisiones ordinarias) que muestra cifras muy elevadas de personas con problemas de adicciones y trastornos de personalidad, menos elevadas, pero importantes, de personas con trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) y en menor medida de personas con trastornos mentales graves. Estos perfiles y cifras coinciden básicamente con otros estudios nacionales e internacionales.

## Autonomía pionera en política farmacéutica

La política farmacéutica en salud mental de Andalucía está estrechamente ligada a la estrategia económica de la

Consejería de Salud. Antonio Peinado, subdirector general de Farmacia y Prescripciones del SAS, explica que esta autonomía “ha sido pionera y sigue siendo líder en la toma de medidas para conseguir un uso racional del medicamento”,

y uno de los ejemplos ha sido, desde 2001, la prescripción por principio activo. En la actualidad, este criterio para prescribir un fármaco alcanza casi el 95 por ciento, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria.

**4** El III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA III) da un mayor protagonismo al ciudadano, a la atención integral a la infancia y a la adolescencia, a la gestión clínica y al fortalecimiento del modelo de atención comunitaria, enriquecido con la perspectiva de la recuperación. En este escenario, la atención sanitaria y social funciona de manera integrada, y la evaluación de resultados es clave para identificar áreas de mejora y ofrecer la mejor atención posible.

**5** El sistema andaluz colabora de forma continua con los movimientos asociativos y favorece la participación de los usuarios, tanto de las personas con problemas de salud mental como de sus familias. Por otro lado, se incide en que la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental debe ser constante, hasta llegar a su total desaparición dentro del complejo proceso de integración del paciente en la sociedad.

**6** Desde el año 2004, Andalucía cuenta con la estrategia intersectorial de sensibilización y lucha contra el estigma ‘1decada4’, coordinada por el Grupo de Sensibilización del PISMA, integrado por representantes de FAISEM, SAS, Escuela Andaluza de Salud Pública, FEAFES-Andalucía y la Federación En Primera Persona.

**7** El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) apuesta por las unidades de gestión clínica que mejoran la accesibilidad al sistema, reducen los tiempos de demora, establecen indicadores de resultados, mejoran la eficiencia y favorecen la continuidad asistencial. Este modelo organizativo destaca por la participación de los profesionales, que se sienten corresponsables de los objetivos marcados y por el papel de los ciudadanos, involucrados en la puesta en marcha y seguimiento de las acciones llevadas a cabo. Salud mental es pionera en el desarrollo de la gestión clínica, ya que desde 2010 todos los dispositivos y todos los profesionales de esta especialidad están integrados en una UGC.

**8** Entre las principales áreas de mejora de las unidades de gestión clínica está la necesidad de conocer mejor los resultados, definir con más exactitud los objetivos, así como dotar de mayor autonomía a los directores para poder gestionar los recursos, la política de recursos humanos, el manejo del presupuesto, etc.

**9** Respecto a la adherencia terapéutica en Salud Mental, existen pro-

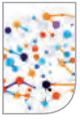
gramas para pacientes que necesitan atención intensiva en la comunidad, con diagnóstico de psicosis o trastornos de personalidad graves. Son programas multidisciplinares en los que participan los profesionales sanitarios y los de FAISEM, con la colaboración de los movimientos asociativos. Los programas de tratamiento intensivo han conseguido disminuir el número de hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

**10** El abordaje de la cronicidad en salud mental se realiza desde una perspectiva global, e incluye los principios de la recuperación, es decir, la persona recupera su proyecto vital en los diferentes ámbitos de su vida, y aprende a gestionar su problema de salud mental (que es un elemento más de su vida, pero no el principal), contando con los apoyos necesarios de sus iguales, familiares, servicios sanitarios y de apoyo social, y la sociedad en general.

**11** El trabajo de los profesionales de Atención Primaria (Medicina de Familia, Enfermería y Trabajo Social) debe ser coordinado con Salud Mental de forma conjunta y continuada, en el marco del espacio de cooperación establecido entre ambos niveles asistenciales. La coordinación interniveles es una de las claves de la gestión por procesos asistenciales de la Consejería de Salud, y existen cuatro relacionados con salud mental: ‘Ansiedad, Depresión y Somatizaciones’, ‘Trastorno Mental Grave’, ‘Trastornos de la Conducta Alimentaria’ y ‘Trastornos del Espectro Autista’.

**12** Andalucía cuenta con una trayectoria de investigación en salud mental financiada con fondos públicos. Desde el SSPA se ha planteado la necesidad de coordinar un plan de investigación que esté unido a los servicios para identificar áreas de mejora, evaluar los resultados, el *big data*, la comunicación y la relación directa con las personas atendidas, etc.

**13** Andalucía ha sido pionera en la toma de medidas para promover el uso racional del medicamento y la prescripción por principio activo, que actualmente es superior al 90 por ciento tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria. El ahorro de esta estrategia económica permite a la Administración autonómica incorporar las innovaciones, siempre que supongan un beneficio respecto al tratamiento anterior y se mantenga la sostenibilidad del sistema.



### EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

**AQUILINO ALONSO**, consejero de Salud de Andalucía

**JUAN TOMÁS GARCÍA**, director general de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

**RAMÓN GONZÁLEZ CARVAJAL**, secretario general de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud

**MANUEL ALÉN**, gerente de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

**JOSÉ CARMONA**, director del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA)

**JUAN RAMÓN CASTILLO**, presidente del Centro Andaluz de Farmacovigilancia

**ANTONIO PEINADO**, subdirector general de Farmacia y Prestaciones del SAS

**GONZALO FERNÁNDEZ**, responsable del PISMA

**PABLO GARCÍA**, asesor técnico del PISMA

**MARCELINO LÓPEZ**, director de Programas de FAISEM

**ANDRÉS LÓPEZ**, psiquiatra de FAISEM

Asimismo, la comunidad andaluza mantiene una colaboración público-privada “con luz y taquígrafos” con la industria farmacéutica a través de la conocida como ‘subasta’. “Algunos laboratorios nos ofrecen un ingreso por cada envase que se dispensa de su medicamento cuando son prescritos por principio activo. Por este concepto se han ingresado 121 millones de euros en 2015, una cantidad que permite afrontar la innovación, sobre todo en Atención Hospitalaria, donde el crecimiento del gasto farmacéutico se debe fundamentalmente a la innovación. Siempre queremos incorporar las novedades cuando supongan un beneficio respecto al tratamiento anterior y manteniendo la sostenibilidad del sistema”, asegura Antonio Peinado.

El nuevo plan de Salud Mental de Andalucía también considera clave la evaluación de resultados, “para saber en qué aspectos debe mejorar el sistema y qué problemas quedan por resolver”, explica Juan Tomás García, del SAS. En este sentido, Ramón González Carvajal, secretario general de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, resalta que el plan “se evalúa con transparencia y se marcan objetivos que se corrigen”. “Esta idea está

relacionada con una estrategia central que busca la calidad de la gestión. Todavía hay mucho trabajo por hacer, somos autocríticos, pero ya hemos alcanzado muchos logros”.

### Investigación en salud mental

Respecto a la investigación en salud mental, Juan Ramón Castillo, presidente del Centro Andaluz de Farmacovigilancia, ensalza la labor que se realiza en la Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, sobre todo con estudios en fase 1. “Se necesita más esfuerzo por parte de los profesionales que están en contacto con los pacientes para incrementar la participación de pacientes en estos estudios”, explica.

Precisamente una de las investigaciones más recientes promovidas por FAISEM ha sido el análisis de la prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía, como señala Marcelino López, director de Programas de FAISEM. El 82,6 por ciento de los hombres analizados tenía antecedentes

de haber padecido algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida, y el 25,8 por ciento lo había tenido durante el último mes. Los trastornos más frecuentes son los relacionados con el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, seguidos por trastornos de personalidad, depresivos, de ansiedad y en mucha menor medida Trastornos Mentales Graves. En las conclusiones de esta publicación se indica que “se trata de perfiles y cifras que coinciden básicamente con las de otros estudios nacionales e internacionales”.

Andrés López, psiquiatra de FAISEM, considera necesario no solo reducir el periodo de internamiento de la población penitenciaria con problemas de salud mental (en aquellos casos en los que la situación clínica y judicial lo permitan), sino también prevenir la comisión de hechos delictivos y evitar la judicialización innecesaria: “Desde FAISEM queremos dar información a los jueces, a las fuerzas de seguridad, a la abogacía para plantearles cómo tienen que actuar en situaciones de emergencia sanitaria. Debemos intentar que estos pacientes eviten su entrada en el sistema penal”. En este ámbito es imprescindible la coordinación entre los sistemas sanitarios, sociales, judicial y penitenciario.

En el modelo andaluz, existen experiencias en los que un psiquiatra del sistema público acude al centro penitenciario, se

### La investigación en Salud Mental necesita un esfuerzo extra

coordina con el servicios médico del centro y atiende a pacientes, que pueden beneficiarse de alguno de los

programas que desarrolla FAISEM en colaboración con el movimiento asociativo, posibilitando la asistencia de la fundación, que, junto con el SAS, también hace un seguimiento de estas personas cuando salen de prisión. “Estos pacientes están doblemente estigmatizados por la enfermedad mental y por estar en la prisión”, dice Andrés López ■

# Elaboramos formación a medida

## Escoge los ingredientes

**Gestión Clínica**

**Farmacia**

**Programa Avanzado**

**Alto rendimiento**

**Comunicación**

**Médicos**

**Gestores**

**Web 2.0**

**Programa Superior**

**Enfermería**

**EQUIPO**

**Taller**

**CONFLICTOS**

**Máster**

**Farmacoeconomía**

**Presencial**

**Online**

**IMPRESO**

**Liderazgo**

**Tiempo**



Jamás podremos  
desarrollar el  
**papel**  
del  
**farmacéutico**  
de Atención Primaria  
de espaldas al  
**médico**

Ángel Mataix Sanjuán

Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de  
Atención Primaria (SEFAP)

Texto | Eva Fariña

Fotos | Luis Domingo



## “Jamás podremos desarrollar el papel del farmacéutico de Atención Primaria de espaldas al médico”

Los primeros meses de Ángel Mataix al frente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) están siendo “muy intensos, pero afrontados con toda la ilusión del mundo”, ya que tiene que trabajar en la definición, el desarrollo y la implantación de la nueva especialidad de Farmacia de Hospital y de Atención Primaria, así como otras iniciativas relacionadas con esta sociedad científica. La SEFAP también está involucrada en la puesta en marcha de diversas estrategias, como la de cronicidad, así como en procedimientos de coordinación entre niveles asistenciales. En opinión de su presidente, “el paciente ha de tener un seguimiento longitudinal y una continuidad clara en los cuidados desde el punto de vista médico, enfermero y farmacéutico”.

**¿La aprobación de la especialidad será la principal batalla durante su mandato?**

Es una de ellas, lógicamente. Llevamos peleando por la especialidad desde que se constituyó nuestra sociedad en 1995. Siempre hemos insistido en que la Atención Primaria es un ámbito de trabajo que requiere una formación específica de sus agentes. En 2014 se aprobó el Real Decreto de Troncalidad y, gracias a los esfuerzos de la anterior Junta Directiva, ahora tenemos representación en la Comisión Nacional de la Especialidad.

**¿En qué fase de desarrollo se encuentra?**

Desde noviembre de 2014 se ha trabajado en la definición de las competencias del nuevo especialista, para lo cual se han

delimitado las funciones que actualmente se realizan en el hospital y en Atención Primaria. Aunque sean ámbitos y modos de trabajo distintos, muchas de las competencias son parecidas. Hemos trabajado para unificar algunas funciones que son específicas de un ámbito o de otro. Esta fase ya está terminada, y ahora estamos elaborando el itinerario, es decir, qué debe hacer el residente en cada uno de los años de formación.

**¿Cuáles son las principales preocupaciones?**

Como sociedad científica nos parece muy importante destacar que el residente debe tener el tiempo suficiente de formación en Atención Primaria. Queremos que sea un residente adecuadamente formado en los dos ámbitos, porque ambos tienen características y complejidades muy distintas. El objetivo de la Comisión es que se racionalice todo el tiempo de formación del nuevo especialista para que se convierta en el mejor profesional posible.

**¿Cómo es el acceso de los farmacéuticos a la especialidad?**

Ahora mismo no podemos decir mucho en este sentido. En la hoja de ruta que ha marcado el Ministerio de Sanidad con la Comisión Nacional, al principio se han determinado las competencias y el itinerario formativo. Ahora queda por definir el acceso de los profesionales que estamos trabajando tanto en Atención Primaria como en Especializada. Todos los profesionales que tienen el título de especialista en Far-

macia Hospitalaria accederán a la especialidad, pero en Atención Hospitalaria hay farmacéuticos que no tienen el mencionado título. Durante 2016, el Ministerio definirá una serie de criterios de acceso para ambos tipos de profesionales.

**¿La SEFAP tendrá voz en todo este proceso?**

### El farmacéutico de Atención Primaria puede ser un gran apoyo para el paciente crónico polimedicado

Creo que sí. La Comisión Nacional tendrá voz tanto en los criterios de acceso de los profesionales que actualmente nos en-

contramos trabajando, como de las acreditaciones de las unidades docentes. Desde mi sociedad nos hemos propuesto evitar que ninguno de los profesionales que está trabajando en Atención Primaria se quede sin la posibilidad de acceder a esta especialidad. Habrá que establecer los criterios y las vías.

**Respecto a la formación, ¿en qué fase de desarrollo está la acreditación de las nuevas unidades docentes? ¿Cuáles son los criterios?**

### El paciente debe tener una continuidad clara en los cuidados desde el punto de vista médico, enfermero y farmacéutico

La Comisión Nacional y el Ministerio tienen que establecer estos criterios. Es uno de los objetivos para el año 2016.

**¿Estos criterios los ponen las sociedades científicas o son universales?**

Los criterios de las unidades docentes sí los define el Ministerio, porque no son específicos de las unidades de farmacia, los servicios de farmacia o los servicios de Medicina Interna, sino que son gene-



rales para todas las unidades docentes. Luego cada una tendrá su especificación, sus características concretas.

**Cuando se habla de la especialidad, siempre mencionan las diferencias entre las comunidades autónomas, ¿cuáles son?**

Algunas funciones del farmacéutico de Atención Primaria se establecieron hace muchísimos años, cuando las comunidades autónomas empezaron a integrar a los farmacéuticos. El antiguo Insalud

creó las plazas con las funciones de asesoramiento al médico, a la enfermera y a los gestores para el uso racional de los medicamentos. Se trata de un paquete de funciones básicas que se están desarrollando en todas las comunidades. En la actualidad hay otras labores, porque nuestra especialidad está en continuo desarrollo. El farmacéutico debe incorporarse como apoyo al médico en la toma de decisiones con pacientes especialmente complejos como pueden ser los crónicos, polimedificados o de residencias geriátricas, que deben

ser atendidos en AP. Nuestro objetivo como sociedad científica es facilitar el acercamiento del farmacéutico al médico para ayudarle en la toma de decisiones, y aquí es donde están las principales diferencias. Cuando Galicia diseña su modelo de farmacia de Atención Primaria, ya incluye farmacéuticos en los centros de salud con este objetivo claro. Su misión es ayudar al médico en la estrategia del paciente polimedificado, crónico y de desprescripción, que es un término que ahora se utiliza mucho, pero del cual llevamos hablando en nuestra sociedad científica desde hace tiempo. Extremadura tiene un formato similar, mientras que Cataluña desarrolla un modelo un poco más mixto, porque cuenta con farmacéuticos trabajando en los centros de salud y también tiene otros farmacéuticos que, aunque no están en los centros de salud, colaboran muy estrechamente con los médicos. Otro ejemplo interesante es la Comunidad Valenciana, en la que se han integrado farmacéuticos de AP en las residencias geriátricas, donde nosotros queremos tener un papel destacado.

**¿Qué labor en concreto desempeñan estos profesionales? ¿Atienden paciente a paciente o también realizan asesoramiento al médico?**

Es mixta. El farmacéutico en Galicia tiene su consulta en la cual trabaja directamente con los pacientes, sobre todo con los más complejos, los mayores, los que requieren mucho tiempo por parte del médico. Son enfermos que necesitan ayuda para entender bien su medicación. Por un lado, trabajan directamente con los pacientes, pero también hacen formación de uso racional y sesiones con los médicos.

**Usted trabaja en la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. En esta autonomía, ¿cómo es la situación del farmacéutico de Atención Primaria?**

La Atención Primaria de Madrid se orga-



## ENTREVISTA Ángel Mataix Sanjuán



desarrollar todas nuestras iniciativas hay que mejorar ese promedio.

**La Comunidad de Madrid ha creado la Dirección General de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria para atender a una población cada vez más envejecida, con más pacientes crónicos y pluripatológicos. ¿Qué papel puede ocupar el farmacéutico de AP en este organigrama?**

El aumento de la esperanza de vida obliga a una reorganización del sistema sanitario para tratar al paciente crónico, que suele ser de edad avanzada y polimedificado. Se deben rediseñar los equipos de atención a este grupo de pacientes, con médicos y personal de Enfermería adecuados. Creo que el farmacéutico de Primaria puede ser un apoyo muy importante de ayuda, colaboración y seguimiento de todos estos pacientes tan complejos por su cronicidad y polimedicación.

**¿Qué nivel de formación tienen los médicos respecto a los medicamentos en Atención Primaria? Está de moda decir que el paciente debe estar en el centro del sistema, pero ¿algún profesional**

niza como un área única, dividida en siete direcciones asistenciales. En cada dirección asistencial hay un equipo de farmacéuticos de Atención Primaria, que llevan todos los programas de uso racional del medicamento, de formación, de información a los médicos, de asesoramiento a los gestores, de apoyo a la prescripción dentro de todos los centros de salud que están integrados en esa dirección, etc. En la actualidad hay 262 centros de salud en la Comunidad de Madrid, y 26 farmacéuticos de Primaria; por tanto, el ratio de centros de salud por farmacéutico es alto, y para

### Vínculos con otras sociedades científicas

Ángel Mataix ha mostrado su intención de establecer contacto con otras sociedades científicas, sobre todo con las de ámbito farmacéutico, especialmente con la Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital, “porque hay muchas vías abiertas de trabajo con la especialidad”. “También tenemos muchas competencias en común con los profesionales de las farmacias de Atención Comunitaria, que nos parece una forma muy interesante de seguimiento al paciente”, ha añadido. Y un lugar predominante lo ocupan las sociedades médicas de Atención Primaria: “Si queremos desarrollar el papel del farmacéutico de AP como apoyo al médico, jamás podremos hacerlo de espaldas al médico, y nunca lo hemos hecho. Siempre hemos planteado el trabajo de forma conjunta, como un apoyo y una colaboración para sumar esfuerzos y multiplicar resultados”.

tiene una visión global de la medicación del enfermo?

Yo siempre he creído en la Atención Primaria como el núcleo principal del sistema sanitario. En este sentido, nadie puede decir que conoce cien por cien a su paciente, porque, para empezar, el propio paciente olvida muchas veces su medicación. En cualquier caso, creo que AP tiene la mayor capacidad para conocer la medicación del paciente. Es el único ámbito asistencial que de verdad hace un seguimiento longitudinal del enfermo, incluso a nivel familiar.

**¿Puede ocurrir que un anciano se caiga en la calle, y los médicos que le atiendan en Urgencias no sepan si está tomando un anticoagulante, por ejemplo? ¿Hay falta de comunicación entre Primaria, Especializada y Urgencias?**

Existe esa falta de información, y ahora hablo como responsable de Sistemas de Información de la Comunidad de Madrid. En esta y en otras comunidades estamos trabajando para crear bases de datos únicas. En Madrid hacemos una historia farmacoterapéutica única del paciente, a partir de la receta electrónica. La idea es integrar toda la medicación que tiene activa el paciente en un momento, de tal modo que desde cualquier sitio donde yo le pueda atender, pueda ver directamente que medicación está tomando. En la Comunidad de Madrid tenemos el sistema Horus, gracias al cual los profesionales sanitarios de Especializada y de Urgencias pueden ver la medicación que toma un paciente. Este sistema tiene un problema de trasvase en el sentido contrario, y es que por ahora no hemos integrado las prescripciones que vienen de Atención

Especializada. En este sentido, asumimos que en un porcentaje muy alto de los casos, el especialista hace la primera prescripción y luego el paciente acude a su médico de Primaria, con lo cual la historia farmacoterapéutica de Primaria está razonablemente completa.

**¿Cómo se puede potenciar el papel clínico del farmacéutico de Primaria en los equipos asistenciales dentro de cada sistema autonómico?**

Queremos difundir todas las experiencias que se están realizando en diversas comunidades autónomas y en otros países. La mejor manera de ‘vender’ nuestro trabajo es demostrar que funciona, y tenemos los ejemplos de países como Reino Unido, con su nuevo programa piloto que integra a farmacéuticos en los centros de salud, y experiencias como la de Galicia, Extremadura o Cataluña.

**¿Se podrían cuantificar los resultados en Galicia, por ejemplo? ¿Qué beneficios aporta el farmacéutico en los centros de salud? ¿De alguna forma se podría llevar un registro?**

Sí se lleva un registro porque en Atención Primaria intentamos medirlo todo. Seguro que desde las consultas del farmacéutico de Atención Primaria se dispone de un registro de pacientes atendidos o, posiblemente, datos más concretos, porcentajes de polimedidados y un seguimiento de los mismos.

**Aunque no sean datos concretos ni estadísticas, ¿la SEFAP tiene información**

**sobre de qué manera beneficia la presencia de un farmacéutico de AP? Por ejemplo, ¿se producen menos errores?**

En nuestro congreso de Santiago de Compostela se presentaron algunos resultados de estrategias de trabajo con pacientes polimedidados. El volumen de reducción de pacientes polimedidados es muy importante, con lo cual el beneficio ya es claro. Los autores del trabajo también hablaron de cierta mejora en el cumplimiento, si bien todavía no hay datos concretos. De algún modo se ha vinculado el volumen de utilización de medicamentos con su cumplimiento. Por lógica, cuantos más medicamentos tome un paciente, más difícil es que cumpla correctamente el tratamiento. Algunos estudios indican que un paciente que toma seis o más medicamentos tiene un riesgo cercano al 80 por ciento de que se produzca alguna interacción.

**El farmacéutico de AP obtiene datos de primera mano respecto a la interacción de los medicamentos, una información muy valiosa para la Agencia Española del Medicamento o para el propio laboratorio. ¿Se recopila toda esta información?**

Tanto en Primaria como en Especializada se recogen y notifican los errores de medicación.

**En Madrid y en otras comunidades estamos trabajando para crear bases de datos únicas**

**Ha anunciado su intención de dar a conocer la labor**

**que llevan a cabo los farmacéuticos, ¿de qué forma se puede hacer?**

Internet es una de las vías más destacadas para que nos conozcan no solo los trabajadores de Atención Primaria, sino también otros profesionales sanitarios, gestores y pacientes. También queremos difundir algunas experiencias interesantes que están desarrollando compañeros de diferentes CC.AA. ■



Nuestros **MIR**  
finalizan su formación  
con un nivel que los sitúa  
entre los  
**mejores**  
del **mundo**

José Luis Encinas Martín

Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | FACME

**“Nuestros MIR finalizan su formación con un nivel que los sitúa entre los mejores del mundo”**

Con más de cien años de historia, la Sociedad Española de Oftalmología está en continua evolución y avance que se plasma a través de las diferentes actividades que tiene en marcha para garantizar la formación, la investigación y la asistencia de los pacientes. Su presidente, José Luis Encinas, nos desgrana los objetivos prioritarios de su sociedad.

**¿Cuáles son los objetivos principales que tiene propuestos la Junta Directiva de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO)?**

Los objetivos básicos de la SEO durante sus más de 100 años de existencia son contribuir al desarrollo de la investigación en Oftalmología, favorecer la formación de los oftalmólogos, tanto en niveles de calidad médico-científica necesarios como en disponibilidad de medios, y la organización y todo cuanto sea necesario para una adecuada asistencia al paciente. Igualmente, la SEO mantiene como objetivo primordial toda función que permita la constante actualización en temas oftalmológicos y de otras especialidades con materias médicas afines. Por eso, otros objetivos son la colaboración con universidades, hospitales e instituciones de la Administración.

**¿Cómo se articulan los programas de formación? ¿Hay diferencia entre los dirigidos a especialistas en formación y los especialistas ya formados?**

En el congreso anual de la SEO se imparten cursos de actualización acreditados por instituciones autorizadas por el Sistema Nacional de Salud, como cursos de formación de complejidad diferente, de forma que existen niveles dirigidos a residentes, oftalmólogos formados y otros de alta especialización. La AJOE, asociación destinada a oftalmólogos jóvenes, ofrece un for-

mato de gran utilidad formativa para los que se encuentran en fase de residencia y para los recién titulados. Además, mantenemos contacto con las instituciones del Sistema Nacional de Salud para promover y facilitar a nuestros socios programas de formación continuada de todo el país.

**En España, ¿hay el suficiente número de oftalmólogos?**

El número de oftalmólogos de nueva titulación en España está vinculado al MIR. En este sentido, hemos participado en estudios con base estadística de población, patologías, hospitales... dirigidos a establecer la cifra idónea de titulaciones por año, adaptando los requerimientos asistenciales de nuestro país al número de nuevos especialistas en Oftalmología. La cifra que la SEO ha propuesto a las instituciones del Sistema Nacional de Salud en los últimos años es de una horquilla entre 90-110 MIR/año; un número superior puede originar una bolsa de desempleo. Podemos decir que a día de hoy es ligeramente superior al necesario en nuestro país.

**En el tema de la troncalidad, ¿cómo está su especialidad?**

La especialidad de Oftalmología está fuera del nuevo sistema de troncalidad, permaneciendo independiente en su trayecto de formación de especialistas con cuatro años de MIR y un programa formativo que se revisa anualmente con fines de actualización en las materias necesarias.

**Estos planes, ¿están en consonancia****con los establecidos en los países europeos de nuestro entorno?**

El sistema de formación MIR español es ejemplo para todos los países y nuestros residentes finalizan su formación con un nivel que los sitúa entre los mejores del mundo. El programa de desarrollo en cuatro años, con rotaciones obligatorias en otros hospitales en determinadas materias y rotaciones voluntarias, los programas de guardias en urgencias, la obligatoriedad de publicar anualmente, las sesiones clínicas, los seminarios, las sesiones bibliográficas, la enseñanza práctica y las evaluaciones periódicas justifican el prestigio alcanzado por nuestro sistema de formación de residentes. Por todo esto, podemos afirmar que estamos entre los mejores de nuestro entorno, tanto europeo como mundial.

**¿Cuál es el nivel de la investigación española? ¿Tiene presencia en revistas de alto impacto?****España dispone de centros e institutos de investigación específicos de Oftalmología, ligados a los organismos estatales de investigación o privados que han logrado un prestigio de reconocimiento internacional**

Tanto el nivel general de investigación oftalmológica como su repercusión en revistas de alto impacto están al nivel de los países desarrollados con mayor actividad. España dispone de centros e institutos de investigación específicos de Oftalmología, ligados a los organismos estatales de investigación o privados que

han logrado un prestigio de reconocimiento internacional. En este sentido, se mueve por el camino de las terapias celulares y las terapias génicas, donde hay en marcha numerosos ensayos clínicos que en algunos casos se han llevado a la clínica en grupos pequeños con resultados alentadores, pero que aún no se ha extendido al día a día de nues-

tros pacientes. Además, los sistemas de visión artificial comienzan a obtener los primeros logros, con tímidos resultados en su inicio, pero con alentador futuro.

### ¿Cuál es la actividad internacional de su sociedad?

Una herramienta de gran importancia en la difusión internacional de la SEO es la revista *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* vehiculada a través de una plataforma internacional que permite la difusión de artículos científicos en diferentes formatos con proyección internacional. Así mismo la SEO está integrada en la Unión Europea de Especialidades Médicas (UEMS) con dos representantes que se renuevan cada cuatro años y que mantienen contacto constante para la actualización de cualquier novedad, tanto científica como organizativa, que tenga lugar en Europa. Además, tenemos dos miembros que la representan en la Sociedad Panamericana de Oftalmología (PAAO), en la Sociedad Europea de Oftalmología, en el ICO, que es la institución encargada de organización de congresos internacionales y actividades de formación continuada de carácter mundial.

### ¿Cómo se lleva a cabo esa cooperación?

Las conexiones internacionales son fáciles y ágiles a través de nuestra web, que es una de las cosas que más ha cambiado en los últimos años. La web nos permite tener al día información inmediata de las novedades presentadas en cualquier congreso, reunión y publicación internacional. En el 2018 se celebrará el Congreso Mundial de Oftalmología en Barcelona y en su organización ha tenido un papel destacado la SEO que participará con distintas actividades. La interrelación con sociedades científicas de otros países es fluida tanto para la publicación de artículos de interés como para la colaboración en congresos y reuniones contando con la presencia de líderes de opinión en Oftalmología. En estos días, estamos tramitando un convenio de

colaboración continuada con la Academia Americana de Oftalmología destinada a la complementación en la formación de residentes y de formación continuada para especialistas ya titulados.

### ¿Qué presencia tienen los oftalmólogos españoles en los congresos y reuniones internacionales?

Es de muy alto nivel en congresos de todo el mundo; en programas de congresos internacionales es habitual ver oftalmólogos españoles como ponentes en las actividades más destacadas.

### ¿Cuáles son los objetivos y las funciones de la Fundación SEO?

Recientemente se aprobó en Asamblea General la creación de la Fundación de la SEO cuyos primeros pasos comienzan en estos días, si bien su configuración tuvo lugar con la Junta Directiva en el final de la anterior legislatura. La Fundación comienza bajo la presidencia del Prof. Julián García Sánchez y los fines van dirigidos a promover la investigación, docencia y formación en el ámbito de las ciencias visuales. La colaboración con instituciones nacionales e internacionales permitirá desarrollar proyectos en todo el mundo como la lucha contra la ceguera, ayuda humanitaria y promoción de las innovaciones en nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, a través de las empresas dedicadas a esta parcela. Entre sus actividades están la creación de programas de formación, organización de cursos y seminarios, organización de congresos y disponibilidad de becas destinadas a los fines señalados tanto en nuestro país como en el extranjero. También tiene entre sus objetivos la edición de libros y revistas en colaboración con instituciones de todo el mundo y al amparo de la Ley del Mecenazgo puede servir de vehículo para ayudas proceden-

tes tanto del ámbito privado como estatal, recibiendo donaciones destinadas al logro de los objetivos que he señalado.

### De cara al próximo congreso, ¿qué es lo que ofrece a los oftalmólogos?

El próximo Congreso SEO se va celebrar en Málaga a finales de septiembre y ofrece

un amplio programa de actividades con las aportaciones médicas y quirúrgicas de todas las novedades aparecidas en materia de diagnóstico y tratamiento. Incluye más de 50 cursos de actualización impartidos por

expertos en cada materia, seis sesiones de subespecialidad con temática específica con dos horas de duración cada sesión. El congreso presenta todos los años una ponencia oficial, este año con el tema *Queratoplastias: Nuevas técnicas en el siglo XXI*; una mesa redonda con el tema *Cirugía microincisional del glaucoma* y una comunicación solicitada que versará sobre *OCT de segmento anterior*. Además, el programa incluye espacios dedicados a la presentación de casos clínicos y maniobras quirúrgicas, comunicaciones libres y comunicaciones de investigación. Las diferentes asociaciones, grupos o sociedades, como son la Asociación de Retinosis Pigmentaria, Sociedad de Contactología, Sociedad Ergoofthalmológica, Jornada Nacional de Oftalmología Pediátrica, Club de Neurooftalmología, Asociación de Aniridia, Reunión del Grupo de Historia y Humanidades en Oftalmología o Reunión Asertic, también tienen cabida. No nos podemos olvidar de la presencia de la Asociación de Oftalmólogos Jóvenes Española, que comenzó su andadura hace solo tres años y hoy cuenta con un alto número de socios y una actividad creciente.

### ¿Cuáles son las patologías que más les preocupan?



Todas las patologías preocupan al profesional, pero destaco las de difícil solución, que incluyen aquellas en las que lograr un alto porcentaje de curación total es complicado y por otro lado las que por su frecuencia creciente suponen un reto diario para el oftalmólogo. Una parcela especialmente preocupante es, sin duda, la oncológica y no solo por los tumores malignos y su posible repercusión sistémica con proyección al pronóstico vital, sino también los tumores benignos que aún sin acción sistémica poseen un alto grado de deterioro anatómico local y, por tanto, de lesión de la función visual. Las que tienen un alto nivel de prevalencia en nuestra población y que poseen gravedad suficiente para conducir a la ceguera o con potencial invalidante en casos de mala respuesta a las terapias existentes. En este apartado señalaría la DMAE y la retinopatía diabética, sin olvidar todas las patologías que afectan a vías ópticas con frecuencia ligadas a enfermedades neurológicas, las patologías inflamatorias e infecciosas, las que afectan a la superficie ocular especialmente las corneales, también son de interés prioritario.

### ¿Cuáles han sido los avances tecnológicos recientes?

Podemos ir por partes. En cirugía de la catarata destaca la utilización del láser de femtosegundo con el que se obtienen muy buenos resultados. Aporta mayor seguridad en determinados pasos, pero no ha desplazado la utilización de la facoemulsificación con ultrasonidos, técnica que permite lograr igualmente excelentes resultados y se encuentra perfectamente vigente siendo la más utilizada por muchos cirujanos. En este apartado, se ha extendido la implantación de lentes multifocales con multitud de modelos y evolución constante, tanto en las características físicas de la lente como en su composición y comportamiento. Otras novedades son las técnicas de trasplante endotelial (DMEK y DSAEK) destinadas a la patología corneal y que han reducido notablemente la realización de trasplante corneal perforante al ofrecer muchas ventajas tanto en el postoperatorio

como en la repercusión sobre astigmatismos. Si continuamos por otras parcelas, nos encontramos con nuevos colirios regenerativos de superficie ocular con indicación sobre todo en ojo seco. Especial interés tiene la aparición de tratamiento médico de la orbitopatía tiroidea que permite la mejoría de la enfermedad con tanta eficacia que evita la cirugía prácticamente en el cien por cien de los casos.

### Y, ¿quirúrgicos?

En cirugía de la retina destacaría el asentamiento de los sistemas de 23G que son empleados en la mayoría de los casos y que han evolucionado en el aspecto técnico notablemente sin descartar los de 20G para cirugías complejas o los de 27G para las más sencillas. Esta tecnología ofrece novedades constantes con aparición de nuevos trócares, instrumentos de mano más sólidos, pinzas de mayor efectividad... Hay que señalar también la incorporación a esta cirugía de microscopios 3D y micros con OCT incorporada que están en pleno desarrollo. Quiero destacar la OCT angiográfica, que permite una excelente imagen de retina, coroides incluso esclera con visualización del árbol vascular sin necesidad de realizar inyección del colorante fluoresceína. Es una técnica exploratoria de gran utilidad para diagnóstico y seguimiento de DMAE, neovasos, microaneurismas y otras patologías maculares.

### La página web de la sociedad, ¿es una herramienta para ofrecer información a sus asociados y conocer sus demandas?

Es una herramienta de máximo interés en un momento donde la comunicación *online* es fundamental para las transmisiones de materias médicas y novedades de actualización. Viene a ser una zona de encuentro rápida y eficaz para todo lo relacionado con la Oftalmología y con las Ciencias Médicas. Está dirigida a los profesionales miembros de la sociedad como a los pacientes. Por lo tanto, hay una zona de libre acceso y otra solo para los profesionales miembros de la SEO. En la de libre acceso se informa de

los próximos congresos, las noticias de interés y de las enfermedades oftalmológicas más comunes escrito en un lenguaje apto para la población general. La zona privada es mucho más compleja y se puede acceder a la revista *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* y a las más importantes revistas internacionales de Oftalmología a texto completo. Están recogidos los libros y monografías elaboradas por la sociedad. Existe un apartado de fotos y vídeos. Otro de oftalmólogos jóvenes. Y los socios pueden acceder a las principales conferencias y cursos que tuvieron lugar durante el pasado congreso si no pudieron asistir.

### ¿Tienen relación con otras especialidades, por ejemplo, con las que atienden a personas mayores, donde es más frecuente la DMAE? ¿Qué papel tiene FACME en esta relación?

La FACME es una Federación integrada por Sociedades Científicas de todo el país cuya adscripción es voluntaria. La FACME está destinada a coordinar actividades entre las distintas especialidades, promoviendo su interrelación sobre todo entre las que presentan materias médicas afines con temáticas de zonas comunes e interdependientes. Como pertenecemos a FACME e indudablemente a través de ella encontramos mejores caminos para establecer relación con otras especialidades, como la Gerontología, Endocrinología, Neurología Medicina de Familia..., con el fin de aumentar los niveles de calidad en diagnóstico precoz de numerosas patologías, entre las que se encuentra la DMAE, retinopatía diabética, enfermedades neurológicas y, en general, con todas la que presentan un marco clínico común ■

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



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

**STORYTELLING**

**tu aliado en todos tus proyectos**

**COLABORACIÓN CON SOCIEDADES**

**DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN CIENTÍFICA**

**COMUNICACIÓN**

**HUMANIDADES**

**ACTIVIDADES PRESENCIALES**

**FORMACIÓN**

**HERRAMIENTAS**

**INVESTIGACIÓN**

**saned.**  
GRUPO



## MODULAR LA MICROBIOTA INTESTINAL CON RIFAXIMINA TIENE UN IMPACTO POSITIVO EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Las bacterias que se alojan en el intestino interactúan con nuestro organismo desde los primeros años de vida, algunas con efectos positivos y otras con efectos negativos. La cuestión clave es cómo mantenerlas en equilibrio para que no sean perjudiciales para el huésped. Este fue el tema central de un simposio, moderado por el Dr. Fermín Mearin, del Centro Médico Teknon, de Barcelona, que se celebró el 26 de octubre de 2015 en Barcelona, en el marco de la reunión de la *United European Gastroenterology Week* (UEGW).

La microbiota, uno de cuyos componentes esenciales son las bacterias, ejerce numerosas funciones en el organismo, entre ellas, un efecto barrera, inmunocompetencia (al condicionar la respuesta inmune innata), y una función metabólica (fermentación, de conjugación/hidrólisis, reducción/esterificación), y ha de estar continuamente bajo control para preservar todas estas funciones.

La composición de la microbiota y la eubiosis se ven afectadas por los eventos de la vida, y cuando falla el equilibrio entre la microbiota y el huésped se producen alteraciones cuantitativas y cualitativas de la microbiota que derivan en un estado de disbiosis.

Un estado de disbiosis implica un intestino permeable, ya que acaban afectándose las células de la mucosa y alterándose la barrera defensiva, y un intestino permeable implica a su vez un estado de disbiosis. Según el Dr. Antonio Gasbarrini, del Hospital Universitario Gemelli de Roma, **“cualquier enfermedad del tracto intestinal está asociada con disbiosis o intestino permeable, entre ellas, la enfermedad diverticular y el síndrome de intestino irritable”**.

Un modo de modular la microbiota es a través del uso de antibióticos. Los hay de dos tipos: los sistémicos, absorbibles, que causan una grave perturbación de la microbiota, y los específicos del intestino, no absorbibles, que no tienen efectos deletéreos.

Rifaximina es un antibiótico intestinal específico no absorbible, que no tiene un efecto antibiótico tradicional, ya que altera la virulencia de las bacterias, inhibe la adherencia bacteriana a la mucosa intestinal, reduce la internalización bacteriana, tiene actividad antiinflamatoria, y

además es capaz de modular de manera favorable la microbiota intestinal.

Una de las patologías en cuyo tratamiento rifaximina parece tener un papel relevante es la enfermedad diverticular, que es una importante causa de mortalidad y supone una significativa carga de salud para la población.

En Estados Unidos, la enfermedad diverticular causa más de 300.000 ingresos hospitalarios al año y 1,5 millones de días de ingreso, lo que se traduce en 2,6 billones de dólares de coste anual.

La enfermedad diverticular es resultado de una interacción mutua entre alteraciones de la microbiota colónica, disfunción de la motilidad gastrointestinal, disfunción de los nervios entéricos y respuesta inmune anormal. **“Modular la microbiota con rifaximina tiene un impacto positivo en la enfermedad diverticular”**, aseguró el Dr. Peter Malfertheiner, de la Otto-von-Guericke University, de Magdeburg (Alemania), quien revisó los resultados de cinco estudios aleatorizados, que han demostrado que la administración cíclica a largo plazo de rifaximina es efectiva en reducir los síntomas, complicaciones, gravedad y frecuencia de la enfermedad diverticular. También se ha demostrado que la administración intermitente de rifaximina durante un año reduce el riesgo de recurrencia de diverticulitis.

Hace ya unos años el Dr. Mark Pimentel, del Cedars-Sinai medical Center, de Los Ángeles (Estados Unidos), planteó la hipótesis de sobrecrecimiento bacteriano como potencial base fisiopatológica también del síndrome de intestino irritable y, de hecho, en distintos estudios en pacientes con síndrome de intestino irritable, se ha demostrado que existe una colonización anormal del intestino delgado. Los resultados de algunos estudios indican que rifaximina podría ser una buena estrategia para modular la microbiota intestinal y reducir los síntomas del síndrome de intestino irritable.

**A nivel de conclusiones, se comentó que la enfermedad diverticular es una importante causa de mortalidad y supone una significativa carga de salud para la población y que el tratamiento con rifaximina es efectivo en el alivio de los síntomas y en la prevención de las complicaciones.**





La  
profesionalización  
de la  
función  
directiva

mejora la organización para que sea  
más eficiente y contribuya a la

sostenibilidad  
del sistema

César Pascual

Director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria  
del Servicio Madrileño de Salud

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



**"La profesionalización de la función directiva mejora la organización para que sea más eficiente y contribuya a la sostenibilidad del sistema"**

"Estamos pasando de un modelo sanitario que prioriza la atención a los agudos a gestionar la atención de los crónicos", así define César Pascual el cambio asistencial que ha llegado para quedarse. Para atender a esas necesidades, el gestor encargado de tomar las riendas debe estar bien formado. El proyecto de ley de profesionalización de la gestión sanitaria que está promoviendo la Consejería de Sanidad de Madrid tiene ese objetivo.

La profesionalización de la gestión sanitaria es uno de los objetivos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ¿cómo se está articulando?

Estamos articulando la profesionalización a través de un compromiso en la Asamblea de Madrid con un proyecto de ley que abarcará la profesionalización de la gestión sanitaria, la estructura organizativa y un apartado de ética, transparencia y buen gobierno. Este proyecto de ley tendrá un desarrollo reglamentario, que está previsto que cuente con una gran participación de profesionales, de agentes sociales... independientemente de la participación política, puesto que se va a debatir en el parlamento autonómico.

¿A qué profesionales se refiere?

A gestores y a todos los profesionales. Vamos a abrirlo a todo el que quiera participar. Los gestores tendrán mucho que decir, pero también vamos a contar con las sociedades científicas y los profesionales que son dirigidos por los gestores, puesto que tendrán mucho que decir, ya que tienen su visión de cómo son dirigidos. Hoy en día te-

nemos diversos mecanismos de participación de los que nos podemos servir para conocer sus opiniones.

¿Cómo se va a canalizar esa participación?

Por un lado, en forma de jornadas, que serán con unos niveles de participación más profesionales y de presencia física y, por otro lado, queremos abrirlo con una red de participación *online*, que aún queda por definir según el análisis de los técnicos.

En este marco, ¿qué tienen que decir las sociedades científicas?

**Evaluar la empatía, las habilidades de comunicación y la capacidad de manejar equipos, entre otras, debe ser un filtro previo para seguir optando al puesto**

Creemos que mucho. Por eso, vamos a empezar consultando a las dos grandes sociedades científicas que agrupan a los directivos: Sedisa y Ande, puesto que ya han

avanzado mucho en el terreno de la profesionalización y han elaborado diversos documentos. Luego iremos teniendo contacto con otras sociedades de directivos, como es la de directivos de Primaria. También tenemos intención

de tomar el pulso a los colegios de médicos y otras organizaciones profesionales.

¿Cuáles son los plazos previstos?

Lo lógico es que este año ya estuviera



aprobado el proyecto de ley antes de verano y los decretos tenemos previsto que salgan antes de final de año.

### ¿Cómo redundará en la asistencia?

En países como Francia, Gran Bretaña y Alemania, hay evidencia de que mejorar la gestión mejora la asistencia. De hecho, un gerente de hospital con una decisión puede salvar más vidas que un cirujano en toda su carrera profesional. Lo que queremos con la profesionalización de la función directiva es mejorar la organización para que sea más eficiente y contribuya a la sostenibilidad del sistema. Hay un sentir generalizado que hay que avanzar en la profesionalización de la gestión, no en el sentido exclusivo de la despolitización, sino en introducir el conocimiento en las técnicas de gestión.



### ¿Cómo se llevan a cabo los nombramientos de los gestores?

Me parece más importante establecer un mecanismo objetivo de cese que de nombramiento. El cese hay que objetivarlo, teniendo en cuenta hechos objetivos, como que no se ha cumplido objetivos, y no por algo arbitrario. Prefiero que se hable de cómo se articulan los ceses que los nombramientos de los directivos.

### ¿Cómo es la formación actual del gestor?

La formación que consideramos que debe tener un directivo es que, a partir de su grado universitario, tenga que acreditar un nivel de formación postgrado en gestión sanitaria y si pretende dirigir una gran organización o un hospital grande, debe tener más formación, pero también queremos que haya carrera profesional. Vamos a pedir acreditar el conocimiento y la experiencia. No queremos perder buenos jefes de servicio para ganar malos directores.

### ¿Cómo se hace la evaluación de capacidades?

La parte más difícil desde mi punto de vista es cómo evaluamos las competencias directivas que no tienen que ver ni con el conocimiento ni con la experiencia. En los hospitales públicos lo veo difícil. Evaluar la empatía, las habilidades de comunicación y la capacidad de manejar equipos, entre otras, debe ser un filtro previo para seguir optando al puesto. Las tres piedras angulares son conocimiento, experiencia y competencias directivas.

### ¿Qué necesita un profesional para ser gerente?

No hay ningún directivo que no tenga uno o dos másteres. No hay nada estándar defi-

nido. En el decreto queremos vehicular este aspecto, con cierta flexibilidad. La elección de un directivo tiene mucho que ver con el punto en el que se encuentra la organización, ya que se suele ir perfilando en función del centro. Tenemos que ser capaces de que los directivos que ocupen esos puestos adecuen su perfil. No todo el mundo vale para todo.

### ¿Están los profesionales receptivos a la profesionalización de la gestión?

Creo que sí, pero no podemos confundir la gestión clínica con las unidades de gestión clínica.

### ¿Cuáles son las diferencias?

Las unidades de gestión clínica son un modelo de gestión con unas determinadas características, pero es un modelo organizativo. Sin embargo, la gestión clínica es el conocimiento para gestionar la clínica del día a día. Le quiero comentar que hay jefes de servicio que gestionan muchos miles de euros. Un dato importante: más del 60 por ciento de los servicios clínicos mueve más de un millón de euros y más del 90 por ciento de las empresas de este país facturan menos de un millón de euros.

### ¿Por eso es necesario que los clínicos tengan conocimientos de gestión?

Claro. Es bueno que se formen en gestión, no que se transformen en gestores. Esa formación servirá para introducir el criterio de eficiencia en sus decisiones clínicas. Esto se hace cuando se valora el coste de oportunidad. Lo que se dé de más a un paciente se le quita a otro.

### ¿Se ofrece esa formación en los planes de estudio?

Creo que falta formación en los profesiona-

**Hay que ofertar una asignatura que recoja los conceptos de economía de la salud, de gestión clínica y sostenibilidad del sistema**



les. Hay que incluirlo en el desarrollo profesional. En las facultades, salvo en raras ocasiones, es una asignatura opcional. La formación debería empezar cuando se está estudiando la carrera. Los futuros profesionales tienen que conocer el concepto de gestión clínica. Hay que ofertar una asignatura que recoja los conceptos de economía de la salud, de gestión clínica y sostenibilidad del sistema. Debería ser obligatoria.

#### ¿Cómo está la formación en los países de nuestro entorno?

La dirección en los hospitales británicos la lleva el gerente, que allí se le denomina administrador, y generalmente es ajeno al sector. Suele ser un economista, licenciado en Administración y Dirección de Empresas. En Holanda la situación es similar, pero en Francia difiere, ya que tienen una escuela de directivos pública que ofrecen formación. En general, hay mucha formación.

#### Y, ¿en Estados Unidos?

Allí, hay una línea que distingue muy bien los directores de los administradores. Consideran que los directores tienen que ser profesionales de la salud con conocimientos en gestión y los administradores pueden ser otros profesionales. En España tenemos directores de gestión y los directores médicos, que mayoritariamente son del sector sanitario.

#### A la hora de gestionar, ¿qué peculiaridades presenta el sector sanitario?

Tenemos que reconocer que es un sector difícil, ya que no es una empresa al uso. Aquí, se maneja conocimiento y es una organización compleja de dirigir. Hay que conocerla y saber entenderla muy bien con los clínicos, si no, no funciona. Es lo que pasa cuando viene alguien de fuera del sector e intenta dirigir.

#### ¿Qué elementos hay que tener en cuenta en nuestro sistema de formación?

Tenemos una carrera de medicina muy larga, de seis años, a diferencia de lo que ocurre en otros países que emplean más tiempo para la formación de especialistas.

### En Madrid tenemos 36 hospitales. No se necesitan más unidades de agudos, hay que centrarse en los crónicos y preferiblemente fuera de los hospitales

Así, nuestros médicos salen muy formados en muchas cosas. Tenemos una muy buena formación clínica, pero no tenemos la sistémica: la visión de gestión que te hace pensar que

trabajas en una organización que, mayoritariamente en nuestro país, es pública, sostenida con impuestos. Aquí, juegas con el dinero de los ciudadanos. En general, nuestros clínicos no tienen este concepto en la cabeza. Ponen al paciente por delante de todo. Eso es ahora, pero estás poniendo en riesgo al paciente del futuro. Nosotros tenemos la obligación de garantizar a nuestros hijos y a nuestros nietos el sistema sanitario que estamos disfrutando.

#### El empoderamiento del paciente, ¿afecta a la gestión?

Los pacientes están reivindicando intervenir en la toma de decisiones del proceso. Sin embargo, en la organización reivindican más las asociaciones de ciudadanos. Quieren participar en el hospital, que cuenten con ellos. El decreto articula modelos de participación ciudadana. Por su parte, las asociaciones de pacientes quieren participar en la toma de decisiones. Por eso, piden información accesible. No van a cuestionar la decisión que toma su médico, pero quieren saber y estar informados.

#### ¿Cómo se canaliza esa información?

La educación al paciente se hace a través de la Enfermería, de los cuidados que necesita. En este sentido, el autocuidado se convierte en la mejor manera de garantizar la

sostenibilidad del sistema y esto se hace en Primaria. Hay que partir del concepto de que todos los ciudadanos somos enfermos crónicos, unos diagnosticados y otros sin diagnosticar.

#### ¿Cuál es el actual caballo de batalla de la gestión?

En contra de la percepción actual, no son las listas de espera. Hay que entender que la lista de espera es consecuencia de un sistema sanitario concebido para atender las patologías agudas que ahora se han convertido en crónicas y que ocupan mucho espacio dentro del sistema. Hacen un cuello de botella y se está mezclando todo. La urgencia no entra en la lista de espera. Lo que entra en lista de espera son patologías demorables. También hay un problema político y de opinión pública obsecionado con las listas de espera.

#### ¿Se debe transformar el modelo?

Se tiende hacia la transformación del sistema sanitario de agudos a crónicos. Solo hay que mirar la pirámide de población. En Madrid tenemos 36 hospitales. No se necesitan más unidades de agudos, hay que centrarse en los crónicos y preferiblemente fuera de los hospitales.

#### ¿Cuánto falta para esa transformación?

Mucho camino por delante. Esa es la urgencia de la gestión y de la decisión política. No hacen falta camas, hace falta dar altas a tiempo y reorganizar el sistema ■

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



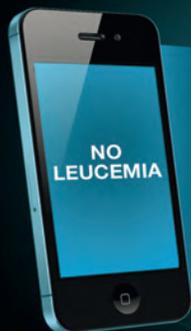
# HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

## HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

1,2€ íntegros sólo disponible para Movistar, Orange y Vodafone



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía  
"NOLEUCEMIA"  
al **28027**

y estarás ayudándonos  
a salvar vidas

**900 32 33 34**  
**www.fcarreras.org**



**FUNDACIÓN  
JOSEP CARRERAS**  
Contra la leucemia



Los  
ciudadanos  
deben ser parte activa  
del  
sistema  
sanitario

Manuel Bayona

Director gerente del Complejo Hospitalario de Granada  
y presidente del XVIII Congreso Nacional de la SEDAP

Texto y fotos | A.H.



## GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuel Bayona

**"Los ciudadanos deben ser parte activa del sistema sanitario"**

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria celebra en abril su XVIII Congreso Nacional bajo el lema 'En el corazón del Sistema'. Tres días donde los expertos intercambiarán experiencias y debatirán no solo sobre gestión sino también sobre cercanía al paciente y trabajo en equipo. Manuel Bayona, presidente del Congreso y director gerente de Complejo hospitalario de Granada, explica que el encuentro girará en torno a un nuevo modelo de sistema sanitario donde el paciente juega un papel activo y en el que la comunicación entre las partes y la sociedad son esenciales. Todo con la Atención Primaria como motor y "garante del proceso asistencial".

**¿Qué novedades se pueden encontrar en el congreso de la SEDAP de este año?**

Queremos que el congreso de Córdoba recoja lo que para nosotros son las líneas clave para el desarrollo del nuevo sistema sanitario, donde destacamos tres áreas fundamentales: la conexión entre paciente y sistema sanitario, la conexión entre las partes del sistema, y la conexión global entre personas y sistemas. Esto significa que tenemos que habilitar nuevos espacios en salud, ya sean reales o virtuales, para compartir y conectar con pacientes, profesionales y sociedad. La intención es que sea un congreso muy abierto a la participación, por eso incluirá desde una disposición de ponentes 'sin mesa', a intervenciones cortas de cinco minutos que permitan generar debate en torno a las diferentes áreas temáticas, entre ponentes

y asistentes. Además, la comunicación estará muy presente a través de las redes sociales. El objetivo es que las personas puedan comunicarse desde cualquier lugar del mundo.

**¿Por qué Córdoba?**

Andalucía tiene una larga experiencia en gestión sanitaria y era una oportunidad para reflexionar juntos sobre ello en una ciudad como Córdoba. Se trata de una capital que tiene una buena conexión con el resto del país y que, por lo tanto, facilita la asistencia a los congresistas y la comunicación entre directivos de las diferentes comunidades autónomas que comparten el compromiso con la Atención Primaria. Además, la apuesta por Córdoba como sede pretende aunar la 'Cultura' como característica emblemática de esta ciudad y atractivo añadido para los participantes.

**El lema de este año 'En el corazón del Sistema' parece una llamada a humanizar la profesión. ¿Se ha perdido la cercanía con el paciente?**

Llevamos tiempo diciendo que el paciente es el centro del sistema sanitario, sin embargo, los ciudadanos deben ser parte activa del mismo y no solo el centro. Con este lema la SEDAP quiere reforzar el papel clave de la Atención Primaria con propuestas concretas como las que han pasado a formar parte del contenido temático de las mesas, y desde luego la humanización es una de ellas. Se trata de poner siempre en primer término la atención a la persona, sus necesidades, sus expectativas, y donde la palabra 'cuidar' adquiera el protagonismo que debe de tener.

**Se dice que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, pero ustedes parecen querer ponerla 'en el corazón'.**

La Atención Primaria es la cercanía al paciente y, por lo tanto, es algo más que la puerta de acceso al sistema, es la garante de todo el proceso asistencial del paciente, incluida la asistencia que se presta en diferentes centros, hospitales... El médico de familia y la enfermera de familia son los profesionales que mejor conocen la realidad del paciente y quienes mejor pueden orientarle en la globalidad que implica su proceso asistencial, muchas veces en especialidades diferentes.

**Una de las ponencias se titula 'Motor de la Sanidad'. Cuando se habla de un engranaje hay que suponer que existen otras partes. ¿Cómo es la relación de la AP con el resto del sistema sanitario?**

La Sanidad del siglo XXI es un sistema complejo donde intervienen diferentes protagonistas. El papel del equipo humano es fundamental. Y en un buen equipo la coordinación y la conexión de las partes es un buen determinante del éxito. Lo importante es la persona, el paciente, y el éxito es el resultado sobre la salud del paciente, no el éxito de la actuación individual de una de las partes.

**¿Qué partes habría que mejorar y modificar de todo este sistema?**

Habría que mejorar las relaciones y la coordinación de todo el sistema. Para ello habría que implicar activamente a los pa-



cientes con su salud, dándoles la oportunidad de participar y tomar decisiones en lo referente a su proceso de asistencia. Para la calidad y el desarrollo de los sistemas sanitarios, es decisiva la adecuada respuesta a las demandas y necesidades de las personas, la eficiencia y el empoderamiento del paciente, la educación para la salud y la corresponsabilidad.

**El congreso comienza con una ponencia sobre trabajo en equipo. ¿Es ese el espíritu que quiere marcar la SEDAP?**

La importancia del trabajo en equipo y coordinación de todos los profesionales que intervienen a lo largo del proceso de asistencia es fundamental. En la Sanidad moderna la superespecialización es una realidad y exige la interacción de diferentes profesionales y distintas disciplinas en la atención de un mismo paciente. Por este motivo, los profesionales que intervienen deben compartir conocimiento, tecnología, recursos y espacios, para conseguir el mejor resultado. Además, para conseguir este trabajo coordinado debemos potenciar la 'transdisciplinaridad' en nuestra actuación. Hay que fomentar el diálogo abierto y la participación de los profesionales expertos que interactúan incorporando experiencias de éxito y centrándose en la resolución de problemas de salud con un enfoque integrador multidisciplinar y unificado.

**En este trabajo en equipo y con los momentos de crisis, ¿cuáles son los ejes principales para la motivación del personal sanitario?**

Los ejes principales para la motivación del ser humano, en general, y del profesional sanitario en particular, probablemente estén clasificados en tres niveles. El primero es la seguridad, en nuestro caso, por ejemplo, con estabilidad y retribución adecuada; el segundo es la formación y el conocimiento de manera que el desarrollo profesional permita al profesional cumplir con sus expectativas; y el tercero, trascendencia de aquello que se hace porque tra-



## GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuel Bayona

bajar en salud como médico, enfermera o cualquier otra categoría es contribuir al bienestar de las personas y de la sociedad en general. Todo ello trasciende a la tarea cotidiana. El profesional sanitario debe de tener reconocimien-

to por la tarea bien realizada. Ese reconocimiento tiene un gran valor cuando viene de los pacientes, también debería venir de sus iguales y directivos, pero no olvidemos que la autoestima depende fundamentalmente de nosotros mismos.

**El sistema se organizó por niveles asistenciales, con presupuestos separados y gestión diferenciada. Actualmente estas fronteras se están diluyendo**

**¿Qué papel juega la investigación en la Atención Primaria? ¿Es sostenible? ¿Interesa?**

El concepto de investigación en salud ha cambiado en los últimos años. En la actualidad se está potenciando la investigación clínica donde los profesionales asistenciales se cuestionan los determinantes de las enfermedades, la efectividad de los tratamientos... Todo con la visión puesta en el paciente de manera que los resultados obtenidos puedan tener aplicación clínica. En el caso de Andalucía se está potenciando la investigación en AP fomentando líneas de investigación específicas mediante convocatorias para este nivel asistencial y programas para contratar capital humano investigador. De hecho, en la actualidad los investigadores de Atención Primaria forman parte de los Institutos de Investigación Biosanitaria y participan en proyectos con otros grupos de investigadores biosanitarios.

**Otro de los aspectos destacado en este programa es la comunicación en salud. ¿Cómo creen que la sociedad ve la Atención Primaria?**

La comunicación tiene que ser nuestra

gran aliada, no solo para mejorar las relaciones con los pacientes, sino con los equipos y con la sociedad. Debemos de seguir trabajando en que la sociedad conozca y valore el papel que tiene la AP como corazón del sistema sanitario. En las encuestas de satisfacción de la población las instituciones sanitarias, y dentro de ellas la Atención Primaria, es de lo más valorado. No obstante, debemos seguir buscando cómo mejorar el conocimiento que la población tiene sobre el sector sanitario.

**¿Cómo se pueden modificar las creencias erróneas?**

La mejora de la comunicación debe ser un objetivo permanente de los gestores sanitarios. Siempre hay que seguir mejorándola. En la sociedad actual las redes sociales son una oportunidad que nos permiten llegar de manera directa a nuestros pacientes y sus familias. La salud pública, el autocuidado, el compromiso personal con una vida saludable, la prevención de enfermedades o la promoción de la salud tienen una oportunidad con las redes sociales y tenemos que ser capaces de profesionalizar esta forma de comunicación para que los pacientes se sientan informados, escuchados, acompañados y más comprometidos con su salud.

**¿Tienen los profesionales de AP las herramientas suficientes para transmitir el esfuerzo y la verdadera imagen del**

**trabajo que se realiza desde estas consultas?**

El profesional sanitario debe hacerse esta pregunta: ¿Qué espera el paciente, su familia y la sociedad de mí? Porque ahí es donde está la verdadera imagen del profesional. Sin embargo, hay otros aspectos decisivos, y las instituciones, las direcciones de los centros, los colegios profesionales, las sociedades científicas y los propios medios de comunicación tienen que contribuir a la causa. Precisamente ese es el objetivo de SEDAP como sociedad científica y ese es el elemento nuclear de este congreso.

**Entonces, ¿qué necesita la Atención Primaria?**

Que se les dé el protagonismo que le corresponde, como corazón del sistema sanitario y no solo en la puerta de entrada.

**En el último día del congreso se hablará del 'Equilibrio del Sistema'. ¿Cómo mantenerlo?**

Al hablar de corazón, de marcar el ritmo desde Atención Primaria, de humanización, comunidad... No podíamos dejar de hablar también de factores de riesgo, pero no de los factores de riesgo cardiovascular, sino para la Atención Primaria, y algunos de ellos son los que plantearán las personas que componen la mesa de debate y que irán desde las relaciones AP-hospital a la financiación.

**Entre los aspectos negativos hablan de la descoordinación. En gestión a veces la descoordinación conlleva un gasto innecesario. ¿Qué herramientas se presentarán en el congreso para tratar de evitar este riesgo?**

**El sistema sanitario sí es sostenible. El problema está cuando los diferentes agentes que intervienen en él no se alinean para hacerlo eficaz y eficiente**



El sistema sanitario se organizó hace muchos años por niveles asistenciales, con presupuestos separados y gestión diferenciada. Actualmente estas fronteras se están diluyendo. Las áreas sanitarias son un ejemplo y las direcciones unificadas también. El paciente no sabe, ni tiene por qué saber del nivel asistencial, sino de la resolución de sus problemas, y nosotros tenemos que estar coordinados para no repetir tareas de manera innecesaria y costosa.

**Ante esto, ¿es sostenible el sistema sanitario?**

El sistema sanitario sí es sostenible. El problema está cuando los diferentes agentes que intervienen en él no se alinean

para hacerlo eficaz y eficiente. Las disfunciones generan ineficiencia y aspectos como la innovación, el coste de nuevos medicamentos o la aparición de nuevas patologías han de abordarse desde niveles superiores y de manera global. La eficiencia en Sanidad hay que medirla usando resultados en salud y el coste que representan. Esto nos permite hacer comparaciones con otros e identificar márgenes de mejora.

**Gestión es también reducir el número de pacientes por profesional. ¿Hacia dónde se camina?**

Este es un viejo debate, pero no por viejo deja de preocupar, aunque es cierto que el número es menos importante

que la tipología de pacientes. La población más longeva requiere más atención y cuidados que la población de barrios jóvenes. También es distinto el abordaje que se haga de los problemas de salud en un sitio y en otro. En definitiva, los cupos médicos deben de tener un peso más cualitativo que cuantitativo, pero es verdad que a nivel general también hay que mejorarlos. En cualquier caso es decisivo el trabajo en equipo con la comunidad para ser realmente efectivos y eficientes.

**¿Considera que la Atención Primaria debería asumir más competencias?  
¿Habría que reformular su espíritu?**

En ello estamos. Desde muchas comunidades autónomas se están presentando planes concretos de reformulación del espíritu de AP. En este congreso se hablará del modelo andaluz. En nuestra comunidad este año se han aumentado considerablemente los presupuestos destinados a AP, creciendo muy por encima de los dedicados a hospitales, y esto es muy significativo.

**¿Cuáles son los temas que más preocupan a los gestores de Atención Primaria?**

La cronicidad, la colaboración y coordinación con el hospital, así como la eficiencia en el uso de recursos, como garantía de sostenibilidad del sistema. Estos son los principales puntos de preocupación ■

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



A 3D rendered white humanoid figure is shown from the back, standing and casting a ballot into a ballot box. The ballot box is white with a blue top and sits on a white pedestal. The ballot has a red 'X' mark. The text 'nuevo presidente del' is overlaid on the scene.

nuevo presidente del



El Dr.  
Miguel Ángel  
Sánchez Chillón,  
Colegio de Médicos  
de Madrid

Texto | Antonio Pais



## REPORTAJE

# El Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón, nuevo presidente del Colegio de Médicos de Madrid

**El año 2016, como sucediese en 2015, será de baja intensidad electoral en los colegios de médicos españoles: solo están previstos comicios a la presidencia en ocho entidades provinciales, y tampoco las habrá, con la excepción de una vocalía, en el organismo que las aglutina, la Organización Médica Colegial, en un año de calma antes del trascendental 2017. En 2016 habrá relevo en la presidencia de la mayoría de los consejos autonómicos por los habituales turnos rotatorios.**

La candidatura encabezada por el Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón fue la más votada en las elecciones a la presidencia del Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM). En los comicios de la institución colegial madrileña, celebrados el pasado 18 de febrero, estaban llamados a votar 41.800 colegiados. Los comicios en el ICOMEM, que como siempre sucede en un colegio de médicos de tanto peso levantaron una enorme expectación, son el epicentro de un año electoral, el de 2016, de baja intensidad: está previsto que se celebren votaciones a la presidencia en ocho colegios provinciales españoles; y además, se producirán los habituales relevos en los diferentes consejos autonómicos, cuya presidencia se suele ostentar de forma rotatoria.

El Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón será el presidente del Colegio de Médicos de Madrid los próximos cuatro años. Su candidatura obtuvo 3.027 votos de un total de 7.962 emitidos, un respaldo del 38,02 por ciento de los votantes. Tras un proceso electoral en el que, afortunadamente, no hubo tan agrias disputas ni tanto ruido mediático como en otros celebrados anteriormente, la lista vencedora se impuso a las encabezadas por distinguidos rivales: las de los Dres. Guillermo Sierra Arredondo (obtuvo 2.311 votos); Juan Abarca Cidón (1.415 votos); y Ana Isabel Sánchez Atrio (1.113 votos).

La participación en las elecciones de 2016 creció un seis por ciento con respec-

to a las anteriores, las de 2012. Los colegiados madrileños acudieron a los 21 centros habilitados y a las tres mesas de la sede del ICOMEM a votar en una jornada electoral que transcurrió sin ningún incidente.

Tras los resultados de las elecciones, la nueva Junta Directiva del ICOMEM queda compuesta de la siguiente forma: presidente: Miguel Ángel Sánchez Chillón; vicepresidente: Belén Padilla; secretario: José María Morán; vicesecretario:

Asunción Rosado; tesorero: Ángel Sanz-Virseda; vocal de Médicos de Atención Especializada y Hospitales: Francisco Javier García Pérez; vocal de Médicos de Atención Primaria: Ignacio Sevilla; vocal de Médicos de Ejercicio Libre: Pablo Lázaro; vocal de Médicos en Formación: Borja Castejón; vocal de Médicos Jubilados: Ángel Oso; vocal de Médicos No Asistenciales: Julio Bonis; vocal de Médicos Titulares y Rurales: Paula Chao; y vocal de Médicos para la Promoción de Empleo y Cooperación Internacional: Ricardo Angora.

Por lo que respecta a la Organización Médica Colegial (OMC), poco movimiento electoral se espera en 2016. Se convocarán elecciones para elegir al representante nacional en la Vocalía de Médicos Jubilados, debido a que quien hasta ahora ostentaba esta representación, el Dr. Ángel

Oso, integraba la lista vencedora en las elecciones en el Colegio de Médicos de Madrid, y ambos cargos son incompatibles, por lo que se le deberá buscar relevo en la vocalía.

El próximo año, 2017, sí que será importante en el aspecto electoral en la OMC: en el mes de marzo está previsto que se celebren los comicios a la presidencia, la tesorería, la vicesecretaría y la mitad de las vocalías de la corporación.

### Elecciones en ocho colegios

En ocho colegios provinciales españoles se celebrarán comicios a lo largo de 2016, al haberse consumido los cuatro años de la legislatura; serían nueve de no haberse adelantado las elecciones en el Colegio de Médicos de Murcia, que desde 2012 preside la doctora Isabel Montoya; en diciembre del pasado año 2015, Montoya fue reelegida, al ser la suya la única candidatura que se presentó.

Además de las ya comentadas en Madrid, se celebrarán elecciones durante este año en los Colegios de Ávila (en mayo está previsto que se celebren en la institución que preside la Dra. María Begoña Sahagún); Tarragona (lo preside el Dr. Fernando Vizcarro, y se

esperan hacia mitad de 2016); La Rioja (aproximadamente en octubre; la actual presidenta es la Dra. Inmaculada Martínez); Navarra (previstas para el último trimestre de este año; actualmente lo preside, tras la dimisión de la Dra. María Teresa Fortún en noviembre de 2015, el hasta

## Los comicios en el ICOMEM, celebrados el 18 de febrero, centran la atención de un año 2016 de baja intensidad electoral en los colegios de médicos

## Está previsto que se celebren elecciones en ocho colegios, además de los lógicos relevos en los consejos autonómicos



entonces vicepresidente, el Dr. Rafael Teijeira); y Cáceres (a finales de año finaliza la legislatura con el Dr. Carlos Ramón Arjona en la presidencia).

En el Colegio de Médicos de Pontevedra, los comicios deben celebrarse en noviembre de este año. El actual presidente de la corporación, el Dr. Luis Campos Villarino, finaliza entonces su segunda legislatura; y los estatutos prevén que puede haber un tercer y último mandato, siempre que sea con previa autorización de la asamblea de la institución.

En el Colegio de Médicos de Guadalajara, a comienzos de julio de 2015 llegó la triste noticia del fallecimiento del Dr. Ramón Ochoa, quien había presidido la institución desde al año 2010. Pasó entonces a ostentar la presidencia en funciones el vicepresidente del Colegio, el Dr. Mariano Paniagua, pero la Asamblea de la institución no lo ratificó como presidente y se produjo una curiosa situación: al estar vacantes, por diferentes cuestiones, siete de las trece plazas de la Junta Directiva (las de presidente, vicesecretario y cinco vocalías), el Colegio no pudo convocar elecciones; por ello, a comienzos de este año consultó a la OMC sobre la decisión a tomar: a la espera de la respuesta, los tres integrantes de la Comisión Permanente del CM de Guadalajara que siguen

en sus cargos han entendido que, al ser más de la mitad de la citada Comisión, están capacitados para convocar el proceso electoral para el próximo 11 de mayo.

### Procesos electorales en 2015

A finales de febrero del pasado año, la Junta Electoral del CM de Cantabria proclamó la candidatura del Dr. Tomás Cobo, que de esta forma era reelegido presidente para los próximos cuatro años. En el mes de mayo se celebraron elecciones en el Colegio de Médicos de Soria; allí también renovó su cargo de presidente el Dr. José Ramón Huerta, cuya candidatura fue la única que se presentó. A finales de octubre fue reelegido presidente del Colegio de Médicos de A Coruña el Dr. Luciano Vidán: su lista recibió 839 votos a favor, el 71 por ciento de los emitidos, frente a la del doctor Francisco Rasgado (349 votos). Y en diciembre, se cele-

braron las elecciones en el Colegio de Médicos de Ceuta, resultando vencedora la candidatura del Dr. José Enrique Roviralta, un año después del fallecimiento de la presidenta Manuela Gómez.

Por su parte, el Dr. Ramón Mur presidirá hasta 2019 el Colegio de Médicos de Lleida, tras vencer en las elecciones celebradas el pasado 28 de octubre. La lista del Dr. Mur obtuvo 496 votos, frente a los 412 de la encabezada por el Dr. Esteve Sarroca. El Dr. Mur llevaba ya un año al frente de la corporación ilderdense tras sustituir a la anterior presidenta, Rosa María Pérez, que ya que anteriormente ocupaba el cargo de vicepresidente.

### Poco movimiento

No habrá elecciones en los ocho colegios provinciales de la comunidad andaluza, donde sí se espera fuerte actividad para el año que viene. Pero este año seguirán en sus cargos de presidentes los Dres. Juan Antonio Repetto (CM

de Cádiz, elegido en 2014); Juan Bautista Alcañiz (CM de Sevilla, 2013); Bernabé Galán (CM de Córdoba, 2014); Francisco Javier Martínez Amo (CM de Almería, 2014); Emilio Manuel García de la Torre (CM de Jaén, 2013); Juan José Sánchez Luque (CM de Málaga, 2014); Francisco Javier de Teresa (CM de Granada, 2013); y Antonio Aguado (CM de Huelva, 2013).

**Por lo que respecta a la OMC, y antes del trascendental 2017 en el que habrá elecciones a la presidencia, tesorería, vicesecretaría y la mitad de las vocalías, este año solo habrá elecciones a la Vocalía de Médicos Jubilados, al integrar su actual representante, el Dr. Ángel Oso, la lista vencedora del ICOMEM**

Por lo que respecta al Consejo Autonómico, en el mes de noviembre de 2014 fue elegido presidente para los dos siguientes años el Dr. Antonio Aguado; a finales de este año deberían celebrarse nuevos comicios.



## REPORTAJE

# El Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón, nuevo presidente del Colegio de Médicos de Madrid

En Castilla y León, y salvo el caso ya citado del Colegio de Médicos de Ávila, tampoco habrá elecciones este año: ni en el Consejo Autonómico, presidido hasta el año 2017 por el Dr. José Luis Díaz Villarig, presidente a su vez y hasta ese mismo año del CM de León; ni en los Colegios de Palencia (en mayo de 2014 fue reelegido el Dr. Francisco José del Riego); Valladolid (en mayo de 2014 fue reelegido presidente el Dr. José Antonio Otero); Salamanca (a finales de 2013 fue reelegido el Dr. Manuel Gómez Benito); Burgos (en junio de 2014 tomó posesión el Dr. Joaquín Fernández de Valderrama); Zamora (en 2013 fue reelegido el Dr. Sebastián Martínez); y Segovia (en 2013, el Dr. Enrique Guilabert).

Situación parecida es la de Castilla-La Mancha: salvo el caso del CM de Guadalajara no hay este año comicios en los de Albacete (Dr. Fernando Gómez Bermejo, presidente desde 2013); Cuenca (Dr. Carlos Molina, 2013); Toledo (Dr. Luis Rodríguez Padial, 2013); y Ciudad Real (José Molina, 2013). A mediados del pasado año, el CM de Cuenca tomó el relevo en la presidencia del Consejo Autonómico, que presidirá hasta 2017.

En la Comunidad Valenciana continuarán como presidentes elegidos en 2014: los Dres. José Pastor (Colegio de Médicos de Alicante); José Antonio Herranz (Colegio de Médicos de Castellón, en el que lo más resaltable fue el nombramiento de seis nuevos directivos a mediados del pasado año); y Mercedes Hurtado (Colegio de Médicos de Valencia). Este año está previsto que la presidencia del Consejo Autonómico pase al CM de Castellón.

### Cambios en consejos autonómicos

En Aragón, la gran novedad afecta al Consejo Autonómico de Colegios de Médicos. La lucha que han mantenido durante años los

colegios provinciales para dotar de entidad jurídica al Consejo, mediante la creación de sus estatutos, llega a su recta final: los estatutos se van a elaborar, con el punto básico en el acuerdo de que en cualquier decisión trascendente del Consejo debe darse la postura favorable del CM de Zaragoza y de otro Colegio provincial. En estos, desde 2013 la Dra. Concepción Ferrer preside el CM de Zaragoza, mismo año que lo hace el Dr. José María Borrel como presidente del CM de Huesca; y en 2014 comenzó su segunda legislatura como presidente del CM de Teruel el Dr. Ismael Sánchez.

En Euskadi, ningún movimiento electoral en 2016. En el inicio de este año se ha producido ya el traspaso de poderes desde el CM de Vizcaya al CM de Guipúzcoa para la presidencia de Consejo Autonómico: hay rotación cada dos años. El Colegio vizcaíno lo preside el Dr. Cosme Naveda desde 2013, mismo año en el que fue reelegido (tercera legislatura) el Dr. Kepa Urigoitia en el CM de Álava; en mayo de 2014 fue proclamado presidente del CM de Guipúzcoa el Dr. Manuel García Bengoechea.

Con la excepción ya citada del Colegio de Médicos de Tarragona, no habrá elecciones en los colegios provinciales catalanes. El de Barcelona lo preside desde febrero de 2014 el Dr. Jaume Padrós; el CM de Girona, también desde 2014 el Dr. Josep Vilaplana. Y ya se ha explicado lo sucedido en los comicios del pasado año en el CM de Lleida. El Consejo Catalán de Colegios de Médicos se preside de forma rotatoria.

### Galicia, Extremadura, Canarias, Baleares

En Galicia ya se han comentado los casos del Colegio de Médicos de Pontevedra y del Colegio de Médicos de A Coruña. En octubre de 2013 fue elegido presidente del CM de Lugo el doctor Manuel Boquete; su legislatura finaliza en 2017. Y en junio de 2014, el Dr. José Luis Jiménez tomó posesión como presidente del CM de Ourense. En cuanto al Consejo Autonómico, desde 2013 lo preside el Dr. Luciano Vidán (A Coruña), y en la próxima reunión de la Junta Directiva del Consejo se decidirá su continuidad o su relevo.

En Extremadura, a comienzos de este año asumió la presidencia del Consejo Autonómico (turnos rotatorios de dos años entre los dos colegios provinciales) el a su vez presidente del CM de Badajoz, el Dr. Pedro Hidalgo; este finaliza en 2017 su legislatura al frente de la institución colegial pacense.

En Canarias, en 2014 tomó posesión como presidente del Colegio de Médicos de Las Palmas el neumólogo Pedro Cabrera, que inició su tercer mandato al frente de la institución. En septiembre de 2013 había renovado su mandato por otros cuatro años al frente del CM de Tenerife el Dr. Rodrigo Martín. Hasta 2017, la presidencia del Consejo Autonómico la tendrá el CM de Tenerife.

Las elecciones en el Colegio de Médi-

cos de las Islas Baleares las ganó en mayo de 2014 la candidatura encabezada por el Dr. Antonio Bennisar (segunda legislatura hasta 2018); en el CM de Asturias, en 2013 el Dr. Alejandro Braña; en diciembre de 2014 el Dr. Francisco Delgado. En ninguna de estas tres instituciones, por lo tanto, se esperan comicios en 2016 ■

**En Castilla y León, y salvo el Colegio de Médicos de Ávila, tampoco habrá elecciones este año: ni en el Consejo Autonómico, presidido hasta el año 2017 por el Dr. José Luis Díaz Villarig**

A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin metal rods. The spheres are arranged in a row, with the leftmost one slightly lower than the others. The background is a light blue gradient.

# saned.

**GRUPO**

## Impulsando la **formación** desde 1981

- **Más de 65.000 profesionales sanitarios formados**
- **Cursos en práctica clínica, habilidades intra e interpersonales y gestión**
- **Colaboraciones con Sociedades Científicas, Escuelas de Negocios y Escuelas de Medicina, Farmacia y Enfermería**
- **Acreditada (CFC, ECTS)**



## ON-LINE La Medicina en la red

<http://www.ser.es>



La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha lanzado una nueva página *web* más atractiva y compatible con todos los dispositivos móviles, con el objetivo de permitir a los usuarios una navegación más ágil, intuitiva y sencilla. En ella, se incluyen noticias de actualidad sobre diversos aspectos relacionados con la Reumatología, información sobre proyectos de investigación, oferta formativa -cursos, simposios, congresos-, otros eventos, servicios a los socios y todas las iniciativas que se realizan en la SER.

También, los pacientes disponen de un apartado *web* con información sobre las enfermedades reumáticas, así como enlaces de interés y otras noticias. Otra de las novedades que ofrece la plataforma es una nueva herramienta de comunicación para los grupos de trabajo y grupos de especial interés de la sociedad, que permitirá una mayor interacción entre los miembros, ya que podrán compartir documentos, hacer comentarios, etc ■

<http://www.loquelapielesconde.es>

Acción Psoriasis, con la colaboración de AbbVie, ha creado un nuevo espacio digital -*Psoriasis, lo que la piel esconde*- para mejorar el conocimiento que la población tiene sobre la psoriasis, enfermedad inflamatoria autoinmune y crónica incapacitante y que puede desencadenar en otros problemas de salud. El objetivo es dar



a conocer que la psoriasis, más allá de tratarse de una enfermedad de la piel, puede desencadenar en otros problemas de salud, como la obesidad, diabetes, hipertensión, arterosclerosis, afectación de las uñas, enfermedad de Crohn o enfermedades mentales.

La *web* permite descubrir a través de seis figuras interactivas, que representan a pacientes con psoriasis, lo que la enfermedad esconde bajo la piel mediante capas superpuestas que describen las comorbilidades que padecen.

Además, el sitio proporciona información, para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y consejos. Entre otras cosas, los pacientes que lo deseen pueden descargar la guía "Psoriasis. Conozca su enfermedad".

Otro aspecto que la *web* resalta es la ayuda que ofrecen a través del programa *Tándem*, un servicio de atención al paciente que cuenta con una enfermera, una nutricionista y una psicóloga. Ofrece una atención personalizada, vía telefónica o de forma presencial a los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica. El objetivo del servicio es orientar y responder dudas sobre estas enfermedades, tanto desde el punto de vista físico como emocional y social.

De esta forma, se asesora a los pacientes sobre hábitos de vida saludable, entre ellos, dieta, ejercicio físico, y se aclaran las dudas sobre la enfermedad, sus tratamientos, etc., y también se da apoyo emocional a través del trabajo de la psicóloga de la asociación ■

<http://www.expressionsait.com/sp/>

Stallergenes S.A., compañía internacional especializada en el diagnóstico y tratamiento de las alergias, ha puesto en marcha *Expressions*, la primera *web* en español sobre inmunoterapia con alérgenos (ITA) para profesionales sanitarios. La *web* cuenta con artículos científicos, entrevistas, noticias, un servicio de avisos y una *newsletter*.



Este espacio, que surge tras la anterior publicación durante 20 años de una revista impresa del mismo nombre, tiene versiones en siete idiomas. Además de en español, se puede consultar en alemán, francés, inglés, italiano, polaco y ruso ■

# Spiraxin<sup>®</sup>

(rifaximina- $\alpha$ )

# Aterina<sup>®</sup>

## Sulodexida

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica o nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimat. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ( $\geq 10\%$ ), Frecuentes (de  $\geq 1\%$  a  $< 10\%$ ), Poco frecuentes (de  $\geq 0,1\%$  a  $< 1\%$ ), Raras (de  $\geq 0,01\%$  a  $< 0,1\%$ ), Muy raras, incluyendo casos aislados ( $\leq 0,01\%$ ). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, 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 faringoalarginal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquinuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilización. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripa. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash entomatoso, rash morbilliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirrido (1',2'-1)imidazo (5,4-c) Rifaximina] en su forma polimérica. **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antimicrobianos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimérica alfa ( $\alpha$ ) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) favorece la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficacia activada antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 235 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de  $C_{max}$  no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 mg/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas poliméricas de Rifaximina diferentes a la  $\alpha$  poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/iva:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

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

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - [www.bamageve.es](http://www.bamageve.es)

BAMA — GEVE

Imagen en segunda de cubierta

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

## REPORTAJE

Día Mundial de la Salud 2016:  
diabetes



El próximo 7 de abril la OMS celebra el Día Mundial de la Salud, que este año estará dedicado especialmente a la diabetes. Esta enfermedad está aumentando rápidamente en muchos países, y de manera extraordinaria en los países de ingresos bajos y medianos. Además, una gran proporción de los casos de diabetes son prevenibles. Algunas medidas simples relacionadas con el modo de vida se han revelado eficaces para prevenir o retrasar su aparición. Por otro lado, la diabetes se puede controlar y tratar para prevenir complicaciones. Los esfuerzos por prevenir y tratar la diabetes serán importantes para alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consistente en reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en una tercera parte para 2030.

## FORO DE EXPERTOS | ENTREVISTAS

Iker Ustarroz, M<sup>a</sup> Teresa Acaiturri, Elisa Gómez, Carmen León, Immaculada Ibarrola

Hospital Universitario Cruces  
"Un nuevo reto en la gestión hospitalaria: la evaluación económica"

Emilia Bailón



Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria Y presidenta de la Comisión Delegada del Tronco Médico

Manuel Vilches

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

Miguel Ángel Calleja

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



Silvia Sánchez, Leticia García, Juan Ignacio Martínez

Escuela Andaluza de Salud Pública  
"Impacto económico de la migración de los profesionales sanitarios"

Mariano Esteban



Presidente de la Real Academia de Farmacia

## REPORTAJES



La investigación clínica, más profesional y transparente



Los nuevos productos sanitarios



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

Fuente: Informe anual ISSCE  
(dic 2014)

Hasta un

**60%\***  
bonificación

**en su seguro de Automóvil**

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



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

**A.M.A. MADRID (Central)**

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 [madrid@amaseguros.com](mailto:madrid@amaseguros.com)

**A.M.A. MADRID (Villanueva)**

Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 [villanueva@amaseguros.com](mailto:villanueva@amaseguros.com)

**A.M.A. MADRID**

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 [hilarion@amaseguros.com](mailto:hilarion@amaseguros.com)

Síguenos en     

(\* Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

# Spiraxin<sup>®</sup>

(rifaximina- $\alpha$ )

Financiado por el SNS

*Eficacia intestinal asegurada*

BAMA — GEVE

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

Ficha Técnica en pág.81