

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1173. Mayo 2016

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



30 ANIVERSARIO

Hacia una Ley General de Sanidad del siglo XXI



Foros EL MÉDICO

La Salud Mental en la
Comunidad de Madrid

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág.81

EN PORTADA

Hacia una Ley General de Sanidad del siglo XXI

El 18 de marzo de 1986, el pleno del Congreso de los Diputados aprobaba el texto definitivo de la Ley General de Sanidad. La norma, que entró en vigor pocos días después, el 25 de abril, supuso la universalización en España de la asistencia sanitaria y sentó las bases del actual Sistema Nacional de Salud.

14



ENTREVISTAS



Miguel Ángel Calleja

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

20



Manel Rabanal Tornero

Presidente del Comité de Coordinación de Estudios Posautorización de la AEMPS

60

Pedro Jaén

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

64



Paula Farias

Jefa de Misión del Mediterráneo de Médicos Sin Fronteras

70



FOROS EL MÉDICO

Radiografía a los nuevos retos de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

La estructura sociosanitaria de la Comunidad de Madrid en el ámbito de la Salud Mental es amplia, pero es necesario que se adapte a las necesidades del usuario en cada fase de la enfermedad. Esta es una de las conclusiones principales de los expertos reunidos en el '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.

28

SUMARIO

FORO DE EXPERTOS

SILVIA S. HERNÁNDEZ

Escuela Andaluza de Salud Pública



LETICIA GARCÍA MOCHÓN

Escuela Andaluza de Salud Pública



DANIEL LÓPEZ JARAMILLO

Escuela Andaluza de Salud Pública



JUAN IGNACIO MARTÍNEZ

Escuela Andaluza de Salud Pública



8

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



XVIII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
42

FACME/ENTREVISTA

Entrevista a Pablo Valdés Solís

Responsable de Comunicación de la SERAM

46



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a María Dolores Acón Royo



Directora gerente del Hospital Universitario Son Espases, en Palma de Mallorca

36

OTROS TEMAS

Reportaje 52

Sala de lectura 76

Online 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

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.

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 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) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

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

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

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

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



A close-up photograph of a stack of white papers. Two gold pens with silver barrels are resting on the papers. The pen in the foreground is in sharp focus, showing its tip and the gold barrel. The background is softly blurred, showing the edges of many pages. The text 'La mirad' is overlaid on the right side of the image.

La
mirad



a maestra de la actualidad



Silvia
S. Hernández



Daniel
López Jaramillo



Leticia
García Mochón



Juan Ignacio
Martínez



Aportaciones a un modelo de costes y beneficios de la migración de profesionales de la salud. El caso de España

Autor | Silvia S. Hernández, Leticia García Mochón, Daniel López Jaramillo y Juan Ignacio Martínez Millán.
Escuela Andaluza de Salud Pública

Los flujos migratorios de profesionales sanitarios entre países constituyen un tema de preocupación creciente debido, tanto a su impacto directo e indirecto sobre el crecimiento económico de los países involucrados, (en países de origen y de destino) como al que generan en sus sistemas sanitarios y el bienestar global de dichos países.

En los últimos años, se han dado pasos a nivel internacional para contribuir al desarrollo de políticas de recursos humanos en salud incluyendo el fenómeno de las migraciones de los recursos humanos en salud (RHUS). La creación del grupo de trabajo ministerial de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) para trabajar sobre la migración de profesionales de salud en Iberoamérica (Declaración de Colonia 2006), su posterior transformación en la Red Iberoamericana Ministerial de Profesionales de la Salud (RIMPS) (compuesta por representantes de los ministerios de salud de Iberoamérica y coordinada por el Ministerio de Salud de Uruguay desde el área de Relaciones Internacionales), o la firma del código ético de contratación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) son ejemplos claros de la importancia del tema y su impacto en la gestión de la fuerza de trabajo en salud desde los gobiernos de los países.

Entre 2009 y 2011 se desarrolló una primera fase de la Acción Europea “Migración de Profesionales de Salud, una Oportunidad para el Desarrollo Compartido” (MPDC) de apoyo al trabajo que realiza la RIMPS, que centró sus esfuerzos en la caracterización de la situación en la re-



Silvia S. Hernández



Leticia García Mochón



Daniel López Jaramillo



Juan Ignacio Martínez

gión, en el refuerzo del diálogo político entre los países del espacio Iberoamericano, en el análisis de los sistemas de información para el seguimiento del fenómeno, en la creación de recursos orientados a poder desarrollar una estrategia de mejora de las capacidades de planificación del recurso humano en salud y en el aná-

lisis de experiencias de gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud para la obtención de lecciones aprendidas. La nueva edición de la Acción MPDC (2013-2016) ha dado continuidad a las actividades realizadas anteriormente con el propósito general de contribuir a la gestión eficaz de los flujos migratorios de

profesionales del área médica y de enfermería en el espacio iberoamericano y de la UE. En el marco de las actividades previstas, se pretendía conocer las implicaciones y consecuencias económicas que las migraciones de profesionales de la salud suponen tanto en los países proveedores como de destino.

Para que los países puedan elaborar políticas de gestión de flujos que fomenten el desarrollo mutuo, o el todos ganan (win-win), es necesario partir de un análisis de las consecuencias de la migración de estos profesionales para los países involucrados lo más exhaustiva posible, para saber cómo queda la balanza cuando este personal calificado migra tanto para el país de origen como el de destino.

Comparando el coste que supone la emigración de profesionales sanitarios con el beneficio de los que migran a nuestro país, España tendría un saldo negativo de más de 78 millones de euros en un periodo de 25 años

Pero nos encontramos con que no hay datos fiables que reflejen esta realidad, y que no hay establecido un modelo de análisis aplicable a todos los países que oriente la firma de convenios de gestión de flujos entre países (esto no quiere decir que no se hayan firmado convenios, pero sí que estos no se sustentan en datos fiables); hay una clara tendencia a analizar la situación exclusivamente desde los costes que supone para el país de origen, normalmente empobrecido o en vías de desarrollo, lo cual es un análisis muy parcial.

Tras una revisión bibliográfica del impacto económico de las migraciones de RHUS, hemos elaborado un modelo de





Tabla 1. Cuadro de variables de coste y beneficios derivados de la migración de profesionales de la salud

		PAÍS DE ORIGEN	PAÍS DE DESTINO
COSTES	SNS Y PROFESIONALES	Carencias en la capacidad de prestación de servicio de salud	Mayor competencia local de profesionales
		Reducción de productividad de quienes se quedan	Precarización de condiciones laborales
		Empeoramiento condiciones laborales	Caída de moral en profesionales locales (¿racismo?)
		Caída de moral en profesionales restantes	Pérdida de inversión en inmigrantes que retornan
		Pérdida en propagación de conocimiento	
		Encarecimiento recursos humanos por menos oferta	
		No acreditación/cierre por falta de personal	
	FINANCIEROS	Pérdida de impuestos y consumo emigrados	Costes administrativos
		Coste en inversión educación emigrados	Costes re-aseguramiento y adaptación al puesto
		Sobre-inversión en educación para reemplazos	Remesas enviadas a origen
	OTROS	Pérdida de conocimiento experto en academia y cc. Formación	
		Reducción en investigación por falta de personal	
		Pérdida de contribución de sectores más educados	
Pérdida de 'role models' para jóvenes estudiantes			
BENEFICIOS	SNS Y PROFESIONALES	Mejora en capacidades de personal retornado	Resolución de carencias en sistema sanitario
		Colaboraciones entre profesionales locales y en diáspora	Mejora en calidad de servicio Mayor propagación de conocimiento
		Ahorro de los salarios de profesionales migrados	Aumento moral profesionales locales (¿aire fresco?)
	FINANCIEROS	Pérdida de impuestos y consumo emigrados	Ingreso por impuestos y consumo de inmigrantes
		Coste en inversión educación emigrados	Ahorro en educación de inmigrantes
		Sobre-inversión en educación para reemplazos	Aumento comercio e inversión por redes con inmigrantes

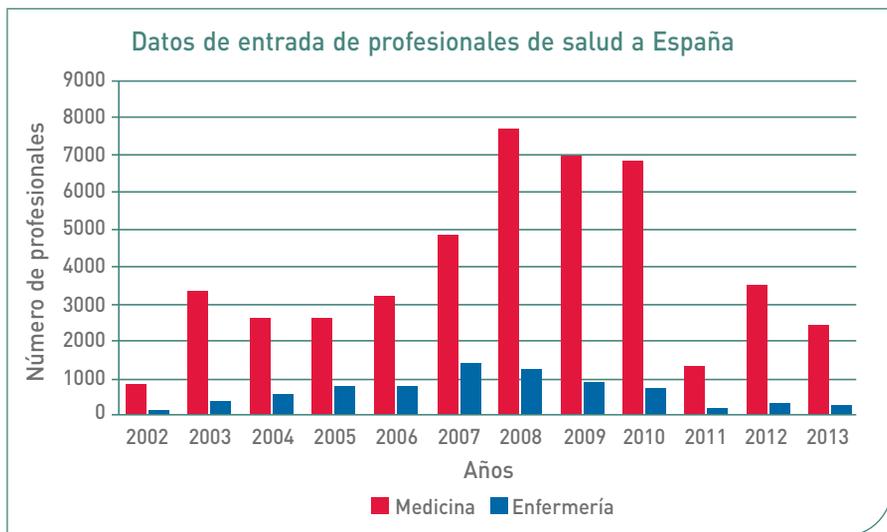
análisis que integra costes-beneficios tangibles y no tangibles en países de origen y de destino, tomando como ámbito de estudio España. Los datos se recopilan con técnicas cuantitativas: bases de datos de instituciones públicas, y cualitativas: entrevistas semiestructurada a tres perfiles de informantes: 4 personas con perfil de profesional emigrados, 1 persona con perfil de retornado y 5 personas con perfil de inmigrado. Las variables que se incluyen en el modelo se categorizan en costes y beneficios del país de origen y destino de la migración (ver Tabla 1). A partir de estas variables se ha estimado el impacto

Tradicionalmente España ha sido un país con gran flujo de entrada y salida de profesionales de la salud, caracterizado por una inadecuada planificación de RHUS en salud

en costes y beneficios que la migración de profesionales de la salud tiene para España como país de origen y de destino. Tradicionalmente España ha sido un país con gran flujo de entrada y salida de profesionales de la salud, caracterizado por una inadecuada planificación de RHUS en salud: más plazas MIR que estudiantes graduados, carencias de oferta en zonas aisladas, etc. (2). La inmigración de profesionales sanitarios (de América Latina) ha cubierto parte de esas demandas aisladas y/o mal planificadas. Las figuras 1 y 2 presentan la estimación de

los datos de flujos migratorios de entrada y salida de profesionales de Medicina y Enfermería en España, a partir de las homologaciones de títulos realizados entre los años 2002 y 2012 (3). Las políticas migratorias para MIR extranjeros han variado de acuerdo a las necesidades del sistema de salud español. En épocas previas a la crisis, se facilitaban tanto los permisos de trabajo como los de residencia a los profesionales extranjeros, que a su vez facilitaba el que esas personas se quedasen en España tras su formación para trabajar en el sistema de salud. Después de 2008 se redujo el número de plazas MIR para extranjeros y sólo se provee de un permiso de estudiante, que fuerza el retorno una vez terminada la formación. En general han entrado más médicos que enfermeras y salido más enfermeras que médicos. La salida del personal de enfermería refleja

Figura 1. Número de profesionales de Medicina y Enfermería que migran a España en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012. (3)

Figura 2. Número de profesionales de Medicina y Enfermería que emigran hacia el exterior en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012. (3)

los cambios en la política de reclutamiento de países de destino como Reino Unido; también muestra, con un par de años de retraso habitual para estos casos, el efecto de la crisis de 2008. El mismo retraso se ve ante el freno en la entrada de médicos, el mismo año que se dispara la salida de enfermeras. Sorprende que el 2013 sea el único año en el que salen más profesionales de la Medicina que de enfermería.

A partir de estos datos, hemos estimado el coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran para el año 2013, en base al enfoque del capital humano utilizando la metodología desarrollada por Kirigia et al 2006 (4) que calcula la proyección del valor futuro acumulable de un profesional que realiza su periodo educativo en España pero emigra fuera del país para trabajar durante un período determinado. Al no disponer de datos de

tiempo de migración, se muestran dos escenarios de tiempo (15 y 25 años). El coste de la formación se recoge a partir de los datos proporcionados por el Ministerio de Educación (5), que aporta datos de coste por alumno para cada año durante las diferentes etapas de formación del sistema educativo español (educación infantil, educación primaria y educación superior). A partir de estos datos y tomando como base el año 2013, un escenario de tasa de interés del 4 por ciento (tasa de interés de depósito fijo en España), y un tiempo de migración de 15 años, la emigración de profesionales de la salud conduciría a una pérdida de inversión de 705,12 millones de euros, lo que representa el 0,068 por ciento del PIB del mismo año). Si el tiempo medio de migración fuese de 25 años, la pérdida de inversión ascendería a 1.043,7 millones de euros, lo que representaría el 0,10 por ciento del PIB. Si además contemplamos la pérdida de ingresos por impuestos a partir del salario medio de un profesional de la salud emigrado (6) y el tipo impositivo asociado al trabajo asalariado (ITR) calculado por Eurostat, el coste para España podría llegar a ser de 1.304,1 millones en un escenario de 15 años de migración, o 2.042,29 millones en un escenario de 25 años de migración (Tabla 2).

Del mismo modo que los profesionales titulados en Medicina y Enfermería en España que emigran a otros países suponen un coste para el país, los profesionales titulados en otros países que migran a España suponen un beneficio, debido al ahorro en inversión en educación y recaudación de impuestos. Aún teniendo esto en cuenta, España seguiría teniendo un saldo negativo (coste) entre 49,90 y 75,88 millones de euros, según tiempo de migración de 15 y 25 respectivamente (Tabla 2).

Por otra parte, de las entrevistas realizadas hemos obtenido información de las demás variables del modelo que suponen costes y beneficios que aunque no son estimadas en unidades monetarias, no



Tabla 2. Análisis de coste y beneficio de la migración de profesionales de la salud en 2013, teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión más recaudación de impuestos (Datos en millones de euros 2013)

Profesional de la salud	Coste educación (total)	Pérdida / Ahorro en inversión (4 por ciento, 15 años / 25 años)		Pérdida / Ganancia impuestos (15 / 25 años)	
Medicina (emigrados)	-221,0	-398,1	-589,3	-354,7	-591,3
Enfermería (emigrados)	-170,5	-307,0	-454,5	-244,3	-407,19
Medicina (inmigrados)	342,6	617,0	913,42	549,9	916,5
Enfermería (inmigrados)	27,0	48,6	71,99	38,7	64,5
Beneficio-Coste	-21,90	-39,50	-58,39	-10,40	-17,49

Nº emigrados: 1.569 (Medicina) 1.496 (enfermería); nº inmigrados: 2.432 (Medicina) 237 (enfermería); coste formación: 113.957 € (Medicina); 113.957 € (enfermería); salario bruto: 45.000 € (Medicina); 32.500 € (enfermería); ITR: 0,34.

pueden obviarse. En general, las personas entrevistadas destacan que la migración ha sido motivada por la falta de oferta laboral, y mayores oportunidades de desarrollo profesional en los países de destino. Se percibe como un coste la pérdida de personal bien preparado y que conoce el sistema de salud, y resaltan el mayor impacto de la crisis (no de la inmigración o emigración) en los problemas (empeoramiento de condiciones laborales, reducción en productividad, aumento de riesgo de errores) actuales del sistema sanitario. La competencia entre profesionales inmigrados y locales no ha sido un factor relevante para las personas informantes. Esto a pesar de que el país continuó recibiendo inmigración profesional durante la crisis, aunque con números muchos más bajos desde 2011. Si bien la reducción de inmigrados puede explicar una parte de la no-competencia, las entrevistas le dan mucho más valor a la limitación de las plazas MIR para inmigrados, y que sin ellas, la competencia sería más evidente.

De otro lado, el beneficio más perceptible se da en el caso del retorno, en el que el profesional puede aportar sus nuevas perspectivas y conocimientos adquiridos en el extranjero. No conocemos datos fiables sobre tasa de retorno de emigrados, pero a partir de las entrevistas, se puede percibir que la intención de retorno es bastante alta. No obstante, existe según las personas entrevistadas, un desaprovechamiento de este beneficio debido principalmente a la dificultad de impulsar cambios en la estructura rígida del siste-



ma sanitario español. No es que no se dé cabida al nuevo conocimiento aportado por la experiencia previa de los profesionales inmigrantes, sino que está limitado a intercambios espontáneos, interpersonales y esporádicos, que desperdician buena parte de su potencial.

El envío de remesas no es para el caso español un beneficio derivado de la migración. Las entrevistas sugieren que no

hay una tendencia amplia dentro del colectivo de profesionales de la salud inmigrados a enviar remesas fuera de España. Las personas emigradas tampoco mencionaron enviar remesas a España. Habría que acceder a datos cuantitativos desagregados por profesión, pero aparentemente, el perfil social (alto) del estudiante/profesional de Medicina y Enfermería hace que se pueda esperar una tasa relativamente baja de remesas hacia origen.

La inmigración no ha arrojado costes concretos para el sistema sanitario público. Al contrario parece que ha ayudado a satisfacer la demanda, especialmente en los hospitales comarcales y zonas periféricas menos atractivas para los trabajadores nacionales. No se percibe que haya competencia entre locales e inmigrantes, ni efectos negativos en la productividad de los equipos de trabajo. Las entrevistas arrojan una valoración muy positiva de la equidad del sistema público español y del acceso al sistema MIR, pero se critica el hecho de que no se valore ni aproveche la experiencia diferenciada que aporta cada profesional. Asimismo, ningún informante declaró recibir ningún tipo de ayuda por parte del estado en aspectos como reasentamiento, adaptación lingüística, trámites, etc.

Para finalizar exponemos un listado de las recomendaciones:

- Para una correcta aplicación del modelo es necesario contar con datos fiables. Esta situación confirma la imperiosa necesidad de contar con un registro de profesionales que incluya la variable país de nacionalidad y de obtención de la titulación habilitante y, en lo posible, la situación migratoria de los profesionales nacionales en activo. Como alternativa a este último punto debería fomentarse el desarrollo de acuerdos de colaboración internacional que permitan analizar la emigración profesional con información aportada desde los países de destino.
- Llama la atención en el estudio el que todos los informantes destaquen la importancia de la generación e intercambio de conocimiento fomentado por la migración, pero también dicen no conocer una manera de aproximarse a este y a su impacto en el sistema sanitario. Incluso sin lograr medirlo al detalle, se pueden diseñar modelos de gestión que aprovechen este potencial, partiendo de que es un beneficio claramente identificado por los informantes, aunque no

conozcamos su impacto específico.

- Dada la falta de casos de iniciativas/redes productivas, investigadoras o de innovación, y la falta de circulación hacia España de conocimientos que manejan las personas emigradas, planteamos como recomendación la conveniencia de fomentar redes institucionales (impulsadas y/o gestionadas institucionalmente), que ofrezcan incentivos al hecho de que los profesionales se apunten voluntariamente. Estas redes permitirían el intercambio de conocimientos, el seguimiento de emigrados (profesión, origen, país destino) y otros posibles fines como el incentivar el retorno.
- Deberían potenciarse los procesos de adaptación al puesto de trabajo y de conocimiento del contexto del sistema sanitario, dirigidos al conjunto de profesionales que se incorporan al sistema y específicamente a los profesionales inmigrados.
- Puede resultar de interés indagar sobre los procesos de relevo generacional en la formación de profesionales sanitarios. Si bien en las entrevistas no aparece explícitamente, la emigración en combinación con el alto paro local podrían impactar no sólo económicamente (pérdida de impuestos, pérdida de retorno de inversión en educación) sino también en la capacidad de formación (futura) y la calidad de la misma. Las entrevistas sí explicitan que se pierden profesionales muy bien formados y que en el extranjero se les ofrece formación continuada.
- Si bien es comúnmente aceptado el valor y la ganancia que supone para el sistema de salud el profesional que retoma el ejercicio tras su experiencia migratoria con su acumulo de experiencia y conocimiento, consideramos que en este ámbito cobra total significado el aforismo de Claude Bernard: "Quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra". Visualizar a los profesionales de salud inmigrantes como una fuente

de enriquecimiento del sistema, permitiría detectar sus aportes y potenciarlos. Confiamos en que este trabajo permita profundizar en este enfoque ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. En: Organización Mundial de la Salud. 2010.
2. González López-Valcárcel B, Barber P, Dávila CD. Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin American and Europe. En: M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault, & J. Figueras (Eds.), Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. Observatory studies Serie 23. Copenhagen: European Observatory on Health System and Policies.
3. Ministerio de Educación 2002-2013. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Disponible en internet a 2.09.2015 <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=3131&area=estadisticas>.
4. Kirigia, J. M., A. R. Gbary, L. K. Muthuri, J. Nyoni, and A. Seddoh. "The Cost of Health Professionals' Brain Drain in Kenya." 2006. BMC Health Services Research 6: 89.
5. Ministerio de Educación. Sistema Estatal de Indicadores de la Educación. Edición 2015
6. Serrano C, Fernández A, Galán S, MatasCentro V.. Estudio comparativo de Retribuciones de los Residentes en España en el año 2012 y recortes desde el año 2009. Centro Estudios Sindicato Médico de Granada (CESM). Disponible en internet a 15.09.2015 <http://simeg.org/estudio-comparativo-de-retribuciones-de-los-residentes-en-espana-en-el-ano-2012-y-recortes-desde-el-ano-2009/>



30 ANIVERSARIO

Hacia una
Ley
General
de Sanidad
del siglo XXI

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

30 ANIVERSARIO

Hacia una Ley General de Sanidad del siglo XXI

El 18 de marzo de 1986, el pleno del Congreso de los Diputados aprobaba el texto definitivo de la Ley General de Sanidad. La norma, que entró en vigor pocos días después, el 25 de abril, supuso la universalización en España de la asistencia sanitaria y sentó las bases del actual Sistema Nacional de Salud. Desde los primeros pasos hasta la aprobación del texto definitivo se produjeron infinidad de tiras y aflojas, traducidos en 14 borradores diferentes.

La Ley General de Sanidad (LGS) acaba de cumplir tres décadas en pleno debate entre aquellos que defienden la necesidad de reformarla y adaptarla a los nuevos tiempos y quienes sencillamente piden su derogación para promulgar una nueva norma más moderna y realista. Esta obsolescencia empezó a ponerse de manifiesto a partir de la firma de los pactos autonómicos de 1992, cuando se produjeron las transferencias del Estado a las comunidades autónomas, y se ha ido incrementando de manera progresiva con las numerosas modificaciones realizadas a lo largo de los últimos años. La última de ellas y la más polémica ha sido el Real Decreto-Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Promulgado por el Gobierno de Mariano Rajoy, cinco meses después de ganar las elecciones del 20 de noviembre de 2011, este decreto ha hecho temblar uno de los pilares fundamentales de la LGS: la universalidad. Y es que, bajo el despiadado objetivo de reducir el déficit del Estado, dicha normativa dejó sin tarjeta sanitaria a miles de inmigrantes irregulares. Desde entonces, las comunidades autónomas –incluidas las del Partido Popular– han venido anunciando y/o poniendo en marcha diferentes medidas para asegurar la

cobertura sanitaria de este colectivo. Esta rebelión ha sido respondida por el Gobierno central mediante la presentación de sendos recursos contra los ejecutivos regionales de Cataluña, País Vasco, Navarra, Comunidad Valenciana, Aragón, Baleares y Cantabria.

Existe un debate entre aquellos que defienden la necesidad de reformar la LGS y aquellos que piden su derogación para promulgar una nueva norma más realista y moderna

El PP quiere mirar al futuro con un horizonte más amplio

En este contexto, José Ignacio Echániz, secretario ejecutivo de Sanidad del Partido Popular, cree que “hay algunos ámbitos en los que necesitamos mirar al futuro con un horizonte mucho más amplio del que ofrece la LGS, como la equidad entre los pacientes de diferentes territorios o la excesiva compartimentación administrativa sanitaria”. Para estos aspectos “la norma supone un freno o no da una respuesta acorde a las necesidades actuales”, añade. En todos estos años, “cerca de veinte modificaciones han ido adaptando el SNS”. Sin embargo, “cuestiones como la libertad de elección o las nuevas formas de gestión han tenido que ir buscando acomodo con la promulgación de otras normas”.

Para el PP “sería oportuna una nueva ordenación básica sanitaria para toda España”, afirma el experto. Aspectos tales como “la sostenibilidad, los derechos de los pacientes y de los profesionales o las nuevas formas de contratación pública sanitaria no tienen la pre-

sencia necesaria en el texto de 1986”. En este punto, “lo importante es pensar hacia dónde queremos que avance el sistema para que sea abierto, sostenible, moderno y eficaz”. La propuesta sanitaria electoral del PP “es ambiciosa y moderna, y exige importantes modificaciones”.

Echániz destaca ocho cuestiones que “van a formar parte de la agenda sanitaria más inmediata y que definirán el desarrollo de nuestro sistema sanitario para los próximos 30 años”:

- Refuerzo de la sostenibilidad del SNS para que no vuelva a ponerse en peligro.
- Fomento de la equidad para que todos los españoles tengan la misma Sanidad y la misma cartera de servicios vivan donde vivan.
- Creación de un instrumento normativo que garantice la asistencia sanitaria integral a cualquier ciudadano con independencia de lugar en el que se encuentre.
- Desarrollo de una nueva metodología para la incorporación de nuevas terapias de alto coste.
- Profesionalización de la gestión sanitaria.
- Impulso de la transparencia, la evaluación permanente y la rendición de cuentas en los diferentes niveles asistenciales, tanto políticos como administrativos o asistenciales.
- Mejora de la protección de los derechos de los pacientes a través de decisiones informadas y de una asistencia más humanizada.
- Incorporación de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, como la gestión del ‘big data’.



Constitución Española de 1978 (Art 41 / 43 / 49)

% Cobertura
1970: 63,8 | 1978: 81,7 | 1982: 95,0

Equidad | Universalización | Coordinación | Participación | Accesibilidad



El PSOE aboga por promulgar una nueva ley que blinde al SNS

Para María José Sánchez Rubio, secretaria de Sanidad del PSOE y consejera de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, la LGS "significó un hito en la protección social y sentó las bases para uno de los pilares del Estado del Bienestar más apreciados por la ciudadanía

española". Los servicios sanitarios, "de alta calidad y eficiencia, han supuesto un claro instrumento de redistribución y equidad entre la población", añade. En definitiva, "es muy probable que esta normativa haya sido la más relevante de nuestra reciente historia".

Después de 30 años, el PSOE pide que se aborde "un nuevo debate sobre el modelo

sanitario con el objetivo de reforzarlo, salvaguardando los valores que han dado identidad a nuestro sistema sanitario: equidad, universalidad, igualdad y carácter público de los servicios", señala. Más concretamente, los socialistas plantean en su programa electoral la promulgación de una nueva ley que "permita adaptar el SNS a los nuevos escenarios económicos y sociales, blindándolo frente a posibles amenazas".



REPORTAJE DE PORTADA

30 ANIVERSARIO

Hacia una Ley General de Sanidad del siglo XXI

En este contexto, “deberemos consolidar diferentes aspectos relacionados con la sostenibilidad, como la calidad y la eficiencia, con una visión de los servicios centrada en la persona, dando especial relevancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y con la participación activa de todos los agentes implicados”. También se hace necesario “reforzar la coordinación y codecisión de las comunidades autónomas en el marco del Consejo Interterritorial”.

Como paso previo a todo esto, Sánchez Rubio exige la derogación del Real Decreto-Ley 16/2012 y, seguidamente, “la restauración de la universalidad, la revisión de los copagos, la recuperación del Fondo de Cohesión Sanitaria y la convergencia a una cartera común de servicios”, enumera.

Por último, la experta considera que todas las políticas deberían mantener un enfoque sanitario, dirigiendo la acción de los gobiernos hacia los determinantes de la salud y las condiciones de vida que influyen en el bienestar de las personas. “Es una visión más inteligente, eficaz y sostenible”, concluye.

Podemos pide una actualización prioritaria de diversas materias

Por su parte, María José Vílchez Lara, responsable de Sanidad y consejera ciudadana de Podemos Granada, apunta que “se hace necesaria una actualización prioritaria de diversas materias tratadas, especialmente las relativas a la salud pública y a la salud mental”. A lo largo de las tres últimas décadas, la LGS ha “sufrido numerosas modificaciones, muchas de ellas ancladas en el anacronismo, y todavía hay aspectos que cambiar e incluso abolir”, añade. “Se han ido sumando diferentes legislaciones sobre aseguramiento, financiación autonómica o cohesión y calidad, que han quedado pendientes de desarrollo en muchos casos”. Según Podemos, esta ley “presenta deficiencias y contradicciones en diferentes apartados, como los referidos a la Ley de Autonomía del Paciente, con

una potente variación encubierta en su desarrollo de 2015, o la reciente pérdida de universalidad de la Sanidad”.

De cara al futuro, Vílchez Lara cree que se podría promulgar una nueva ley o modificar la actual. “Cualquiera de las dos opciones es posible, siempre y cuando haya un consenso entre todas las fuerzas políticas”, señala. En este sentido, apunta hacia un necesario pacto por la Sanidad.

Podemos plantea modificaciones a corto plazo en diez aspectos de la LGS, destacando las siguientes:

- Introducción de partidas de financiación condicionada y establecimiento de un sistema transparente de información económica y de actividad sanitaria.
- Recuperación de la universalidad de la atención y unificación real de la cobertura sanitaria para evitar duplicidades en los sistemas de protección actuales y hacer posible la consecución de una mayor equidad.
- Establecimiento de nuevos mecanismos para el funcionamiento coordinado del SNS, que eviten los enfoques competenciales y promuevan los mecanismos de coordinación funcional: sistemas de información, evaluación de tecnologías, sistema unificado de compras, agencia de salud pública, etc.
- Definición precisa de los límites de las formas de gestión que se puedan introducir en el nivel hospitalario, excluyendo la posibilidad de seguir utilizando formas de concesión administrativa tipo PFI y similares.
- Distribución de recursos con arreglo a criterios poblacionales para garantizar un acceso homogéneo a la atención primaria y regulación específica que condicione y refuerce su papel como puerta de entrada al sistema sanitario.
- Integración de las unidades clínicas internivel, con grandes modificaciones estructurales y funcionales, de acuerdo a criterios flexibles de planificación y zonificación.
- Refuerzo del “sistema de compra” del

SNS, con participación operativa, real y colaborativa de las comunidades autónomas.-Establecimiento de convenios para participar de manera compartida en la orientación de la innovación de la industria farmacéutica hacia las necesidades de la población más vulnerable y participación real de las autonomías en el sistema de fijación de precios de los productos farmacéuticos.

- Implicación creciente de las oficinas de farmacia en los programas de control del paciente crónico y otros relacionados con el envejecimiento poblacional.
- Establecimiento de limitaciones de la regulación estatutaria para el personal que logra acceder a esa condición y regulación de aspectos tales como las condiciones de desempeño de los puestos de trabajo, los horarios, la fijación de plantillas o la carrera profesional.

La LGS sigue vigente en su totalidad, según Ciudadanos

El portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Ciudadanos, Francisco Igea, ha dicho de la LGS que “sigue vigente en su totalidad, pero sobre todo en su espíritu”. Sin embargo, “el proceso de transferencias ha dejado algunos aspectos de la ley seriamente tocados, como la equidad, la inspección por parte de la Administración central, el control de calidad o los sistemas de información transparentes”.

Sobre la posibilidad de derogar la LGS para promulgar una nueva normativa, Igea se muestra reticente: “No cabe duda de que la ley necesita adaptaciones y mejoras, pero somos cautos en lo que se refiere a un desarrollo completamente nuevo, ya que sus principios y cuerpo siguen siendo perfectamente válidos”. Ciudadanos considera que “no hay que generar un problema donde no existe, tal y como se ha hecho con el decreto de prescripción enfermera”.

El partido de Albert Rivera plantea dos lí-

neas básicas a seguir: por un lado, avanzar hacia la creación de un portal de transparencia que sirva de herramienta básica en la gestión, ayudando a saber cómo funcionan nuestros servicios realmente y cuáles son sus resultados sanitarios, económicos y de calidad; por otro, despolitizar la gestión sanitaria y luchar contra la arbitrariedad que genera. “La libre designación, la ausencia de rendición de cuentas y la falta de una auténtica meritocracia son, sin duda, los auténticos lastres del sistema”, señala Egea. Con respecto a los profesionales sanitarios, “se debe avanzar por el camino de la homologación de sus condiciones laborales hacia la media de los países de nuestro entorno”, concluye.

Piden una Ley General de Sanidad más centrada en la eficiencia

El SNS “no solo tiene un problema de sostenibilidad, sino también de calidad de los servicios y de motivación de sus profesionales”, ha apuntado Julio Sánchez Fierro, vicepresidente primero de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), durante su intervención en la jornada “30 Aniversario de la Ley General de Sanidad (LGS)”, organizada por la Real Academia Nacional de Farmacia y MSD. El experto se ha mostrado contrario a derogar la LGS, tal y como sugieren algunas voces, pero es consciente de que “hay que revisar las estructuras y organización de la asistencia sanitaria, porque el marco comunitario también lo exige”. En ese camino, ha apuntado varios aspectos a tener

Muchos expertos apuntan a la necesidad de una nueva norma más centrada en la eficiencia después de tres décadas de existencia

en cuenta, como la evaluación del rendimiento del SNS, la información y formación del paciente, la revisión de la cartera de servicios o la estabilidad en el empleo.

Por su parte, el doctor Pedro Sabando, ex jefe del Servicio de Reumatología del Hos-



pital Universitario de La Princesa, de Madrid, y subsecretario del Ministerio de Sanidad con Ernest Lluch, ve necesaria una LGS del siglo XXI: “Una norma de máximo nivel que ponga orden en la Sanidad española”. Con esto no quiere decir que haya que retrotraer las competencias dadas, sino que “se hace necesario un instrumento que analice los problemas del SNS y ofrezca soluciones basadas en la eficiencia, dado que el Consejo Interterritorial no está cumpliendo con su papel de coordinador”. Sabando se ha centrado especialmente en los dos años previos a la promulgación de esta ley, cuando recibieron un “acoso ingrato e injusto” por parte de la oposición, los sindicatos y la Organización Médica Colegial (OMC). “Incluso hubo tensiones entre el equipo ministerial y el propio PSOE”.

Según el doctor Félix Lobo, catedrático de Economía de la Universidad Carlos III, de Madrid, “eficiencia, evaluación, transparencia e incentivos deben formar parte del futuro de la Sanidad en España”. Ve imposible “blindar” el SNS, pero sí cree que “hay que darle prioridad porque es lo

que piden los ciudadanos”, afirma. “Esto no significa que haya que abrir el grifo sin más, sino que se deben asignar los recursos de forma eficiente”. Como buen economista, el experto se ha mostrado especialmente preocupado por el déficit público de nuestro país, que se situó en el 5,2% del PIB en 2015. “La Unión Europea nos va a exigir cambios y recortes”, afirma. “Nunca vamos a ser independientes si no reducimos nuestra deuda”, añade. Si unimos esto a la “preocupante situación política que vivimos, parece casi imposible poder mejorar la actual situación de nuestra Sanidad”.

La moderación del acto ha corrido a cargo del doctor Honorio-Carlos Bando, profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y académico de la Real Academia Nacional de Farmacia, quien también ve necesaria una puesta al día de la LGS tras tres décadas de existencia. “Por encima de todo, habría que eliminar todo aquello que no sea operativo”, ha apuntado ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista a José Ignacio Echániz, secretario ejecutivo de Sanidad del Partido Popular.
2. Entrevista a María José Sánchez Rubio, secretaria de Sanidad del PSOE y consejera de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
3. Entrevista a María José Vílchez Lara, responsable de Sanidad y consejera ciudadana de Podemos Granada.
4. Entrevista a Francisco Igea, portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Ciudadanos.
5. Jornada “30 Aniversario de la Ley General de Sanidad (LGS)”, organizada por la Real Academia Nacional de Farmacia y MSD.
6. Hemeroteca Revista EL MÉDICO.
7. EL MÉDICO INTERACTIVO.





Los pacientes quieren
conocer su
tratamiento
y contamos con
profesionales
perfectamente preparados
para hacerlo

Miguel Ángel Calleja

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia
Hospitalaria (SEFH)

Texto | Eva Fariña

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA Miguel Ángel Calleja

“Los pacientes quieren conocer su tratamiento y contamos con profesionales perfectamente preparados para hacerlo”

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que cuenta con 3.500 socios, quiere dar un giro al modelo de actuación de la especialidad para estar más cerca del paciente. Para ello, su presidente, Miguel Ángel Calleja, considera imprescindible que las Administraciones Públicas también se involucren en el proceso de humanización de la Sanidad, y cree que deben destinar más recursos para conseguir que los pacientes conozcan mejor y cumplan las indicaciones de sus tratamientos.

¿Cómo valora la situación general de la Sanidad en España?

En el momento actual, el sistema sanitario español es eficaz, ofrece un gran servicio al paciente y dispone de unos profesionales estupendos, pero tiene el problema de la sostenibilidad, porque de forma mayoritaria se trata de una financiación pública. Nuestro sistema es modélico en muchos aspectos para otros países por la cobertura y la accesibilidad, pero tenemos una situación mejorable en cuanto a la sostenibilidad. En el ámbito de la farmacia, se incorporan medicamentos muy eficaces y muy seguros, pero con un coste muy elevado. También la incorporación de las nuevas tecnologías lleva consigo una inversión mayor de recursos en Sanidad. Invertir más o invertir mejor. Además, creo que hay una distancia entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria que deberíamos reducir cada día, y ya hay nuevos modelos e iniciativas para que ocurra, y eso quizá sería un reto futuro.

Cuando habla de la Atención Primaria y la Hospitalaria, ¿se refiere en general



a toda la asistencia o solo a la parte de farmacia?

Estoy hablando del sistema sanitario en general, y quizá es una de las debilidades que tenemos. El problema de los tiempos de espera se ha mejorado muchísimo en Primaria, aunque en determinados procesos el sistema debería ser más ágil para dar respuesta a los pacientes, especialmente en determinados procedimientos que se derivan de Primaria a Hospitalaria. Aparte de los tiempos de espera, otra debilidad que debemos convertir en una línea de trabajo es la con-

fortabilidad, la humanización; de hecho, algunas consejerías ya están trabajando para mejorar. Hemos tecnificado mucho a los profesionales, y tenemos que seguir haciéndolo, pero también debemos trabajar el componente de atención, humano y de cercanía. El buen profesional altamente tecnificado no ha de descuidar la parte de humanización, porque empeora la atención sanitaria. Las habitaciones individuales, el confort en el ámbito hospitalario y mejorar la accesibilidad al especialista son cuestiones pendientes. Precisamente la SEFH está planteando dar soporte a los pacientes para mejorar su



ámbito de conocimiento de los resultados en salud. No me preocuparía tanto que en una comunidad se hagan las cosas de una manera diferente a otra si el resultado en salud fuera el mismo. De hecho, que las comunidades aporten iniciativas diferentes puede resultar enriquecedor para el sistema. El problema es que no hay equidad en la valoración de los resultados, y no disponemos de los datos de forma agregada. El

futuro de la Sanidad es conocer esos resultados en salud y poder compararlos entre unos hospitales y otros, entre unas comunidades y otras; de ese modo, aunque hagamos las cosas de forma distinta,

podremos valorar si el paciente está satisfecho, si tiene el mismo acceso y si el resultado en salud es el mismo. Desde el punto de vista de la comunidad autónoma, parece razonable que quiera decidir, puesto que el presupuesto parte del Gobierno regional, ya que hay innovaciones que no llevan un presupuesto adicional. En el caso del tratamiento de la hepatitis C, se ha incorporado una innovación con un presupuesto adicional que no ha sido completo para las necesidades, pero hace que sea menor la diferencia en cómo tratamos a los pacientes de hepatitis C y de otras patologías.

¿Qué fortalezas y qué debilidades tiene la farmacia hospitalaria?

La gran fortaleza de la farmacia hospitalaria en este momento es la ampliación de competencias a nuevos entornos, y me refiero a la Atención Primaria, los centros sociosanitarios, y, en general, las competencias clínicas cercanas al paciente. Tener un farmacéutico clínico integrado en su composición fortalece a un equipo clínico. Parcialmente, tenemos far-

Las habitaciones individuales, el confort en el ámbito hospitalario y la mejora en el acceso al especialista son cuestiones pendientes de nuestro sistema

macéuticos en función del hospital, de su tamaño y de su situación, tanto en Oncología como en Infecciones o en Urgencias, y poco a poco nos vamos incorporando en más servicios. Actualmente estamos trabajando mucho para poder estar en Hematología y en Reumatología. En cuanto a las debilidades, siempre me las imagino como fortalezas en el futuro. Cada servicio clínico debe tener su farmacéutico clínico,

de plantilla del hospital, y, evidentemente, esto llevará un tiempo. La necesidad está creada, los pacientes quieren conocer su tratamiento, quieren que se les explique con detenimiento qué indicaciones tienen, y contamos con profesionales perfectamente preparados para hacerlo. Por tanto, un paciente que pasa por un hospital, ya sea en un ingreso, en Urgencias o en la consulta, cuando tenga determinados cambios de tratamiento debe ser informado por su farmacéutico. En este ámbito el farmacéutico de hospital tiene una labor muy importante.

Actualmente, ¿eso no sucede?

Ocurre en un porcentaje muy bajo. No digo que el farmacéutico deba ver al paciente ingresado

todos los días, pero sí al ingreso y al alta, o solo al alta, o en el momento en el que el paciente recibe todos los medicamentos que se le han prescrito en el hospital.

Hay un farmacéutico detrás de todos y cada uno de los pacientes, unas veces con la preparación, otras veces con la compra, otras veces con la distribución, otras veces con el acondicionamiento, porque es un neonato y se le ha preparado la solución para que se pueda utilizar la sonda, por

accesibilidad al farmacéutico de hospital. La idea es ofrecerles una atención rápida, resolverles dudas y conseguir que el acceso a los especialistas sea sencillo y rápido.

A nivel de gestión, ¿existen bolsas de ineficiencia? Por ejemplo, ¿cree que las comunidades autónomas funcionan cada una a su libre albedrío o considera que el funcionamiento de la Sanidad a nivel macro es el adecuado?

Tenemos mucho que mejorar en los temas de equidad en el acceso, y también en el

Desde la SEFH consideramos una necesidad absoluta que para posicionar una innovación se conozca el precio



ENTREVISTA Miguel Ángel Calleja

ejemplo. Nuestro modelo interno tiene que dar un giro para estar más cerca de cada paciente, pero también el sistema sanitario debe destinar más recursos a informar debidamente, con el objetivo de que los pacientes cumplan mejor las indicaciones de la medicación y la terapia.

Dice que ocurre en pocos casos, pero ¿depende de los hospitales, de las patologías, de las comunidades autónomas? ¿Por qué en unos casos sí y en otros no?

Sobre todo depende del tipo de hospital. Hay centros que le han dado prioridad a esto y destinan los recursos adecuados para poder realizarlo. Evidentemente, a lo mejor no se llega a todos los pacientes, pero sí a una selección de aquellos que tienen más necesidades terapéuticas. Las comunidades autónomas están trabajando en diversos proyectos para informar a los pacientes de su medicación en el momento de recibir el alta.

El farmacéutico de hospital muchas veces no tiene un trato directo con los pacientes, y ellos tampoco demandan sus servicios porque ni siquiera saben que existen.

El paciente tiene derecho a recibir una información por parte de su farmacéutico sobre su tratamiento, pero no la demanda porque no conoce esa posibilidad. El conocimiento de la medicación influye muchísimo en la adherencia y, por tanto, en su efectividad. Además, así logramos que el paciente se haga copartícipe de su tratamiento. Desde la SEFH estamos trabajando para que el farmacéutico pueda llevar a cabo esa actividad informativa, y, por otro lado, intentamos que las consejerías de Sanidad doten a los servicios de los recursos necesarios.

La farmacia hospitalaria aporta información evaluada, con márgenes de eficiencia posibles, algo que la gerencia del hospital valora de forma muy positiva

Dentro de los centros, ¿qué porcentaje de farmacéuticos de hospital hay? Todos los hospitales tienen un servicio de Farmacia Hospitalaria, pero ¿qué dotación tienen?

Los hospitales que tienen más de 500 camas suelen contar con una media de entre 9 y 10 farmacéuticos. Los hospitales de entre 250 y 500 camas suelen tener una media de 4 farmacéuticos. Realmente es un número muy escaso, porque estamos hablando de la atención de unos 100-150 pacientes ingresados, sin contar con los que van a consultas externas o ambulatorias o los que van a ponerse la quimioterapia en el hospital de día, o los que pasan por las consultas o por Urgencias. Por tanto, el número de farmacéuticos es absolutamente insuficiente para la actividad que debemos realizar, pero es un proceso de adaptación, de adecuación de los sistemas sanitarios a esta nueva realidad. Las terapias innovadoras suponen también una novedad para los pacientes, por lo que necesitan una formación mayor, y disponer de una plantilla escasa en el Servicio de Farmacia es una debilidad a día de hoy, aunque pienso que se trata de la fortaleza del futuro, y es necesario que lo consigamos.

¿De qué depende?, ¿del gestor del hospital, del gerente?, ¿por qué hay ese ratio de farmacéuticos según el número de camas?

Por normativa, está regulado que por encima de 100 camas se necesita tener un Servicio de Farmacia; sin

embargo, no está regulado el número de farmacéuticos en función de las actividades que desempeñan, y es el siguiente paso que queremos dar. Nuestra intención es aportar a las comunidades autónomas un documento de plantilla horizonte para que sepan, según cada activi-

dad que se haga en sus servicios, cuántos farmacéuticos deberían tener, y de qué tipo.

¿Qué relación tiene el farmacéutico hospitalario con el resto de estamentos o especialidades médicas del hospital?

El farmacéutico de hospital está bastante integrado en el ámbito hospitalario por la participación en comisiones, en grupos de trabajo o en sesiones clínicas. Forma parte del equipo de una manera habitual, y quizá sería mejorable que también formara parte del equipo que atiende de cerca al paciente. Esto lo hemos conseguido en áreas como la Oncología, la Hematología o en Medicina Intensiva, pero hay otros servicios en los que no estamos tan presentes ni tan cercanos al equipo clínico.

¿En qué especialidades considera que están más alejados?

Depende un poco del hospital, pero yo percibo que ocurre en el área quirúrgica, y también en aquellos servicios que utilizan poco el medicamento, como Otorrinolaringología y Oftalmología.

A nivel de gerencia, ¿cómo se relaciona el farmacéutico hospitalario?

La farmacia se comporta como un sistema de información, procesada, evaluada y con aportación de márgenes de eficiencia posibles, algo que la gerencia valora de forma muy positiva. De hecho, en algunos hospitales se produce una colaboración mayor con la gerencia que con los servicios clínicos.

¿Qué balance podría hacer del Plan Estratégico?

El nuevo Plan Estratégico de la Junta de la Sociedad, que comenzó a finales de 2015, tiene varios ejes principales, y nos queremos centrar en temas tan interesantes como la formación en el área de superespecialización; es decir, nuestro ob-

Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria

Dentro del Plan Estratégico de la Junta Directiva de la SEFH se contempla el cambio de nombre de la especialidad por el de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria, algo que la sociedad científica fundamenta en la mejora del plan de formación del farmacéutico de hospital en el área de Primaria, en colaboración con la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), “que lleva muchos años trabajando en este ámbito”, según ha dicho Miguel Ángel Calleja. “Para nosotros es un reto importante, porque supone una ampliación de competencias para la Farmacia Hospitalaria, y, al mismo tiempo, podremos ofrecer un mejor servicio al paciente, que ya no va a notar tanto la diferencia entre Primaria y hospital”.

El cambio de nombre de la especialidad, en principio, no irá acompañado por el cambio del nombre de la sociedad científica, según ha asegurado Calleja. “Hemos tenido varias conversaciones con el presidente de la SEFAP y la propuesta es realizar un convenio de colaboración entre ambas sociedades para formar conjuntamente a los farmacéuticos en las nuevas competencias de Primaria y, al mismo tiempo, ayudar a la Comisión Nacional de la Especialidad a diseñar el programa en los Servicios de Farmacia”.

“El sistema sanitario va en la línea de la continuidad asistencial, y nosotros en la línea de la continuidad asistencial de la prescripción. Es necesario reducir distancias entre Primaria y hospital, y una de las formas es a través de la troncalidad. La Farmacia de Atención Primaria debe ser especializada, igual que la Farmacia de Hospital. Su especialidad es ver a los pacientes en su domicilio o en su entorno familiar normal”, ha explicado.

jetivo es formar al farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria en áreas clínicas concretas. Ya estamos trabajando en Hematología, y vamos a comenzar en Salud Mental y en Cuidados Críticos y Urgencias. También intentamos potenciar a los técnicos de farmacia y su trabajo base en los servicios de Farmacia, para que permitan realizar una mayor actividad clínica al farmacéutico. Asimismo, estamos en un proceso de internacionalización para dar a conocer más la Farmacia Hospitalaria fuera de España, sobre todo nuestras aportaciones en áreas como la logística o la tecnología, aparte de la clínica.

¿Cómo se organiza esta labor?

La SEFH tiene 20 grupos de trabajo, y estamos muy satisfechos con su intensa actividad. De los 3.500 socios que tenemos,

unos 800 participan en alguno de estos colectivos. El Grupo Cronos, por ejemplo, ha elaborado el Plan Estratégico del Paciente Crónico, y ahora lo está implantando. También es muy fructífera la labor del Grupo de Productos Sanitarios respecto a la utilización de sistemas cerrados en los hospitales para mantener la asepsia en la administración de medicamentos. El Grupo de Oncología y el de Génesis ya son pilares importantes de la sociedad científica. Por su parte, los grupos de Enfermedades Víricas y VIH son muy activos, y han trabajado en la priorización y selección de pacientes que requieren más atención. El grupo de víricas ha tenido un año muy intenso por todas las novedades que se han producido en torno a la hepatitis C. Y también hemos puesto en marcha el Proyecto Mapex, que engloba a todos los grupos de trabajo y que pretende sistematizar la atención al paciente ex-

terno en la atención farmacéutica de las consultas en Oncología, Hematología, Reumatología, esclerosis múltiple, etc.

¿Cómo valora el Proyecto SEFH 2020?

El 2020 es un proyecto que comienza en 2008, y que estamos a punto de terminar. Tiene seis líneas estratégicas, y en unas hemos avanzado más que en otras. Por ejemplo, hemos mejorado mucho en nuevas tecnologías, sistemas de información, acceso del farmacéutico de hospital a la historia clínica e intervención y escritura en la historia clínica para optimizar la relación con el resto de profesionales y con el propio paciente. También hemos aumentado el nivel de formación de nuestros farmacéuticos de hospital. Por otra parte, tenemos bastante margen de mejora en la atención clínica directa a todos los pacientes que acuden al hospital y en el ámbito de la investigación en resultados de salud.

En cuanto a la formación continuada, ¿cómo les afecta el tema de la recertificación?

Hemos realizado un proyecto con otras sociedades científicas, y estamos trabajando con un modelo de recertificación de los profesionales que ya pusimos a disposición del Ministerio. Nuestro proyecto abarca no solo la recertificación, sino también las áreas de capacitación específica. Hemos propuesto tres, que son Oncología, Pediatría y Nutrición, pero todavía es pronto para tratar estas cuestiones porque aún se está definiendo la troncalidad. Creo que debería haber un modelo nacional de recertificación, porque las distintas comunidades autónomas están aprobando sus propios y diferentes sistemas de reacreditación de sus profesionales. En este ámbito las sociedades científicas podemos colaborar mucho para definir las competencias y los recertificados.

¿En qué situación se encuentra la Farmacia Hospitalaria en relación con otros países de nuestro entorno? Usted



ENTREVISTA Miguel Ángel Calleja

ha dicho que hay cosas en las que España está por delante, y otras en las que tenemos que aprender.

Ocupamos una posición privilegiada, para alardear de ella, respecto a la logística, las nuevas tecnologías y, en general, la individualización de la dosis de los pacientes ya sea por farmacocinética o farmacogenética. También tenemos un buen modelo de Farmacia Oncológica, mientras que en Farmacia Clínica y en la cercanía con el paciente tenemos que mejorar e imitar modelos como el de Reino Unido, donde existe una información obligatoria al alta de la medicación por parte de su farmacéutico. Y podríamos imitar también los modelos americanos, donde por cada servicio clínico hay un farmacéutico que realiza una atención terapéutica integral.

Si se quiere tener un farmacéutico en cada servicio hospitalario, es imprescindible la superespecialización. ¿Cómo se puede conseguir?

Con la formación superespecializada que vamos conseguir una transformación del farmacéutico para que sus aportaciones al paciente sean mejores, tanto en el trato como en el seguimiento, la efectividad y la seguridad del tratamiento. Aparte, esta formación permite al profesional tener un certificado más y una puntuación mejor en cualquier tipo de proceso de selección. De esta forma, también los médicos estarán apoyados en la protocolización y en el conocimiento de los resultados de salud de forma agregada.

Una de las áreas que precisamente ha comentado es la Oncología. En el campo de la Inmunooncología, ¿qué formación necesita el farmacéutico?, ¿estamos preparados para abordar estas novedades?

La Inmunooncología está irrumpiendo con unos resultados llamativos en eficacia y seguridad. El hecho de poder estimular a tu propio sistema inmunitario para que reconozca las células alteradas en su multiplicación me parece fantástico. Los resultados en los ensayos clínicos son asombrosos, pero esto requiere también una especialización adicional por parte del oncólogo y del farmacéutico. En este sentido, vamos a proponer a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) realizar una formación conjunta que favorezca el trabajo del equipo multidisciplinar.

Otra de las novedades son los biosimilares, que obligarán a realizar un cambio total de paradigma. ¿Cuál es la formación del farmacéutico en este ámbito?, ¿cómo se está trabajando con los biosimilares?

Desde hace unos años, el farmacéutico trabaja mucho con terapias biológicas en general y, en concreto, desde 2006 maneja los biosimilares. Los actuales son moléculas mayores, algunos anticuerpos monoclonales que tienen una diferencia con respecto a las anteriores, pero la experiencia del farmacéutico en trabajar con este tipo de moléculas es ya amplia, de aproximadamente diez años, y creo que el farmacéutico de hospital se siente bastante cómodo trabajando con este tipo de moléculas.

Nos requiere un mayor seguimiento en cuanto a la farmacovigilancia, indudablemente tenemos que seguir mejor los efectos adversos para conocer si los ha provocado la terapia biológica de un tipo o de otro, pero tenemos muchos trabajos que demuestran que el uso de los opiosimilares es seguro. Son unas moléculas que realmente han seguido un proceso de ensayo clínico muy prolongado, con lo cual nos tranquiliza la calidad, la eficacia y la se-

guridad por la autorización de la Agencia Europea del Medicamento. Respecto a los biosimilares de moléculas grandes y en anticuerpos monoclonales, tenemos que llegar a un consenso con nuestros compañeros clínicos de las diferentes especialidades para abordar ese posible intercambio, cuándo, cómo y en qué condiciones y con qué tipo de fármacos se puede iniciar. En este sentido, hemos hecho un posicionamiento desde la SEFH en el que nos mostramos partidarios de la protocolización en el hospital del uso de los mismos, basándonos en alcanzar consensos clínicos con las diferentes especialidades.

Al hablar de innovación y sostenibilidad del sistema, en el caso de los fármacos huérfanos, ¿usted sería partidario de crear un fondo económico para permitir la investigación y el uso de estos medicamentos?

Sin duda, deberían tener un fondo adicional, pero un gestor no puede pedir un fondo adicional para todo, aunque sí creo que debe solicitar uno específico para las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos. La prevalencia es muy baja y los equipos con alta especialización son muy pocos, así que no sería complicado hacer un seguimiento exhaustivo. Nuestra sociedad científica tiene un grupo de enfermedades raras y medicamentos huérfanos que se llama ORPHAR SEFH que ha realizado un registro de todos los medicamentos que se utilizan en los hospitales en este ámbito. Países como Reino Unido tienen un fondo específico para algunos medicamentos oncológicos, por ejemplo, y son fondos adicionales que permiten que los presupuestos sean más predecibles. En España el presupuesto es predecible, pero cuesta mucho trabajo cumplirlo. No obstante, debemos dar acceso a la innovación, y la dificultad está a veces en distinguir lo que es innovación de lo que es simplemente nuevo. Desde la SEFH consideramos que se debe valorar el beneficio clínico real, incluido el precio, y se debe poner un dintel máximo de coste por año de vida ganado ajustado por calidad. Esto



ya lo tienen en otros países; en España, no. Otra opción es incorporar la innovación no solo al medicamento, sino también a la gestión del mismo, es decir, el pago por resultados. Así, un medicamento caro se pagará si realmente ha tenido un efecto positivo en el paciente, pero si no ha logrado resultados o ha tenido muchas reacciones adversas fuera de lo normal, entonces ese fármaco tiene otro valor y se debe pagar no el precio de caja, sino el valor real del medicamento. Asimismo, el techo de gasto ofrece la seguridad de que a partir de cierta cantidad, ya no va a crecer más el gasto, aunque crezca el uso, y es algo que ayuda a innovar y a que esa balanza, ese equilibrio entre innovación y sostenibilidad, pueda ser una realidad.

Los nuevos modelos de financiación ya no son una cuestión exclusiva del político y del gerente del hospital, sino que también incumben al profesional. ¿Cree que el farmacéutico debería estar informado del precio de los fár-

macos o de las posibilidades del hospital?

Yo he visto un cambio muy importante, especialmente en los jefes de servicio y en los directores de unidad clínica en cuanto a la implicación en el presupuesto y en las medidas de eficiencia. Hemos pasado de expresiones como “a mí el precio no me importa”, que la oíamos hace muy poco, a que ahora el clínico está haciendo mucha gestión. Me parece importante que el clínico haga gestión y que el gestor conozca la clínica. Como farmacéuticos de hospital, posiblemente debemos informar mucho a esos jefes de servicio, pero también al médico de a pie, al especialista que no es jefe y que tal vez no atiende a las tareas de gestión. Debemos informarle no solo de la clínica, de la eficacia y de la seguridad de los medicamentos, sino también de su eficiencia. La efectividad es el valor positivo que el medicamento aporta a los pacientes reales, que a veces es diferente al de los ensayos. Por tanto, estamos hablando de se-

guimiento a los pacientes en la vida real y de conocimiento del coste real de un fármaco que, por ejemplo, ha evitado un rechazo tras un trasplante, o ha prevenido un infarto. Como sistema, debemos evaluar resultados en salud y poner un coste real a las terapias con las que estamos trabajando.

Si relaciona efectividad y coste, ¿en los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) debería constar el valor económico de cada innovación?

Los informes de posicionamiento están creados para servir como herramientas para la decisión de financiación, ese es el motivo por el que no tienen informe económico. Se supone que quien decide la financiación no es la Agencia, sino la Dirección General de Cartera Básica, que elabora un informe económico basado en el IPT. Desde la SEFH consideramos una necesidad absoluta que para posicionar una innovación se debe conocer el precio. Para elegir un fármaco hay que fijarse en la eficacia, la seguridad, la conveniencia y el precio. No veo bien posicionarse sin conocer el valor económico. Entiendo que el IPT no tenga el precio, porque es una herramienta para valorar el medicamento, pero deberíamos disponer de un informe económico transparente para poder adoptar un posicionamiento final. Posicionar es definir cuáles son las necesidades clínicas y cuál es el criterio que el clínico tiene que utilizar. En nuestros informes del Grupo Génesis hacemos esto, y la mayoría de las alegaciones que realizamos a los IPT van en la línea de indicar que no vemos una homogeneidad en el posicionamiento. Algunos informes están muy bien hechos y se cumplen en los hospitales; sin embargo, otros ponen que ‘depende del criterio clínico’, que puede ser el protocolo, la comisión de farmacia, etc. Esta opción nos da más autonomía de gestión, pero no ofrece equidad. Yo definiendo tres tipos de equidades, que son el acceso a los medicamentos, el uso de una forma similar y que se tengan los mismos resultados en salud ■





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

La
coordinación
sociosanitaria
y la lucha contra el
estigma,
entre los retos de la nueva
Salud Mental
en la Comunidad
de Madrid

Texto | Eva Fariña

Fotos | Luis Domingo



FOROS EL MÉDICO

La coordinación sociosanitaria y la lucha contra el estigma, entre los retos de la nueva Salud Mental en la Comunidad de Madrid

La estructura sociosanitaria de la Comunidad de Madrid en el ámbito de la Salud Mental es amplia, pero es necesario que se adapte a las necesidades del usuario en cada fase de la enfermedad. Esta es una de las conclusiones principales de los expertos reunidos en el '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. La Oficina Regional de Salud Mental ha llevado a cabo una evaluación interna del plan 2010-2014 que habrá de contar con la participación de profesionales para su actualización en un nuevo Plan. La coordinación sociosanitaria, así como la lucha contra el estigma y el suicidio son algunos de los principales retos.

La actualización del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid tendrá varios retos: potenciar la colaboración sociosanitaria para que el paciente sea atendido en el lugar más adecuado, mejorar la accesibilidad a los recursos de tratamiento de media y larga estancia y luchar contra el estigma social de las enfermedades mentales, entre otros.

La reorientación del plan madrileño, según María Fe Bravo, jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital La Paz de Madrid, debe hacerse después de “una necesaria revisión de la situación actual para saber hacia dónde se debe ir”. Este proceso debe realizarse en el Servicio Madrileño de Salud, con la colaboración de los profesionales, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes. “Debe hacerse una evaluación interna de la estrategia para saber si es necesaria una reorientación, con todos los actores, sobre todo los profesionales”, señala.

En la misma línea, Guillermo Petersen, director de la Oficina Regional de Salud Mental (ORSM), ha recordado que “el modelo comunitario de Salud Mental se caracteriza por ser complementario de la red de atención social para personas con problemas graves de salud mental”. En su opinión, la coor-



dinación y la complementariedad sociosanitaria son clave, en general, debido al envejecimiento de la población, “pero desde hace 30 años esta colaboración se consolida también en el ámbito de la Salud Mental, especialmente en los casos de trastorno mental grave”.

La ORSM permite el desarrollo de muchas iniciativas a nivel institucional y profesional. Como asignatura pendiente, los expertos han destaca-

do que tiene dificultades para llegar al ciudadano en aspectos como la reducción del estigma social o la normalización de

la enfermedad. Así, la Consejería trabaja en un programa de Humanización en Salud Mental para conseguir una asistencia sanitaria más próxima al ciudadano, al paciente y a su familia.

Mercedes Navío, coordinadora asistencial de la ORSM, considera necesario “priorizar el Trastorno Mental Grave, intensificar las estrategias proactivas de tratamiento asertivo comunitario en los Centros de Salud Mental para optimizar las sinergias con la Red de Atención Social y promover modos de funcionamiento integrado con Atención Primaria, como el Proceso Integrado de Ansiedad-Depresión, que actualmente se está pilotando, y que eviten la medicalización y psicologización de los malestares de la vida cotidiana”.

También, María Luz de los Mártires Almingol, gerente asistencial de Atención

Hospitalaria de Madrid, ha señalado que el sistema “debe reorganizarse y orientarse hacia las necesidades del paciente, ya sea agudo o institucionalizado, porque quiere estar integrado en la sociedad y en el mundo laboral hasta donde le permita su enfermedad”. “Nos encontramos problemas cuando un paciente recibe el alta de un hospital de media estancia, porque no está preparado para vivir solo, y depende de que la familia se quiera hacer cargo de él”.

Aparte de las dificultades presupuestarias, Carlos Mur de Viu, coordinador de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ha destacado que el Plan 2010-2014 de Madrid ha sido “un gran avance técnico orientado a los problemas en el ámbito de los trastornos mentales, y ha sentado las bases de la actual Estrategia de Salud Mental del SNS”. En su opinión, Madrid ha sido “vanguardia en la asistencia a personas que necesitan cuidados paliativos, personas sordas o con incapacidad intelectual, con trastornos graves de la conducta alimentaria,

etc.”. Además, “se ha producido la integración definitiva, al menos sobre el papel, de la Salud Mental en la asistencia sanitaria”, ha indicado el Dr. Mur de Viu, que también es gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Por su parte, Carlos Marfull, director gerente del Hospital Dr. R. Lafora de Madrid, ha recalcado que el paciente tiene que estar ingresado en la estructura que más se adecúe a los recursos asistenciales. “Tenemos que evaluar a los pacientes en el momento del ingreso, y debemos agilizar la movilidad interna del sistema en función de la evolución del paciente. Esta movilidad debe extenderse tras el alta”, según ha dicho.

Psiquiatra consultor y lucha contra el estigma

Álvaro Rivera, director gerente del Instituto Psiquiátrico J. Germain de Leganés, ha hablado del “psiquiatra consultor”, que está rotando de forma permanente por los centros de Atención Primaria: “Se han obtenido indicadores positivos de satisfacción de los médicos de Primaria, ha mejorado la capacidad de detección de patologías y se ha conseguido más accesibilidad de pacientes que prefieren evitar el centro de Salud Mental, por el estigma que todavía pesa”.

La normalización en el ámbito de las enfermedades mentales será otro de los objetivos del nuevo plan de Madrid, según ha avanzado César Pascual, director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad madrileña

La normalización en el ámbito de las enfermedades mentales será otro de los objetivos del nuevo plan de Madrid, según ha avanzado César Pascual, director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid, quien también se ha referido a “las dificultades que se encuentra el sistema para llegar a todos los ciudadanos con problemas de salud mental, porque todavía persiste mucho estigma”. “En este sentido, hemos conseguido grandes logros, pero todavía queda mucho camino hacia la normalización”, ha añadido.

En esa lucha contra el estigma, Julio Zarco ha resaltado la importancia de la información y la formación a la sociedad, junto con políticas sociales y educativas. “En una sociedad plural, abierta y democrática debemos reeducar a los niños y a los jóvenes en la diversidad, y eso actualmente es un área deficitaria. Los niños de hoy pueden ser cuidadores de pacientes en el futuro”, ha dicho el director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Huma-





FOROS EL MÉDICO

La coordinación sociosanitaria y la lucha contra el estigma, entre los retos de la nueva Salud Mental en la Comunidad de Madrid

nización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid.

El plano 'de pie a tierra', como él mismo ha dicho, lo ha aportado Jerónimo Saiz, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, "que atiende a una población de más de 600.000 habitantes con una plantilla de unos 60 profesionales". "Mi hospital se reformó hace 39 años, y sigue teniendo habitaciones de tres camas sin baño. Eso es estigma y deshumanización, y lo tienen que arreglar los gestores".

El Dr. Saiz ha hablado de "prioridades" que deben incluirse "en los planes, los proyec-

tos y las propuestas, porque el papel lo aguanta todo, pero después tenemos varios días a una niña de 15 años esperando en un pasillo del hospital". "Faltan camas para adolescentes, y también tenemos dificultades en la hospitalización de media y larga estancia. Tampoco se cumple la Ley General de Sanidad cuando establece que los pacientes con trastorno mental deben ser hospitalizados en unidades especializadas, y no en hospitales generales".

Aumentar el presupuesto o reorientar la inversión

Durante el Foro de Salud Mental de Ma-

drid se ha producido un debate respecto a si es necesaria una mayor inversión en la especialidad, o bien sería suficiente "priorizar los recursos públicos disponibles". En este punto, se han marcado como aspectos prioritarios la prevención del suicidio, el trastorno mental grave, el abordaje de la patología dual y la integración de la red de adicciones, entre otros.

Una actuación necesaria, que ya está en marcha, es la unificación de la red de adicciones (antigua Agencia Antidroga) en una única Red de Salud Mental. "Este cambio evitaría la disociación del paciente que presenta una enfermedad mental y se encuentra con dos puertas de entrada, según se valore de forma arbitraria. El objetivo es evitar el llamado 'síndrome de la puerta equivocada'", ha reclamado Néstor Szerman, del Centro de Salud Mental de Retiro (Madrid).

Una actuación necesaria, que ya está en marcha, es la unificación de la red de adicciones en una única Red de Salud Mental

CONCLUSIONES DEL FORO DE SALUD MENTAL MADRID

La Consejería de Sanidad de Madrid está desarrollando una actualización de su Plan de Salud Mental. En líneas generales, los expertos hacen un balance positivo de la gestión sociosanitaria en el ámbito de la Salud Mental, si bien han señalado diversas áreas de mejora. Dicho plan debe consensuarse con los profesionales, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y sus familiares.

- La Comunidad de Madrid dispone de una red de hospitales y recursos comunitarios que tiene una importante capacidad presupuestaria, con garantía de continuidad y disponibilidad, porque se trata de un servicio público. Sin embargo, en la práctica clínica se reclama una reorganización de los recursos.
- En este sentido, debe mejorar la colaboración entre diferentes estructuras sociosanitarias. Hay que potenciar la cooperación para que el paciente sea atendido en el lugar más adecuado. De esta forma, será posible mejorar la accesibilidad a los recursos de tratamiento de media y larga estancia. En este sentido, se ha hablado de la necesidad de adecuar algunas unidades de agudos, así como mejorar la capacidad de las unidades de niños y adolescentes.
- La Oficina Regional de Salud Mental de Madrid permite el desarrollo de muchas iniciativas a nivel institucional y profesional. Como asignatura pendiente, los expertos han destacado

que tiene dificultades para llegar al ciudadano en aspectos como la reducción del estigma social o la normalización de la enfermedad. La Consejería trabaja en un programa de Humanización en Salud Mental para conseguir una asistencia sanitaria más próxima al ciudadano, al paciente y a su familia.

- Respecto a la continuidad asistencial, tanto la Consejería como los profesionales se han mostrado preocupados por la relación entre Atención Primaria, los servicios de Salud Mental y los servicios sociales. Consideran que el Servicio Madrileño de Salud debe reforzar la atención continuada para evitar que el paciente se pierda en algún 'espacio vacío', en colaboración también con los psicólogos clínicos, la Enfermería, los trabajadores sociales, las oficinas de Farmacia, etc.
- Los profesionales son señalados como pilar fundamental de la atención en Salud Mental, a pesar de la situación económica y los recortes. Las carencias en la red de recursos se han podido suplir, en buena medida, gracias al esfuerzo de los trabajadores y a su coordinación.
- En el ámbito profesional, es imprescindible la colaboración con los profesionales de Atención Primaria. El objetivo es mejorar el diagnóstico de patologías, reducir el número de derivaciones a Atención Especializada o disminuir la medicalización de determinados problemas sociales, y, por tanto, optimizar los recursos.

Uso racional de los medicamentos

En el ámbito farmacológico, Encarnación Cruz, subdirectora general de Farmacia y Productos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, ha hablado de la ‘medicalización’ de la especialidad. “Está documentado que el uso de fármacos en Salud Mental está por encima de la media de los países de nuestro entorno”, ha señalado. Los especialistas han demandado una mayor formación e información respecto al uso racional de los medicamentos con el objetivo de evitar la ‘sobrecapacitación’ de fármacos antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas.

También se ha observado una gran variación entre las guías de prescripción y la práctica clínica, por lo que los expertos han solicitado un mayor consenso. “La medicalización no es exclusiva del ámbito

de Atención Primaria; se detecta a través del consumo de recetas en el ámbito ambulatorio, pero las recetas pueden ser prescritas o inducidas tanto por médicos especialistas en Primaria como por especialistas hospitalarios”, ha puntualizado Encarnación Cruz.

Humanización de la Salud Mental

La Consejería de Sanidad de Madrid ha puesto de moda la palabra ‘humanización’, que se une a otras expresiones como ‘el paciente en el centro del sistema’ o ‘empoderamiento’. En el ámbito de la Salud Mental, también los pacientes, sus familia-

res y cuidadores tendrán un protagonismo especial. Así, Cristina González del Yerro, subdirectora general de Humanización de la Asistencia Sanitaria, ha avanzado que los

Cristina González del Yerro, subdirectora general de Humanización de la Asistencia Sanitaria, ha avanzado que los movimientos asociativos participarán en el diseño del Plan

movimientos asociativos participarán en el diseño del Plan: “Hemos invitado a los pacientes y familiares para que formen parte de todos los grupos de trabajo. Como áreas de mejora, se han detectado ciertos problemas en temas de informa-

ción y comunicación con los pacientes. También debemos mejorar el apoyo que damos a los familiares y a los cuidadores en la toma de decisiones, por ejemplo. Tenemos que acompañar y dar continuidad a

- Es necesario definir el área de referencia para desarrollar el trabajo en la misma área sanitaria de los pacientes.
- Precisamente frente a los recortes y la limitación de recursos, los expertos han destacado la necesidad de priorizar los servicios que debe prestar la Administración Pública. En este punto, se han destacado como aspectos prioritarios la prevención del suicidio, el trastorno mental grave, el abordaje de la patología dual y la integración de la red de adicciones, entre otros.
- Una actuación necesaria, que ya está en marcha, es la unificación de la red de adicciones (antigua Agencia Antidroga) en una única Red de Salud Mental. Esto evitaría la disociación del paciente que presenta una enfermedad mental y tiene dos puertas de entrada, según se valore de forma arbitraria.
- En la lucha contra el suicidio, es necesario desarrollar los planes integrales que incidan en la prevención y también en la formación de los profesionales, los pacientes y los cuidadores para detectar con antelación las señales de alarma.
- Los movimientos asociativos en el ámbito de la salud mental quieren participar en la toma de decisiones, tanto los pacientes como sus familiares o cuidadores. Además, las asociaciones de pacientes reclaman un mayor apoyo presupuestario por parte de las Administraciones Públicas. Asimismo, reclaman el cumplimiento de la Convención de Naciones Unidas para los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España.
- Una amenaza próxima es el progresivo envejecimiento de la población, tanto de los pacientes con trastorno mental como de sus cuidadores. En este ámbito es y será fundamental el apoyo de los servicios sociales, que permitirán aliviar el ‘cuello de botella’ que se produce con los pacientes crónicos.
- Los especialistas también han demandado una mayor formación e información respecto al uso racional de los medicamentos con el objetivo de evitar la ‘sobrecapacitación’ de fármacos antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas. También se ha observado una gran variación entre las guías de prescripción y la práctica clínica, por lo que los expertos solicitan un mayor consenso.
- Finalmente, los expertos han lamentado que el Consejo Interterritorial no haya aprobado la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, previamente acordada por todos los responsables autonómicos de Salud Mental con el Ministerio de Sanidad. El objetivo es subsanar las cuestiones técnicas que hayan objetado las Comunidades Autónomas de Cantabria, Andalucía, Valencia y Extremadura, y mantener las líneas consensuadas para todo el Sistema Nacional de Salud.



EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

CÉSAR PASCUAL FERNÁNDEZ, director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

JULIO ZARCO RODRÍGUEZ, director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

CRISTINA GONZÁLEZ DEL YERRO VALDÉS, subdirectora general de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

ENCARNACIÓN CRUZ MARTOS, subdirectora de Compras, Farmacia y Productos Sanitarios.

MARÍA LUZ DE LOS MÁRTIRES ALMINGOL, gerente Asistencial de Atención Hospitalaria.

GUILLERMO PETERSEN GUITARTE, director de la ORSM.

MERCEDES NAVÍO ACOSTA, coordinadora Asistencial de la ORSM.

CARLOS MARFULL, director gerente del Hospital Dr. R. Lafora, en Madrid.

ÁLVARO RIVERA VILLAVERDE, director gerente del Instituto Psiquiátrico J. Germain de Leganés.

CARLOS MUR DE VIU BERNAT, coordinador de la Estrategia de Salud Mental del SNS. Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

FRANCISCO FERRE NAVARRETE, coordinador de la Estrategia de Salud Mental del SNS. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid.

JERÓNIMO SAIZ RUIZ, patrono de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal, en Madrid.

NÉSTOR SZERMAN BOLOTNER, presidente fundador de la Sociedad Española de Patología Dual. Jefe de Salud Mental. CSM Retiro.

M^a FE BRAVO ORTIZ, ex presidenta de la AEN Profesionales de Salud Mental. Jefa de Servicio de Psiquiatría del Hospital La Paz, en Madrid.

GUADALUPE MORALES CANO, directora de la Fundación Mundo Bipolar.

la asistencia entre Atención Primaria y los servicios de Salud Mental”.

Como representante de los movimientos asociativos en el ámbito de la salud mental, Guadalupe Morales, directora de la Fundación Mundo Bipolar, ha mostrado la voluntad tanto de pacientes como de sus familiares o cuidadores de participar en la toma de decisiones en el ámbito de la Salud Mental. Además, las asociaciones de pacientes reclaman un mayor apoyo presupuestario por parte de las Administraciones Públicas. Asimismo, reclaman el cumplimiento de la Convención de Naciones Unidas para los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España.

Reorganización de la asistencia

La reorganización de la asistencia también ha sido mencionada por el consejero de Sanidad de Madrid, Jesús Sánchez Martos, durante su intervención en el Foro organizado por el Grupo Saned. En su opinión, “el tema de la Salud Mental está demasiado medicalizado, y no solo a nivel farmacológico, sino incluso desde las primeras visitas”. “Muchas derivaciones desde Atención Primaria hacia el psiquiatra se hacen sin necesidad. Esas consultas deben ser resueltas en AP, y, para ello, los médicos tienen que estar preparados”.

“La enfermedad supone un sufrimiento

familiar y social. Cada vez tenemos más personas mayores, más crónicos y más dependientes. Los políticos tenemos que ser valientes ante esta situación y tomar decisiones en el sistema sanitario. No necesitamos 35 hospitales de agudos, sino tener más camas de media y larga estancia. La Atención Primaria tiene que trabajar de forma continuada e integrada, sobre todo en el ámbito de la Salud Mental. Y todos estos cambios deben realizarse con un presupuesto de 7.500 millones, pero con una deuda de 500 millones. No tenemos dinero, pero sí ganas de trabajar”, ha dicho Sánchez Martos, quien ha avanzado que todas estas ideas estarán plasmadas en el Libro Blanco de la Sanidad que se está haciendo en Madrid.

“Muchas derivaciones desde Atención Primaria hacia el psiquiatra se hacen sin necesidad. Esas consultas deben ser resueltas en AP”, ha señalado Jesús Sánchez Martos, el consejero de Sanidad madrileño

Actualización de la Estrategia Nacional

Finalmente, los expertos han lamentado que el Consejo Interterritorial no haya aprobado la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, previamente acordada por todos los responsables autonómicos de Salud Mental con el Ministerio de Sanidad. “El objetivo es subsanar las cuestiones técnicas que hayan objetado las Comunidades Autónomas de Cantabria, Andalucía, Valencia y Extremadura, y mantener las líneas consensuadas para todo el Sistema Nacional de Salud”, ha señalado Francisco Ferre, uno de los coordinadores de la Estrategia del SNS y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
LyCEUM

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

LyCEUM

www.lyceum.es



saned
GRUPO

www.gruposaned.com



Conseguir día a día
la **cuadratura**
del
círculo,
reto en la
gestión
sanitaria

María Dolores Acón Royo

Directora gerente del Hospital Universitario Son Espases,
en Palma de Mallorca

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Hospital Universitario Son Espases



Conseguir día a día la cuadratura del círculo, reto en la gestión sanitaria

Dejando atrás un futuro incierto, la gestión sanitaria afronta el presente con una serie de ideas transformadoras, donde se conjugue la sostenibilidad, la cronicidad y la tecnología de vanguardia. María Dolores Acón Royo, directora gerente del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca, comenta que son los aspectos más destacados que se abordarán en las IV Jornadas de Gestión Sanitaria que se celebra en junio bajo el título *18 Ideas transformadoras para un presente retador*.

la participación cada vez mayor del paciente en la toma de decisiones en relación a su proceso asistencial de manera eficiente.

El empoderamiento del paciente es cada vez mayor, ¿cómo se refleja en su forma de trabajar?

El empoderamiento del paciente no es solo un cambio de actitud o de tecnología, es un cambio cultural del sistema sanitario. En todo el mundo, los hospitales se están empezando a adaptar a esta reali-

De las 18 Ideas transformadoras para un presente retador, ¿cuáles destacaría en orden de importancia y por qué motivo?

conseguir cada día la cuadratura del círculo.

A la hora de establecer las pautas de actuación, ¿cómo se establece su implantación?

No considero que se deba establecer un orden de importancia en las 18 ideas transformadoras, ya que todas las temáticas abordadas se estructuran en torno al eje común que supone el reto actual de la gestión sanitaria. Sin embargo, sí que considero importante destacar el cambio

Es importante destacar el cambio de paradigma que se está produciendo en la toma de decisiones clínicas, fundamentado principalmente en técnicas de inteligencia artificial y el big data

Siempre pensando en lo que realmente necesitan los pacientes en el contexto social en el que desarrollamos nuestra actividad. Hemos de procurar anticiparnos a sus necesidades y expectativas y preparar-

de paradigma que se está produciendo en la toma de decisiones clínicas, basado en otros aspectos diferentes de la evidencia científica y fundamentados principalmente en técnicas de inteligencia artificial y en el *big data*.

nos, como profesionales y como gestores, no solo desde el punto de vista técnico, sino instruyéndonos y formándonos sólidamente en valores y en humanización.

¿Cuáles son los retos actuales en gestión sanitaria?

El empoderamiento del paciente no es solo un cambio de actitud o de tecnología, es un cambio cultural del sistema sanitario

¿Con qué herramientas se cuenta para hacer la valoración lo más objetiva posible?

El principal reto es conseguir conjugar el desarrollo de estrategias sanitarias en el contexto actual marcado por el envejecimiento poblacional, la cronicidad y el avance imparable de la tecnología sanitaria, y todo ello sin dejar de ser sostenibles. En resumidas cuentas,

pecta a la recogida de datos en tiempo real mediante herramientas de historia clínica electrónica y de telemedicina. Ambas permiten y facilitan la atención integrada, la gestión del conocimiento y



dad. Todavía hay profesionales que se refieren al “paciente” como un ente y no debemos olvidar que todos hemos sido o seremos pacientes en algún momento de nuestra vida. El defender la autonomía y los derechos de los pacientes es signo de madurez social y de respeto hacia nosotros mismos.

¿Cómo se aúna y coordina la labor de los profesionales que participan en el cuidado y en la promoción de la salud?

La promoción de la salud constituye un avance social, un cambio cultural dentro del proceso de atención integral y en el que han de intervenir, de forma multidisciplinar, los profesionales de los hospita-

les en íntima colaboración con los de Atención Primaria para garantizar el funcionamiento de procesos que permitan un abordaje integral de la enfermedad junto a un trabajo potente de prevención. Todo esto se encuentra unido a la implicación de la población en el desarrollo y disfrute de su salud.

Nuestro sistema sanitario universal hace que la labor del gestor sea diferente si

lo comparamos con los países de nuestro entorno, ¿cómo influyen estas particularidades en el quehacer diario?

El tratamiento de datos sanitarios mediante técnicas de inteligencia artificial permitirá en los próximos años importantes avances en el conocimiento de diversas áreas relacionadas con la salud

Nuestro sistema sanitario público es uno de los principales logros alcanzados por la sociedad española y conseguido con el esfuerzo de todos. Es un valor del que nos tenemos que sentir

muy orgullosos todos los españoles y con el que tenemos el compromiso de conser-





GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA

María Dolores Acón Royo

varlo para el futuro. Nuestra realidad actual, en la que la situación económica nos ha hecho replantearnos ciertas formas de actuación en la Sanidad pública, no ha hecho sino exponernos ante una oportunidad de analizar, corregir y mejorar algunas áreas de ineficiencia en la gestión, sobre todo en el ámbito organizativo de nuestros centros. Sin embargo, considero que todavía nos queda mucho por mejorar en la gestión de los recursos humanos, cuyo condicionamiento a las fórmulas de contratación de la administración pública hacen que en Sanidad tengamos verdaderas dificultades para conjugar la fórmula “equidad, mérito y capacidad” con la de inmediatez y necesidad de garantizar en todo momento la calidad del servicio asistencial.

¿Con qué herramientas innovadoras cuentan los gestores sanitarios para afrontar los retos que se les plantean?

El tratamiento de datos sanitarios mediante técnicas de inteligencia artificial permitirá en los próximos años importantes avances en el conocimiento de diversas áreas relacionadas con la salud y los servicios sanitarios ayudándonos a tomar decisiones cada vez más precisas y eficientes.

Los enfermos crónicos, ¿son el mayor quebradero de cabeza de los gestores?

Los enfermos crónicos no son un problema, son nuestra realidad y son nuestro reto presente. El envejecimiento de la población nos empuja a ser imaginativos y

solidarios, a implantar nuevas estrategias para mejorar la calidad y la calidez asistencial a la vez que aseguramos la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

¿Hacia dónde se va a transformar el sistema sanitario actual?

Hacia modelos de atención integrada que centran su atención en las necesidades de los pacientes en todas sus facetas, biológicas, psicológicas y sociales y prestando especial atención a la coordinación de todos los agentes que intervienen tanto en el proceso asistencial como en el de la prevención y el de la educación para la salud. Nuestro reto es conseguir ser gestores de salud y no tanto de enfermedad, y que la atención a la enfermedad se consiga mediante procesos de alta resolución y en el entorno más próximo al paciente.

El sistema sanitario actual se va a transformar en modelos de atención integrada que centran su atención en las necesidades de los pacientes en todas sus facetas

Los factores sociales son clave. Son los que marcan el cambio de paradigma en el concepto de la asistencia. La incorporación de la prevención como piedra angular de la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario tiene su punto de partida en la educación para la salud incorporada en los planes de estudios a todos los niveles, en la información permanente y veraz a la población acerca de los beneficios de una vida saludable, es lo que realmente supone un cambio de paradigma en el concepto de modelo sanitario.

¿Cómo se pueden conjugar ambos?

Con una visión estratégica clara basada en que la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario pasa por que una inversión en salud es siempre mucho más rentable que una inversión en el manejo de la enfermedad.

¿Los profesionales sanitarios están preparados para asumir la transformación del sistema?

Al igual que ya ha sucedido en muchos ámbitos de nuestro día a día, en el ámbito de la salud ha llegado el momento de perder el miedo a comunicarse de manera diferente, a intentar e inventar nuevos caminos para ayudar al paciente a controlar su enfermedad, aunque opino que a día de hoy continúan siendo una minoría los profesionales que usan las nuevas tecnologías de la comunicación en el ámbito profesional y, sin embargo, parece ser que cada vez hay más pacientes innovadores que buscan a médicos o profesionales sanitarios con los que comunicarse de este modo. Así pues es un nuevo cambio de paradigma al que hay que sumarse con una gran rapidez para no perder la ocasión de hacer una asistencia más acorde a nuestra realidad actual.

Y, ¿la administración?

Creo que la administración está muy concienciada, aunque limitada en sus recursos y en sus plazos de ejecución por el hecho en sí mismo de ser administración ■

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

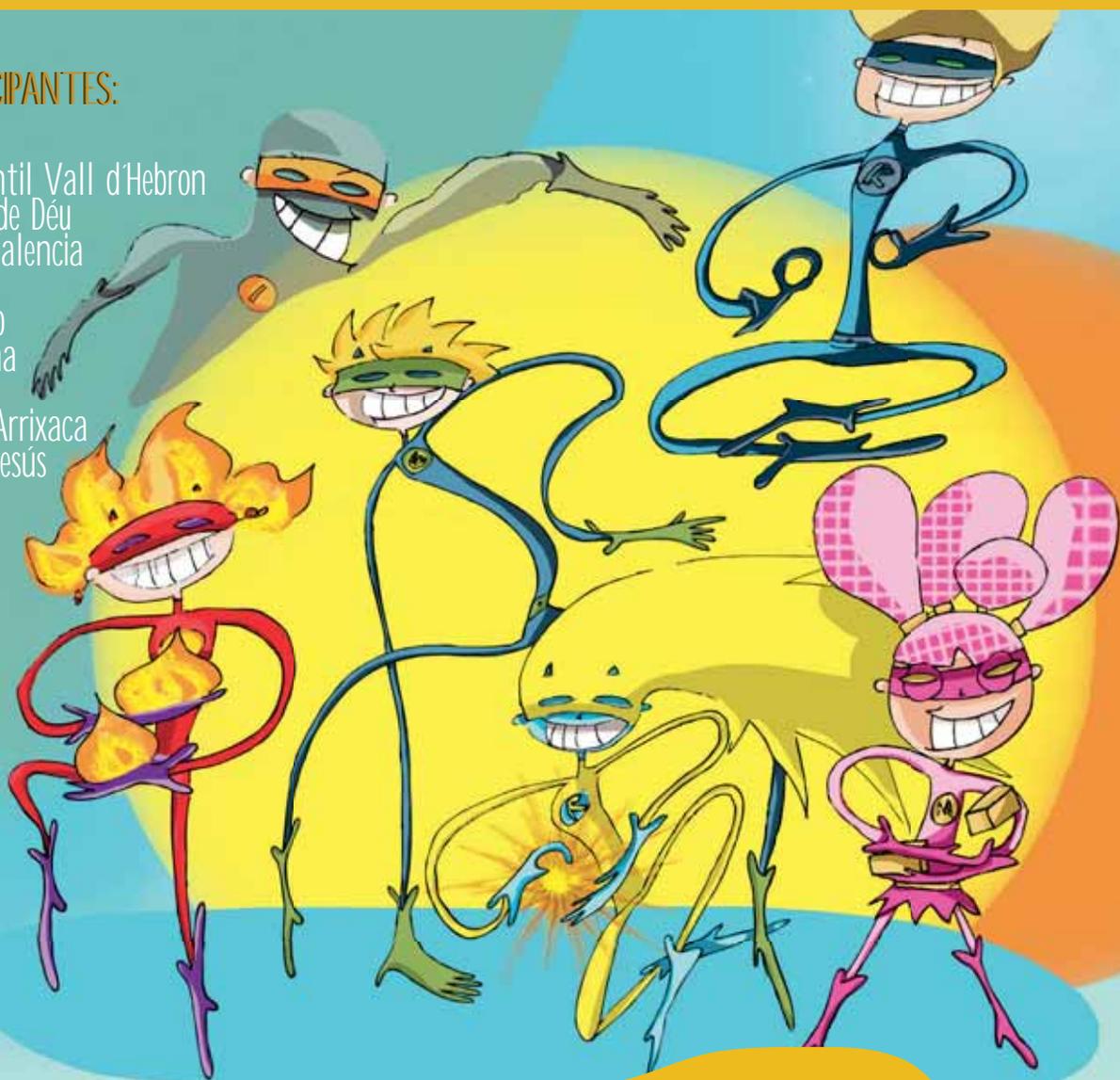


TU EMPRESA PUEDE DAR PODERES MÁGICOS A LOS NIÑOS /AS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

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

HOSPITALES PARTICIPANTES:

H.U. La Paz
H.C.U. Maternoinfantil Vall d'Hebron
Hospital Sant Joan de Déu
Hospital Clínico de Valencia
H.U. La Fe
H.U. Virgen del Rocío
H.U. Virgen Macarena
H.U. Reina Sofía
H.C.U. Virgen de la Arrixaca
H.U. Infantil Nino Jesús
H.U. Cruces
H.U. Basurto
H.U. Donostia
H.U. de Albacete
H.R.U. de Málaga



Poción de HÉROES

Queremos llegar a muchos más. ¿Nos ayudas?



www.pociondeheroes.com



XVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP)

Los directivos de Primaria piden más autonomía de gestión y profesionalización

Los directivos de Atención Primaria han reivindicado el papel fundamental que ocupa el primer nivel asistencial en el conjunto del sistema sanitario, y han reclamado más apoyo por parte de las Administraciones para poder llevar a cabo sus funciones. Entre otros aspectos, han solicitado más autonomía de gestión, profesionalización y unos presupuestos ajustados a las necesidades. Así lo han expresado en el XVIII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), celebrado en Córdoba.

Texto | Eva Fariña

Fotos | SEDAP



GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

XVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) Los directivos de Primaria piden más autonomía de gestión y profesionalización

La asistencia sanitaria en Atención Primaria “marca el ritmo del sistema” y es “el motor de la Sanidad”, ya que sus profesionales son los que conocen de primera mano la situación de los pacientes y pueden establecer las prioridades. La gestión sanitaria y clínica ha sido uno de los temas debatidos en el XVIII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), que se ha celebrado en Córdoba con la asistencia de unos 400 profesionales del sector. En el acto inaugural han intervenido Ramón Morera, presidente de la SEDAP; Manuel Bayona, presidente del Congreso; Aquilino Alonso, consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía, y Alba Doblas, concejal de Salud del Ayuntamiento de Córdoba.

Ramón Moreda ha aprovechado la ocasión para pedir “el apoyo de las Administraciones y la política sanitaria” en el arduo trabajo de dar servicio a las necesidades de los ciudadanos. “La Atención Primaria es un nivel asistencial muy eficiente, y tiene la capacidad de prestar muchos servicios, pero necesitamos apoyo político y presupuestario”, ha dicho. El presidente de la SEDAP ha pedido también que “las estructuras directivas que gestionan las redes de Primaria sean potentes y ambiciosas, y que tengan los recursos suficientes para gestionar bien su trabajo”.

Por su lado, Manuel Bayona ha definido el papel de AP en el conjunto del sistema: “No es solo la puerta del sistema, sino que ocupa un lugar central. Este congreso está volcado en aspectos que contribuyen a fortalecer el papel como eje vertebrador que tiene la Atención Primaria en el servicio sanitario”. “Queremos que la AP sea el corazón del sistema, y para ello queremos hablar de cercanía y equilibrio efectivo y eficiente, eliminar las barreras entre niveles y tratar de trabajar más en

equipo”, ha añadido el presidente del Congreso.

El consejero Aquilino Alonso ha avanzado que en breve se publicarán las principales líneas de trabajo que va a seguir Andalucía en los próximos años “para fortalecer la Atención Primaria”. “La AP es el eje vertebrador del servicio sanitario, por

El consejero Aquilino Alonso ha avanzado que en breve se publicarán las principales líneas de trabajo que va a seguir Andalucía para fortalecer la Atención Primaria

lo que queremos darle la importancia que se merece y hacerla visible”, ha dicho el máximo responsable de la Sanidad andaluza, quien ha recordado que “desde Primaria se resuelve el 90 por ciento de los problemas de salud de los ciudadanos”.

La ponencia inaugural ha estado a cargo de Rafael Bengoa, ex consejero de Salud del País Vasco y actual director del Área de Salud de Deusto Business School (DBS Health-Bilbao), quien ha basado su intervención en la necesidad de llevar a cabo una “transformación” en el ámbito sanitario. Según Bengoa, estos cambios deben incluir la “integración de la Atención Primaria en el servicio sanitario”, y tienen que estar respaldados por “la inversión y el apoyo institucional y político”.

Los gestores son responsabilidad de los políticos

En la mesa ‘El equilibrio del sistema y los factores de riesgo’, la moderadora María José Avilés, vicepresidenta de la SEDAP en la Comunidad Valenciana, ha reseñado que “la solución al problema de la sostenibilidad no puede limitarse al ámbito económico, sino que hay muchas otras medidas que poner en práctica”. La directiva de la SEDAP ha añadido que “avanzar hacia un sistema sanitario sostenible y eficiente es responsabilidad de todos los agentes que intervienen en salud, y los profesionales tienen que utilizar los

servicios de forma eficiente, con el añadido de tener una buena comunicación con los pacientes”.

“Los políticos tienen la obligación de darnos el mejor sistema sanitario, con los mejores profesionales y los mejores gestores. Hay que profesionalizar la gestión hospitalaria, y eso es responsabilidad de los políticos. No se puede cambiar a un buen gestor porque se haya producido un cambio en el Gobierno”, ha reivindicado la vicepresidenta de la SEDAP.

Por su parte, María Dolores Alguacil, directora gerente del Área Integrada de Sevilla Sur, ha señalado que “un sistema sanitario basado en una Atención Primaria fuerte es infinitamente mejor que un hospitalcentrista”. Asimismo, Hilda Sánchez Janáriz, jefa de Servicios de Sistemas de Información y Calidad Asistencial del Gobierno de Canarias, ha analizado el factor de riesgo de la descoordinación, y ha presentado sus experiencias basadas en las TIC, “que han ayudado a mejorar, a coordinar y a actualizar el sistema sanitario”.

En el aspecto puramente económico, David Cantarero, profesor titular de Economía de la Salud en la Universidad de Cantabria, se ha retrotraído hasta 2009 para señalar que “el gasto en salud per cápita ha disminuido un 21 por ciento, y esos recortes empezaron en la Atención Primaria”.

En su ponencia ‘Equilibrio del Sistema Nacional de Salud y factores de riesgo’, Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), ha considerado “imposible que la falta de financiación del sistema se pueda cubrir desde Atención Primaria, pero tampoco desde Especializada”. “Podemos hacer las cosas mejor, y las hemos hecho muy bien, pero este equilibrio no es posible arreglarlo desde Primaria. El dinero que hace falta para hacer bien las cosas no lo podemos cubrir haciendo esfuerzos y pidiendo milagros. Es un engaño hablar de un sistema de primera con una financiación de tercera”.

Para analizar el lugar que ocupa la Atención Primaria, tanto a nivel estatal como autonómico, han participado José María Vergeles, consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura; David Elvira, director del Servei Català de la Salut (Catsalut); Juli Fuster, gerente del Servei de Salut de Baleares, y José Manuel Aranda, director gerente del Servicio Andaluz de Salud. Una de las cuestiones que más ha preocupado a los profesionales es la evolución del primer nivel asistencial, y han coincidido al señalar la importancia de una puesta en común para conocer qué aspectos son mejorables.

Liderazgo en los centros de salud

En la mesa dedicada a la innovación, el liderazgo y la formación, María Ángeles Bonillo, directora de la Estrategia de las Políticas de Formación del Sistema Público de Andalucía, ha reivindicado que “los profesionales tengan una participación activa en la elaboración de las estrategias de formación”. Por su parte, Luis Verde, gerente del Área Integrada de Santiago de Compostela de la Xunta de Galicia, ha comentado que normalmente se asocia la palabra innovación a la tecnología, pero también es necesario analizar la “innovación organizativa, porque es muy eficiente y muy barata”.

Por su parte, Antonio Fernández Pro-Ledesma, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), se ha mostrado partidario de mantener el actual sistema sanitario: “Está bien la autocrítica y la reflexión, pero hay que poner en valor lo que somos. Estamos en el mejor sistema sanitario del mundo, así que vamos a mantener lo que funciona y a cambiar lo que no”.

La enfermera Nieves Lafuente, directora del Plan Integral de Cuidados de Andalucía, dependiente de la Junta, ha recordado que la Enfermería supone “el 86 por ciento de los profesionales que hacen educación terapéutica”. “Las enfermeras nos pueden ayudar a mejorar y a estar

sanos”, ha dicho Lafuente, que también ha destacado la importancia de la innovación en la gestión: “En estos momentos complicados, tenemos ante nosotros un camino que recorrer y debemos abordar la necesaria innovación organizativa”.

El Congreso de la SEDAP también ha analizado la comunicación sanitaria, en una mesa moderada por el periodista Agustín Martínez, quien ha analizado la posible “sobreinformación que puede llegar a crear un espacio de confusión”. “Internet y las redes sociales han convertido en fuentes a otros actores, lo que ha acabado con la función de los periodistas como mediadores”, ha dicho el representante de los medios de comunicación.

Los expertos han hablado de las redes sociales, las expectativas de los pacientes, la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el manejo de situaciones de crisis de reputación en medios de comunicación y redes sociales, y la relación entre profesionales de la Sanidad y periodistas sanitarios. En esta mesa han intervenido Miguel Ángel Mániz, economista y gestor sanitario; Marisa Merino, directora gerente de la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea de Osakidetza (País Vasco); María Isabel Navarro, subdirectora médica del Área Sanitaria Málaga Norte de Andalucía, y Emilio de Benito, periodista de El País.

Presupuesto y estratificación poblacional

Durante el encuentro de Córdoba, la SEDAP ha entregado un premio a Antonio Roca por su comunicación ‘Asignación presupuestaria de farmacia en Atención Primaria mediante estratificación de la población’. Según ha indicado el ponente,

“el reparto es especialmente importante en la gestión, y debe intentarse que esta asignación sea lo más equitativa posible, por baremos de edad, sexo, tarjeta sanitaria y movilidad”.

Por último, la conferencia de clausura ha estado a cargo de Ignacio Hernández Medrano, gestor en Ciencias de la Salud y coordinador de la Estrategia de Investigación en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. En su intervención, este neurólogo ha hablado de la “visión lineal de las personas ante la llegada del futuro y de inventos que hacen cambiar nuestra forma de vida”. Además, ha destacado el valor del ‘big data’ por la capacidad de los ordenadores de aprender patrones e interpretar datos para encontrar “correlaciones

en busca de fármacos de enfermedades raras, porque de esta manera tienden a costar cero”.

De la misma manera, gracias a un logaritmo exponencial del desarrollo informático y de

análisis de datos por parte de las computadoras, Hernández Medrano cree que la “genómica y la biotecnología serán los próximos saltos en la tecnología, y supondrán las vías para llegar a la medicina personalizada y a la atención médica mediante el teléfono móvil” ■

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





SERAM, cien años dedicada a la formación y a la promoción de la Radiología

Pablo Valdés Solís

Responsable de Comunicación de la SERAM

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | SERAM



FACME/ENTREVISTA Pablo Valdés Solís

SERAM, cien años dedicada a la formación y a la promoción de la Radiología

La Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) celebra este año su centenario y mantiene sus objetivos prioritarios: promover la especialidad y mejorar la formación de sus profesionales. El Dr. Pablo Valdés Solís, responsable de Comunicación de la SERAM, cree que para seguir cumpliendo estos objetivos, la estructura interna de su sociedad debe ser robusta y funcionar como cualquier empresa moderna.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la SERAM?

La SERAM tiene una serie de objetivos básicos y fundamentales: la promoción de la Radiología como especialidad médica y mejorar la formación de los profesionales de la Radiología en todos los ámbitos. Pero estos objetivos solo se pueden llevar a cabo si se desarrollan dentro de un plan estratégico que contemple la formación universitaria y de postgrado, la promoción de la investigación en Radiología, la mejora de la imagen del radiólogo y su visibilidad y el favorecer los contactos con otras sociedades científicas y los diferentes organismos oficiales. Y, para conseguir estos objetivos, es fundamental que la estructura interna de la SERAM sea robusta, que su funcionamiento esté lo más profesionalizado posible, de forma similar a cualquier empresa moderna. Estas mejoras internas son las que acaban repercutiendo en el mejor servicio al socio.

¿Qué papel tiene la formación de sus socios entre estos objetivos?

Es un objetivo principal y la SERAM tiene que dirigir sus esfuerzos a facilitar la educación y la investigación en Radio-

logía. Organizamos un congreso bienal que es el acontecimiento científico de Radiología más importante en español. Dentro de pocas semanas se llevará a cabo en Bilbao el XXXIII Congreso Nacional de la SERAM, que es el congreso del centenario, ya que fue en 1916 cuando se creó la Sociedad Española de Roentgenología, precursora de la SERAM. Pero, además de este congreso, que reúne a más de 2000 profesionales de la Radiología, las diferentes secciones organizan cursos y congresos nacionales de sus subespecialidades, que siempre cuentan con una participación masiva. Es fundamental la formación de los residentes y, por eso, se han diseñado una serie de cursos anuales, dedicados de forma específica para los residentes. Además, y en consonancia con el desarrollo tecnológico, la SERAM está potenciando la formación no presencial, con cursos *online* que facilitan la participación de los socios.

¿Cuál es el nivel de formación de los especialistas españoles con respecto a los especialistas de nuestro entorno?

La formación MIR de nuestro sistema de salud es considerado como un ejemplo para la formación de los médicos especialistas y así sucede también en la Radiología. La formación de los residentes en los centros españoles incluye todas las rotaciones necesarias, en centros de referencia y dotados con la última tecnología. Los radiólogos españoles colaboran de forma activa y desinteresada en esta formación y, gracias a todo este sistema, el resultado es una formación excelente de los profesionales. Así, los radiólogos españoles tienen gran prestigio.

¿Existe un currículum común europeo?

La Sociedad Europea de Radiología (ESR),

de la que forma parte la SERAM, ha desarrollado un currículo europeo, que incluye la formación pregrado, la formación especializada y la formación subespecializada. Está disponible en la página *web* de la ESR, incluso con una versión en español, lo que pone de manifiesto la importancia de la Radiología española en Europa.

¿Cómo se lleva a cabo la formación continuada?

Además de las propias actividades formativas que se puedan desarrollar en los diferentes centros, los radiólogos cuentan con los programas de formación de la SERAM, que tiene instaurado un sistema de créditos que se pueden obtener no

La SERAM está desarrollando, desde hace tres años, un modelo de competencias en Radiología



solo en los cursos o congresos, sino también en exámenes a los que tienen acceso los socios en la página web de la SERAM (www.seram.es).

En la formación de los nuevos especialistas, ¿cómo está el tema de la troncalidad?

En muchos países, la Radiología y la Medicina Nuclear son especialidades hermanas o incluso únicas. En España, el proyecto de troncalidad contempla una formación común para ambas especialidades, que se ha planteado en el proyecto oficial con una duración de dos años. Sin embargo, la SERAM ya se ha posicionado en este tema: la Radiología es una especialidad cada vez más compleja y cualquier proyecto de troncalidad con dos años comunes debería ir acompañada de

una duración total de la formación de cinco años. Si no es así, la formación de los futuros especialistas peligra. No solo por el hecho de que no tendríamos de una formación similar a la del resto de países de nuestro entorno, sino que incluso la propia formación se vería comprometida debido a la asimetría entre unidades docentes de Radiología y Medicina Nuclear.

¿Apuestan por un tronco específico de imagen?

El modelo de troncalidad en las especiali-

dades médicas apuesta por un tronco común. La SERAM reconoce el valor que añade la formación común de dos años al especialista en Radiología, pero siempre que se tengan en cuenta las consideraciones

ya comentadas: ampliación de la duración de la formación para poder incluir las nuevas técnicas de la Radiología y estudio adecuado de los recursos, en cuanto a centros disponibles para ambas ramas.

La SERAM tiene que luchar para que las técnicas de imagen radiológicas se realicen con el máximo de calidad, para asegurar una atención adecuada al paciente

¿Cómo está el tema de las competencias profesionales?

La SERAM está desarrollando, desde hace tres años, un modelo de competencias en Radiología. Su objetivo es definir los estándares de calidad de la práctica de nuestra profesión, cómo se deben hacer los diferentes procedimientos y aclarar quién estaría capacitado para realizarlos. En este sentido, la SERAM ya ha elaborado, junto con las secciones de Radiología Vasculare e Intervencionista (SERVEI) y la sección de Gestión y Calidad (SEGECA) un manual de competencias del radiólogo vascular e intervencionista, con un modelo muy innovador a nivel europeo. Además, está trabajando en la definición de las competencias del radiólogo pediátrico, el radiólogo de urgencias y el radiólogo de imagen cardíaca.

¿Podría definir las competencias técnicas de los radiólogos?

El modelo de la SERAM de competencias técnicas parte de las funciones del profesional, desde la más genérica a la más concreta. De esta forma, el modelo acaba definiendo lo que hace cada radiólogo en cada puesto, define cuántos procedimientos debe realizar para adquirir las competencias técnicas de dicho puesto, y cuántos debe hacer anualmente para mante-





CENTENARIO DE LA SERAM

El 16 de abril de 2015 se crea la Comisión del I Centenario de la constitución de la SERAM con el fin de programar, impulsar y coordinar las distintas actividades que se llevarán a cabo para conmemorar este acontecimiento. Esta comisión está formada por radiólogos de la SERAM y presidida por el Dr. Gayete, vicepresidente de la SERAM.

El pasado 16 de marzo se celebró en la Sede del Colegio de Médicos de Madrid el centenario de la constitución de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Electrología y Radiología Médica.

El XXXIII Congreso Nacional de la SERAM incluye en su programa una serie de actos, con charlas conmemorativas integradas en el programa científico, una exposición de equipamiento radiológico histórico y diferentes actividades enfocadas a que los socios conozcan la historia de nuestra sociedad. Además, en la *web* de la SERAM hay una presentación interactiva con los principales hechos de los cien años, así como sus principales personajes.

Por último, en febrero de 2017 se conmemora el centenario de la Sesión Inaugural de la Real Sociedad Española de Electrología y Radiología Médica, que se celebró el 11 de febrero de 1917 en la Real Academia de Medicina, con la presidencia del Rey Don Alfonso XIII, acompañado por el ministro de Estado, Dr. Gimeno. En este acto conmemorativo, además de diferentes charlas, se distribuirá un libro sobre el centenario de la SERAM.

ner la competencia. Sobre una base genérica de funciones: adquirir imágenes, diagnosticar, tratar y gestionar cada subespecialidad de la Radiología define las competencias específicas y los criterios que permiten adquirir esta competencia. En nuestra *web* se ha desarrollado un apartado específico que describe el modelo y sus fases de desarrollo.

¿Cuál es la situación actual de la especialidad?

La Radiología pasa por una situación excelente como rama de la medicina. Las pruebas de imagen son fundamentales en el proceso de atención al paciente y se estima que hasta ocho

de cada diez diagnósticos médicos se basan en pruebas de imagen médica. Las técnicas de imagen son muy valoradas tanto por los pacientes como por otros especialistas médicos, y la industria está invirtiendo grandes cantidades en su desarrollo, de forma que en los últimos años están apareciendo nuevas técnicas y nuevas aplicaciones que eran impensables hace poco tiempo. Sin embargo, este atractivo también se puede convertir en una amenaza para nuestra profesión: muchos especialistas están incorporando en su actividad diaria técnicas de imagen que habitualmente son realizadas por radiólogos y no siempre con un desarrollo competencial adecuado. La SERAM tiene que luchar para que las técnicas de imagen radiológicas se realicen con el máximo de calidad, para asegurar una atención adecuada al paciente. Y, ahora, los profesionales más capacitados para dar excelencia en el diagnóstico por imagen son los radiólogos. Por otra parte, el propio desarrollo tecnológico hace que la aparición de nuevas técnicas se puedan volver en contra del profesional si no se usan de forma adecuada, pero los radiólogos ya estamos habituados a estos retos y

a adaptar nuestra profesión a las nuevas tecnologías. Todo esto estimula un cambio continuo de mejora, del que los principales beneficiados son los pacientes.

¿Con qué otras especialidades tienen más interacción?

La Radiología es un servicio central; prácticamente todas las especialidades tienen contacto con nosotros. Una de las especialidades con las que los radiólogos trabajan

en contacto más directo es la Medicina Nuclear, en aquellos centros que dispongan de técnicas mixtas (como TC-PET), que implican imágenes obtenidas con técnicas radiológicas y de Medicina Nuclear simultáneamente. Y, por supuesto, no debemos olvidarnos del trabajo diario que los radiólogos tenemos con otros profesionales no médicos: los servicios de Radiofísica o los de Mantenimiento y Electromedicina.

Es fundamental diseñar un plan de renovación tecnológica que permita mantener el parque diagnóstico sin que los equipos caigan en obsolescencia

neamente. Y, por supuesto, no debemos olvidarnos del trabajo diario que los radiólogos tenemos con otros profesionales no médicos: los servicios de Radiofísica o los de Mantenimiento y Electromedicina.

¿Qué papel tiene FACME en el trabajo conjunto con otras especialidades?

FACME tiene un papel muy importante en la coordinación del trabajo de las sociedades científicas, lo que facilita la mejora de la profesionalidad de los médicos. Hay actividades de FACME muy útiles para todos, como pueden ser el estudio de modelos de gestión clínica, el estímulo y la coordinación en la elaboración de documentos de estándares, elaboración de borradores para los criterios de homogeneización de baremos para los procesos de selección, coordinación en los temas de troncalidad, coordinación con farmaindustria, etc. Globalmente, las actividades de FACME permiten a las sociedades científicas y, por tanto, a sus especialistas, coordinar tareas profesionales fundamentales, de forma que mejoren las condiciones de trabajo y se favorezca una mejor actividad asistencial.

¿Existe obsolescencia tecnológica?

Cualquier tecnología tiene una vida media limitada, bien por el propio envejecimiento del equipo o bien porque aparecen nuevas tecnologías que mejoran o sustituyen la anterior. Son diferentes formas de obsolescencia. La Radiología es una especialidad que depende mucho de la tecnología y es fundamental que los equipos disponibles no estén obsoletos.

El tema de la obsolescencia preocupa a todos. Algunas sociedades como COCIR (*European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare in Industry*) ha elaborado un informe ("Reglas de Oro de COICR") que define la antigüedad que debería tener el equipamiento de un servicio de Radiología en función del tipo de tecnología que sea. Evitar la obsolescencia es caro, pero no tanto como se suele pensar. Es fundamental diseñar un plan de renovación tecnológica que permita mantener el parque diagnóstico sin que los equipos caigan en obsolescencia.

¿Cuál es la vida media actual de los equipos?

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) ha elaborado un informe clave sobre el perfil tecnológico hospitalario en España. Desde 2007 ha disminuido la inversión en la renovación tecnológica, de forma que, según sus datos, la renovación tecnológica sanitaria ha caído entre un 60 por ciento y un 75 por ciento en los últimos cinco años. Esto ha provocado que un porcentaje importante de la tecnología sanitaria no cumpla los criterios recomendados en cuanto a obsolescencia (las "Reglas de Oro") y esto se aplica tanto a la tecnología más sencilla (radiología convencional) como a los equipos más complejos (como TC multicorte o Resonancia Magnética). Se ha visto que el 44 por ciento de los equipos de TC tenían entre 5 y 10 años, pero el 17 por ciento tenían más de 10 años. La situación de los equipos de resonancia magnética es aún peor,

y solo un 32 por ciento de los equipos tenían menos de 5 años.

Se va a implantar una nueva normativa sobre radioprotección. ¿En qué consiste?

Ya existe una normativa muy exigente en radioprotección que busca la seguridad tanto de pacientes como de trabajadores expuestos. La Directiva 2013/59 EURATOM regula estas normas, para actualizar las recomendaciones a la situación actual, con un incremento

en el uso de técnicas ionizantes. La Directiva pone de relieve la necesidad de justificar la exposición médica, incluida la de personas asintomáticas, y propone requisitos más estrictos en cuanto a la información que debe proporcionarse a los pacientes, el registro y la notificación de las dosis de los procedimientos médicos, el uso de niveles de referencia para el diagnóstico y la disponibilidad de dispositivos medidores de dosis. Esta normativa deberá aplicarse en todos los países de la Unión Europea antes de febrero de 2018 y obligará a realizar cambios importantes en los procesos de imagen, tanto en la adecuación de las pruebas (que será más estricta) como en la maquinaria y los sistemas de información (ya que será obligatorio el registro de dosis y la integración de las dosimetrías de pacientes con la historia clínica de cada paciente). Quedan menos de dos años para su implantación y es importante que las sociedades científicas colaboren con su conocimiento para hacer que este proceso se pueda llevar a cabo de forma fluida.

¿Qué papel tienen las nuevas tecnologías en su quehacer diario?

La Radiología es una especialidad que tiene una base tecnológica fundamental. Y está desarrollándose de forma paralela

con las nuevas tecnologías, no solo en lo que se refiere a los equipos (en los que los desarrollos de ordenadores son básicos), sino también en la transmisión de la información. Es de esperar que en las próximas décadas sigamos viendo innovaciones importantes, con sistemas de inteligencia artificial, *big data*, robótica...

¿Cómo se maneja el auge de la telerradiología?

La telerradiología es una herramienta fundamental en el diagnóstico médico, pero si no se regula y se usa

adecuadamente, se puede convertir en una amenaza. Por eso, la SERAM ha elaborado un Decálogo de Buenas Prácticas en Telerradiología que tiene en cuenta todas las consideraciones técnicas, éticas, legales y profesionales para un uso adecuado de esta herramienta.

El personal técnico es clave en su profesión, ¿cómo se plantea su formación?

En ocasiones se olvida que el grupo profesional más numeroso en los servicios de Radiología son los técnicos, que en muchas ocasiones son los primeros (y a veces únicos) en tratar directamente con los pacientes. La SERAM es consciente de esta necesidad y, por eso, promueve entre sus socios técnicos la participación en sus actividades formativas. Como ejemplo, en el próximo congreso de la SERAM, hay un programa de actividades del personal técnico ■

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





com



Los acuerdos de riesgo partido llegan para quedarse

Si bien los expertos insisten en la necesidad de ahondar en el modelo de los acuerdos de riesgo compartido en la actual política farmacéutica, incluso para la revisión de los precios de los fármacos ya financiados, todos coinciden en la necesidad de clarificar la metodología y en avanzar en cuál va a ser la evaluación real de los resultados en este largo plazo.

Texto | Silvia C. Carpallo



REPORTAJE

Los acuerdos de riesgo compartido llegan para quedarse

Si la crisis convirtió a la política farmacéutica en una asignatura cambiante y convulsa, la llegada de nuevos fármacos innovadores, que ofrecen grandes resultados, pero a precios muy elevados, ha supuesto la necesidad de seguir replanteando las opciones entre lo que se quiere y se puede pagar dentro del Sistema Nacional de Salud. Más allá de revisar los precios, la idea pasa porque la Industria Farmacéutica realmente se implique en el proceso, ya que hay que tener en cuenta que muchas veces se financia un fármaco según unos ensayos clínicos, cuyos resultados no son siempre coincidentes con la práctica médica diaria. Por todo ello, la fórmula de los acuerdos de riesgo compartido parecen ser no solo una moda momentánea, sino un nuevo modelo de financiación que ha llegado para quedarse.

Ahondando en este hecho, FUINSA organizaba en Madrid, a finales del pasado año, la jornada “Expectativas y Futuro de los Acuerdos de Riesgo Compartido” para que las distintas Administraciones y la Industria pudieran explicar y debatir el presente y el futuro de esta nueva vía de acceso a la innovación, pero también la opción de financiar medicamentos que ya estuvieran aprobados.

Como una primera idea, Manuel García Goñi, profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad Complutense de Madrid, dejaba claro que el problema en el que debe centrarse actualmente la política farmacéutica es “qué tipo de innovación se debe financiar, quién debe financiarla y cuánto dinero está dispuesto a pagar para financiarla”. En este sentido, para seguir haciendo rodar la rueda de la innovación, “se necesitan incentivos a la innovación, pero también precios bajos para que estas innovaciones puedan entrar en el mercado, lo que supone un alto grado de incertidumbre”.

Retos por avanzar

Recalcando la problemática actual respecto a la fijación de precios de los fármacos,



Manuel García Goñi insistía igualmente en que si bien los medicamentos se deben aprobar por las agencias internacionales, hay que entender que la metodología de aprobación de precios es un proceso diferente. Dando una perspectiva internacional, insistía en que en esa fijación de precios es un proceso global, puesto que el precio que se establece en un país

depende también de las negociaciones a las que se haya llegado en los países del entorno. Esta es una de las causas por la que la fijación de precios se convierte en

un proceso tan opaco. “Nadie quiere bajar el precio de manera oficial”, insistía el experto en Economía,

“por eso los precios fijados difieren de los precios financiados, los descuentos aplicados quedan como información confidencial, y es dentro de esos descuentos donde están los acuerdos de riesgo compartido”.

Los acuerdos de riesgo compartido facilitan el acceso al mercado de los nuevos medicamentos que, por su alto coste, impacto presupuestario o incertidumbre sobre coste-efectividad, no entrarían

Aportando otra perspectiva, Héctor

Jausás, socio de Jausás Legal, aclaraba que los acuerdos de riesgo compartido pueden dividirse en diferentes categorías. Por una parte estarían aquellos acuerdos



basados en resultados económicos, como serían los acuerdos de precio volumen; los acuerdos de retorno o *payback*; los acuerdos de acceso a pacientes o los acuerdos de techo máximo. Otra posibilidad es realizar acuerdos basándose en los resultados clínicos, o en los resultados económicos-clínicos.

Respecto a las principales objeciones que suelen realizar-

se sobre los mismos, y en mención a lo ya explicado por García Goñi, Jausás destaca que “el sector se queja de la falta de

Los medicamentos que son susceptibles a un acuerdo de riesgo compartido son precisamente las innovaciones que están dirigidas a una patología grave o huérfana o, por ejemplo, los que están dirigidos a una necesidad clínica no cubierta

transparencia, porque nadie puede saber nada de los mismos, y resulta difícil saber entonces las reglas del juego”. Por otra parte, también se plantean otro tipo de dudas, como cuál debe ser la duración de los mismos que, según Jausás, debería ser corta para permitir la entrada de competidores. Teniendo esto en cuenta, el experto concluía que los acuerdos

de riesgo compartido son legales en todas sus modalidades, pero que es un buen momento para regularlos un poco más,

seguramente, centrándose en aclarar el procedimiento y las condiciones.

Situación actual de los acuerdos de techo compartido

De esta forma, queda claro que los acuerdos de riesgo compartido facilitan el acceso al mercado de los nuevos medicamentos que, por su alto coste, impacto presupuestario o incertidumbre sobre coste-efectividad, no entrarían. Si bien, aunque hasta ahora no se ha convertido en una práctica generalizada, sí parece que la evaluación comienza a ser positiva, ya que se está incrementando su uso en los distintos países. ¿Pero qué pasa en España?

Inciendiando en la situación actual de los acuerdos de riesgo compartido, Carmen del Castillo, jefa de área de la Subdirección General de Calidad y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, explicaba que estos acuerdos se crean según diferentes aspectos, como son los costes sanitarios, la disminución de la incidencia, el coste efectividad de los fármacos o la satisfacción del paciente, “y dentro de estos acuerdos también están los llamados acuerdos de techo máximo”.

Así, la representante ministerial explicaba que actualmente el procedimiento para la financiación pública de cualquier medicamento incluye nuevas matizaciones que tener en cuenta de cara a los acuerdos de riesgo compartido. Así, ya no solo se mira la gravedad y duración de las patologías, sino también sus secuelas y, además de observar el valor terapéutico y social del medicamento, también se considera el beneficio incremental, teniendo en cuenta su coste efectividad. Igualmente, han pasado a valorarse otras cuestiones como el impacto presupuestario o la existencia de otras alternativas terapéuticas para esas mismas afecciones.

Sin embargo, aún hay que manejar algunas incertidumbres respecto a los propios fármacos, como, por ejemplo, el hecho de que los estudios clínicos muchas veces



REPORTAJE

Los acuerdos de riesgo compartido llegan para quedarse

son comparados con placebo y no con otros fármacos, que son a corto plazo y que los resultados pueden variar cuando se extiende a un mayor número de pacientes, cuestión que también varía las cifras del impacto presupuestario.

Todo ello, según la experta “se traduce en riesgos, como que los medicamentos puedan fallar y no cumplir los beneficios clínicos deseados, que el gasto en medicamentos sea mayor de lo previsto o que el medicamento pueda prescribirse a un mayor número de pacientes o a grupos de pacientes fuera de la indicación autorizada”.

Teniendo en cuenta todas estas variables, los medicamentos que son susceptibles a un acuerdo de riesgo compartido son precisamente las innovaciones que están dirigidas a una patología grave o huérfana o, por ejemplo, los que están dirigidos a una necesidad clínica no cubierta, cuya predicción de respuesta clínica es incierta o conlleva dificultades para evaluar su relación coste/beneficios.

En ocasiones, este tipo de acuerdos, como fue el caso de la Hepatitis C, también pueden estar relacionados con una demanda política y social, principalmente en áreas como la Oncología, las enfermedades raras o las crónicas y progresivas. Además, suelen ser tratamientos que han sido aprobados rápidamente, por lo que la transferibilidad de los resultados de los ensayos clínicos a la práctica habitual es también incierta y esto hace difícil juzgar el valor terapéutico que aportan. Estos productos, además, suelen tener un impacto presupuestario elevado.

Medicamentos ya financiados

Sin embargo, parece que este modelo

abre muchas más vías, y es que no solo los nuevos fármacos son susceptibles a un acuerdo de riesgo compartido. Tal y como exponía en este foro Carmen del Castillo, también habría que valorar aquellos fármacos que ya estuvieran financiados y cuyas condiciones técnicas, econó-

micas, sanitarias o de utilidad terapéutica hubiesen cambiado respecto al momento de su inclusión en la prestación. Así, se podría establecer un acuerdo de revisión de precio en función del volumen de ventas efectivas, del gasto ocasionado respecto del previsto, de la variación respecto al número de pacientes, de nuevas indicaciones aprobadas o de los precios vigentes en los países del conjunto de la Unión Europea.

En este sentido, Carmen del Castillo, de la Subdirección General de Calidad y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, explicaba que la tendencia es aplicar estos acuerdos no solo a los nuevos medicamentos, “sino que también son aplicables a aquellos fármacos financiados, cuyas condiciones técnicas, económicas o sanitarias hayan variado”. Así, en el próximo Real Decreto de precios y financiación se prevé incluir esta opción para aquellos acuerdos de revisión de precio en función del volumen de ventas efectivas respecto del previsto inicialmente, el gasto ocasionado respecto del previsto, la variación del número de pacientes al que va dirigido, etc. En este sentido, Héctor Jausás, de Jausás Legal, recordaba que no hay ningún impedimento legal para aplicar acuerdos de riesgo

compartido a fármacos que ya están financiados, por lo que parece una opción de futuro.

Así, desde FUINSA se mostraban de acuerdo con esta alternativa, ya que Antón Herreros, director general de FUINSA afirmaba “los acuerdos innovadores pueden aplicarse a medicamentos que ya estuvieran financiados”, añadiendo que “la Comisión Nacional del Mercado de la Competencia (CNMV) podría tener mucho que decir en este tipo de contrato”.

Condiciones generales de los acuerdos adoptados

Si bien todas estas opciones de futuro quedan aún un poco difusas, para tener una perspectiva más clara, es necesario analizar cuáles han sido las condiciones de los acuerdos que ya se han cerrado estos últimos años. Desde el Ministerio de Sanidad se explicaba que estos acuerdos son de aplicación en todo el SNS, incluyendo las mutualidades (MUFACE; MUGEJU e ISFIS-FAS) y la Sanidad Penitenciaria. El periodo de tiempo de validez debe de ser establecido, teniendo por norma general un horizonte temporal de 1, 2 o 3 años. Igualmente se fija un precio de venta al laboratorio (PVL) máximo y notificado, en su caso.

En la realización del acuerdo, debe existir un documento anexo a la resolución, explicitando además los términos y condiciones a aceptar por la compañía, donde existe la posibilidad de definir el número de envases o paquetes con cargo al Sistema Nacional de Salud. Igualmente, existe el compromiso del laboratorio de hacerse cargo del suministro superado por el número de envases o techo de gasto financiado por el SNS. Asimismo, se incluyen los costes añadidos a cargo de la empresa.

Farmaindustria avanza que están trabajando en nuevos indicadores que permitan medir los resultados de estos nuevos fármacos, pero también su igualdad de acceso en las CC.AA.

compartido a fármacos que ya están financiados, por lo que parece una opción de futuro.

Entre 2014 y 2015 se realizaron un total de 11 acuerdos de techo máximo de gasto, en áreas como la hepatitis C o el cáncer de próstata



Bajo estos parámetros, entre 2014 y 2015 se realizaron un total de 11 acuerdos de techo máximo de gasto, en áreas como la hepatitis C, el cáncer de mama metastásico, el cáncer de próstata, la fibrosis pulmonar idiopática, la fibrosis quística, entre otros.

Excesiva evaluación por parte de las CC.AA.

Dando otra perspectiva, en el contexto de del XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Álvaro Hidalgo, economista de la Universidad de Castilla La Mancha, analizaba las repercusiones de la crisis en los presupuestos sanitarios de toda Europa, señalando que si bien no ha decrecido tanto el gasto sanitario, sí que lo ha hecho el gasto farmacéutico.

Concentrándose en el caso español, Hidalgo señalaba que lo más llamativo es que “se ha producido una reducción del gasto sanitario per cápita en términos reales, cosa que no ha sucedido en otros países de la OCDE”, cifrando este descenso en un 1,7 por ciento por año desde el comienzo de la crisis. Sin embargo, el experto puntualizaba que uno de los datos más preocupantes en este sentido era que “la diferencia entre la CC.AA. con mayor presupuesto y la que menos ha aumentado”. Así, si en 2007 la diferencia entre Valencia, que era la autonomía con menor gasto per cápita y País Vasco, que era la que más, era de cerca de 300 euros, actualmente, la diferencia entre País Vasco que sigue en primera posición, con respecto a Andalucía, que es la que ocupa actualmente el último lugar, es de 500 euros, es decir

“casi un 50 por ciento de diferencia entre una y otra”.

Siendo así, el economista insistía en la importancia de “la eficiencia y la equidad del sistema”, que también podía verse rota por lo que consideraba una posible “sobreevaluación de los fármacos a nivel autonómico”. Y es que, según sus datos, analizando el caso de 19 fármacos de uso hospitalario, se habían producido para los mismos un total de 113 evaluaciones a nivel autonómico y hospitalario. Estas evaluaciones, por supuesto, también son claves a la hora de generar accesos a la innovación y a la hora de cerrar acuerdos de riesgo compartido.

Sobre la cuestión autonómica, el experto en derecho sanitario, Héctor Jausás, explicaba que, aunque han proliferado



REPORTAJE

Los acuerdos de riesgo compartido llegan para quedarse

también acuerdos a nivel de las propias CC.AA., “desde el punto de vista legal están mucho más acotados, para no quebrar el principio básico de igualdad de acceso de todos los españoles, que es un límite muy importante”. Sin embargo se da la paradoja de que sí que existen acuerdos de riesgo compartido a nivel hospitalario.

En referencia a estos acuerdos, Guillermo de Juan Echavarri, director de Relaciones Institucionales de AstraZeneca, hacía especial hincapié en el reclamo de que “actualmente hay más acuerdos a nivel local y deberíamos trabajar por un marco mucho más nacional”. Por otra parte, Echavarri también destacaba que a la hora de evaluar los resultados del medicamento que se financia por este método, debería tenerse en cuenta la variabilidad clínica y los problemas o no de adherencia de los pacientes.

La opinión de la Industria

Por su parte, Humberto Arnés, director general de Farmaindustria, explicaba a EL MÉDICO que desde la Industria Farmacéutica se entiende que los acuerdos de riesgo compartido “son un mecanismo adecuado para encontrar soluciones a la financiación de los nuevos fármacos, ya que algunos de ellos representan un coste inmediato elevado, pero a medio, largo plazo supondrán ahorros muy importantes para el sistema”. Así, su conclusión es que “cualquier fórmula que permita atender ese acceso rápido de los nuevos medicamentos y que no se resienta el SNS es bienvenida”.

Resaltando además el hecho de que estos acuerdos se basan en la voluntariedad de ambas partes, y en dar valor

al propio medicamento, explicaba que en realidad “el gran reto que tenemos todos, Administración, profesionales e Industria, es el poder tener un conocimiento muy exacto de los resultados que con el tiempo y con el uso un medicamento puede dar en términos de salud”. En este sentido el experto aseguraba que “es algo que ya se está traba-

jando desde todos los ámbitos, porque es un elemento de preocupación muy importante y, probablemente, así como la palabra valor todavía sigue siendo un componente fundamental en el medicamento, la palabra resultados se va a convertir, sin duda, en el factor clave en relación a la política del medicamento de los próximos años”.

De hecho, en esta misma línea, durante el XII Seminario de Industria Farmacéutica y los medios de comunicación, Arnés apuntaba a que los grandes avances en el sector hacían prever “una avalancha de nuevos medicamentos que van a tener que entrar en los sistemas públicos de reembolso, y que provocarán tensiones financieras a corto plazo, si no los consideramos una inversión”. Para poder evaluar correctamente los mismos, desde Farmaindustria se avanzaba que están trabajando en nuevos indicadores que permitan medir los resultados de estos fármacos, pero también su igualdad de acceso en las CC.AA., y es que como comentaba Javier Urzay, subdirector general de Farmaindustria, “ni la Industria, ni la Administración han prestado la atención necesaria a medir los resultados que se obtiene”, por ello se está trabajando en esta línea, porque “la necesidad de medir los resultados es un imperativo tanto de la Industria Farmacéutica como del SNS”.

Diferencias de los acuerdos según las áreas

Por su parte, Miguel Ángel Calleja, vicepresidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, exponía las experiencias en la implantación de acuerdos de riesgo compartido en áreas como la Oncología, Hematología y Reumatología, destacando las ventajas de la aplicación de los modelos clínicos, es decir, el pago por resultados. Calleja afirmaba que estos acuerdos “son aplicables a todos los fármacos, no solo a los nuevos, pero uno de los criterios de selección es la incertidumbre clínica y presupuestaria y, lógicamente, ambas son mayores en los fármacos nuevos”.

Finalizaba las exposiciones, Noa Laguna, inspectora de Competencia e Instructora en la Dirección General de la Competencia de la Comisión Europea, quien, desde su experiencia, concluía que “el sistema de compras con acuerdos de riesgo compartido, que ha entrado en el mercado en los últimos años, sin la existencia de una regulación específica, establece desde el ámbito de defensa de la competencia la necesidad de mantener unas buenas prácticas por parte de las empresas que asuman en su autoevaluación si sus cláusulas son procompetitivas o anticompetitivas, y si se ajustan a la doctrina y los precedentes existentes en materia de competencia” ■

Fuentes

1. Jornada FUINSA “Expectativas y Futuro de los Acuerdos de Riesgo Compartido”
2. XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
3. XII Seminario de Industria Farmacéutica y los medios de comunicación
4. Entrevista Humberto Arnés

BÚSQUEDA DE **CURSO ONLINE** INFORMACIÓN BIOMÉDICA EN INTERNET PARA

Inscripción
abierta



ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA

<http://cursos.gruposaned.com/bibcardio>





La
burocracia
de los
estudios
posautorización
será más sencilla

Manel Rabanal Tornero

Presidente del Comité de Coordinación
de Estudios Posautorización (CEPA) de la Agencia Española
de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Texto | Eva Fariña

Fotos | CEPA



ENTREVISTA

Manel Rabanal Tornero

“La burocracia de los estudios posautorización será más sencilla”

El Comité de Coordinación de Estudios Posautorización (CEPA) establece procedimientos para la coordinación de criterios en materia de estudios posautorización para la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y las comunidades autónomas. Entre sus funciones, destaca el asesoramiento a las diferentes administraciones sobre estudios posautorización cuando así lo requieran. Su máximo responsable, Manel Rabanal Tornero, ha avanzado que el RD de ensayos clínicos que ha aprobado el Ministerio de Sanidad “simplificará la documentación que entregar, los criterios de evaluación y los tiempos de resolución”. Además, desde el CEPA se promoverá la telematización total del proceso administrativo y la evaluación coordinada.

¿Cómo valora estos primeros meses al frente del CEPA?

Los valoro de forma muy positiva y también frenética. La presidencia ha coincidido en el tiempo con la publicación del nuevo Real Decreto sobre ensayos clínicos, y estamos ante un reto muy importante como es el de impulsar y facilitar la elaboración de estudios posautorización en España. Creo que entre todas las comunidades autónomas y la Agencia Española del Medicamento podremos ir adoptando acuerdos y medidas para facilitar este impulso. Nos esperan dos años de arduo trabajo que asumo con muchísima ilusión y responsabilidad.

¿Cuáles son las funciones principales del comité?

La distribución de competencias en materias de ordenación y ejecución de la legislación farmacéutica supuso la creación de diversas estructuras responsables de la evaluación y la autorización de ejecución de los estudios posautorización en las distintas administraciones sanitarias. Asimismo, la experiencia adquirida a lo largo de estos años demuestra la necesi-

dad de establecer criterios y requerimientos comunes para la autorización de la realización de estudios posautorización en las distintas comunidades autónomas.

Estas consideraciones exigen una armonización de actividades, procedimientos y criterios entre las distintas administraciones con el objetivo de establecer medios uniformes de actuación, y garantizar unas exigencias y unos sistemas de evaluación homogéneos, independientemente de las estructuras responsables que intervengan. Por ello, las funciones de este comité van encaminadas a armonizar las pautas y los procedimientos de actuación, y establecer unos criterios únicos para la evaluación de los estudios posautorización.

¿Qué relación y tipo de dependencia tiene con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios?

El Real Decreto 1344/2007 de Farmacovigilancia instaba a la constitución de un Co-

mité de Coordinación de Estudios Posautorización y formo parte del CEPA desde su creación, en representación de Cataluña, con lo cual mi relación con la Agencia Española respecto a los estudios posautorización viene de lejos. Además, la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria, de la que formo parte, mantiene una relación fluida con la Agencia Española en otros ámbitos sanitarios como la farmacovigilancia o la inspección.

¿Qué pautas y procedimientos son necesarios para la ‘armonización’ de las actuaciones en materia de estudios posautorización de medicamentos?

Aunque cada tipo de estudio posautorización tiene sus propias características, a modo de resumen centraría la armonización en tres áreas de trabajo. En primer lugar, la simplificación administrativa para el promotor del estudio. En la actualidad existe disparidad de documentación que aportar a las distintas autoridades sanitarias para llevar a cabo un estudio posautorización y ya se está trabajando para solucionar este asunto definitivamente. En segundo lugar, se deben armonizar las posibles discrepancias entre los criterios de resolución de

El nuevo RD incorpora la figura del ensayo clínico de bajo riesgo para promover los estudios que proceden del investigador independiente

un estudio mediante la evaluación conjunta y coordinada de los estudios posautorización por parte de todas las CC.AA. implicadas. En tercer lugar, y para facilitar la consecución de las dos

premisas anteriores, se debe implantar un sistema informático que no solo nos permita compartir toda la información entre las CC.AA. y la AEMPS, como el que tenemos en la actualidad, sino que permita intercambiar información y do-

cumentación directamente con el promotor del estudio.

¿De qué manera el comité establece procedimientos simplificados para facilitar la realización de estudios promovidos por las administraciones sanitarias o financiados con fondos públicos?

Los estudios promovidos por las administraciones sanitarias o financiados por fondos públicos, los llamados EPA-AS, se

evalúan de forma coordinada entre los representantes de las CC.AA. que forman parte del Comité de Coordinación. De esta forma, las comunidades autónomas se ponen de acuerdo para emitir un veredicto único

que se constituye de un informe preceptivo para la Agencia Española que, finalmente, emite el dictamen. Ello facilita que este tipo de estudios se evalúen en un plazo de tiempo muy inferior a los estudios prospectivos. La experiencia ha resultado muy positiva.

¿En qué consiste la función de asesorar a las administraciones respecto a los estudios posautorización?

El comité se reúne periódicamente para tratar asuntos que las propias administraciones han trasladado al comité para que este se posiciona. Así mismo, el propio comité expone asuntos en los que ha detectado que puedan existir discrepancias de criterio entre las distintas administraciones para que se unifique dicho criterio.

¿Qué novedades destaca del RD de ensayos clínicos que ha aprobado el Ministerio de Sanidad?

En relación a los estudios posautorización, el nuevo Real Decreto apuesta por una mayor armonización en los procesos

de evaluación, un registro único de estudios de investigación con medicamentos, así como la creación de los CEIm para la evaluación de dichos estudios de investigación con medicamentos. A nivel más técnico, destacaría la incorporación de la figura del ensayo clínico de bajo riesgo y la intención de promover la investigación independiente, que establece diferencias entre aquellos estudios que puedan tener un interés comercial de los que procedan del investigador independiente.

Durante mi mandato me gustaría establecer una relación sólida con los comités éticos para trabajar en un modelo de contrato único y consensado para los estudios posautorización

normativa nos permitirá simplificar la carga burocrática de los estudios posautorización al armonizar la documentación que entregar, los criterios de evaluación y los tiempos de resolución. Para conseguir este objetivo, estamos trabajando en telematizar todo el proceso que, sin duda, nos va a suponer una gran ventaja para conseguir estos objetivos. Por ejemplo, en el momento en que el promotor entregue la documentación de un estudio posautorización a la Agencia Española para la clasificación del estudio, dicha documentación no será necesaria entregarla a las CC.AA., sino

que estas dispondrán de la documentación desde el momento en que la Agencia confirme la clasificación.

Si los estudios posautorización de seguimiento prospectivo se evalúan de

manera coordinada y la resolución corresponde a las CC.AA., ¿todas ellas se pondrán de acuerdo para resolver en el mismo sentido?, ¿podrán emitir resoluciones contrarias positivas o negativas?

Cuando la evaluación sea coordinada, efectivamente todas las comunidades autónomas resolverán en el mismo sentido. Únicamente podrán argumentar una resolución contraria cuando, por un aspecto local, la realización de este estudio posautorización no sea pertinente. Por ejemplo, supongamos que una prueba médica está incluida en la cartera de servicios de una comunidad, pero no de otra. La autonomía que no contempla dicha prueba en su cartera de servicios podría emitir una resolución negativa, pero únicamente por aspectos de pertenencia, no por criterios técnicos del protocolo.

¿Qué otras cuestiones atañen al CEPA? ¿Hay alguna iniciativa que se vaya a poner en marcha durante su mandato?

Nuestro principal objetivo es impulsar la realización de estudios posautorización en España, es decir, que seamos un país competitivo y atractivo para la realización de este tipo de estudios. Para ello, hemos de simplificar la problemática existente para la realización de estos estudios. La simplificación administrativa, la telematización total del proceso administrativo y la evaluación coordinada serán nuestros grandes pilares. Así mismo, como deseo personal, me gustaría

Nuestro principal objetivo es impulsar la realización de estudios posautorización en España, es decir, que seamos un país competitivo y atractivo para la realización de este tipo de estudios

que durante mi mandato podamos establecer una relación sólida con los comités éticos para poder trabajar conjuntamente en un futuro en aspectos tan importantes como un modelo de contrato único y consensado para los estudios posautorización ■





Queremos que las compañías
internacionales
inviertan
más en
investigación
en España

Pedro Jaén

Presidente de la Academia Española de Dermatología
y Venereología (AEDV)

Texto y fotos | Eva Fariña



“Queremos que las compañías internacionales inviertan más en investigación en España”

Las principales novedades de la actual Junta Directiva de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) se centran en el ámbito de la formación y la investigación. Por un lado, está poniendo en marcha una plataforma de contenidos *online* y una biblioteca virtual a las que pueden acceder todos los socios, y, por otro, está diseñando un mapa de unidades de investigación, para favorecer la inversión extranjera. Su presidente, Pedro Jaén, jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, considera que la Dermatología española tiene un gran nivel, especialmente en Cirugía dermatológica, Dermatopatología, el diagnóstico de melanoma, la alergia de contacto y la Dermatología pediátrica y estética.

¿Qué balance hace de su trayectoria como presidente de la AEDV?

La Academia tiene dos objetivos fundamentales; uno de ellos va dirigido a nues-

tros propios socios, los dermatólogos, y se refiere al trabajo que podemos hacer para facilitar su ejercicio profesional y la formación especializada. Hemos apostado por un plan formativo de la especialidad,

e intentar cubrir todas las áreas en las que el dermatólogo quiere una formación continuada. Nuestra idea es que todo dermatólogo pueda tener acceso a esa formación continuada, y para ello hemos puesto en marcha una plataforma formativa *online* en la que se van incorporando actividades de formación continuada.

¿Cómo funciona esta plataforma?

Se van seleccionando congresos por medio de una comisión, al frente de la cual está uno de los vicepresidentes de la Academia, responsable del área de formación e investigación. Queremos que toda la formación académica esté a disposición de todos los académicos. Si hay una acti-

vidad presencial, buscamos lo que pueda tener de interés y lo ponemos a disposición de todos los académicos de forma gratuita. Se trata de una novedad respecto a lo que teníamos previamente, y los académicos lo están valorando de forma muy positiva.

También disponen de una biblioteca virtual.

Sí, cualquier académico tiene acceso a nuestra biblioteca virtual, que dispone de más fondos bibliográficos que

los de cualquier sociedad científica, así que ofrece herramientas al dermatólogo para que se siga formando, independientemente de que sigamos organizando actividades formativas presenciales o los congresos. En todos los grupos de trabajo se realiza actividad formativa durante todos los fines de semana.

También intentan ofrecer información de los congresos.

En los congresos importantes, un experto hace una selección diaria y se elabora un resumen de lo que se trata cada día. Los socios pueden acceder a esta información en el momento en que está teniendo lugar ese congreso. Así lo hemos hecho en el Congreso Mundial, en el Congreso de la Academia Americana de Dermatología, en el Congreso de la Academia Europea de Dermatología y en algunos otros especialmente destacados.

¿Qué nivel tiene la especialidad en España?

En el aspecto formativo, la Dermatología española tiene un importante papel dentro del contexto internacional, y también la queremos poner en valor internacionalmente. Hacemos los resúmenes en inglés, y los ponemos a disposición de otras sociedades científicas, lo que da visibilidad a la Dermatología española. En cuanto a

la Cirugía Dermatológica española, posiblemente tiene el nivel más alto del mundo. La Dermatopatología o estudio de las biopsias de piel también alcanza un alto grado a nivel mundial. Además, estamos en primera línea en cuanto al diagnóstico de melanoma, la alergia de contacto y Dermatología pediátrica y estética.

Y, ¿cómo es el nivel en Atención Primaria?, ¿está el paciente bien derivado?, ¿tiene buena formación el médico de AP?

La Dermatología es una especialidad muy difícil, quizá la que resulta más complicada para el médico de Primaria. Se trata de una enfermedad de diagnóstico por imagen, y la curva de aprendizaje es larga. El diagnóstico dermatológico es muy difícil, lo tiene que hacer un dermatólogo, porque requiere un aprendizaje de años. El médico de AP es imposible que adquiera todo el aprendizaje de diagnóstico, solo los procesos comunes, frecuentes y muy concretos. Es difícil delimitar el número de derivaciones para el diagnóstico. Cuando un médico de Primaria tiene dudas dermatológicas, es mucho más sencillo que el paciente sea remitido al dermatólogo que hacer exploraciones complementarias. En Dermatología se ahorra mucho tiempo si el dermatólogo ve al paciente, en lugar de que se haga en Primaria una biopsia de piel. Sin embargo, el facultativo de AP sí puede tener conocimiento suficiente para realizar el seguimiento terapéutico.

¿Y en el ámbito de la investigación?

Uno de los nuevos proyectos es de asesoramiento a nuestros socios, queremos

que la propia sociedad científica asesore a los dermatólogos que tengan proyectos de investigación; para ello, tenemos a un epidemiólogo que trabaja con nosotros a tiempo completo. También estamos realizando proyectos de investigación desde la propia AEDV, y uno de ellos será el Libro Blanco del Cáncer de Piel en España. Hasta ahora no teníamos datos, y ya se están publicando resultados, dirigidos desde la propia unidad de investigación de la Academia, formada por expertos de todo el territorio nacional.

¿Qué objetivos tiene este Libro Blanco?

Queremos conocer cuál es la epidemiología del cáncer de piel y qué tratamiento está siguiendo cada paciente, porque nos interesaba ver la equidad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de esta patología en España. Por otro lado, estamos recogiendo datos respecto a la prevalencia, y presentaremos las conclusiones en una rueda de prensa, como parte de la Campaña del Cáncer Cutáneo que impulsa la AEDV. También estamos interesados en elaborar el mapa de investigación dermatológica en España, porque creemos que somos un país que consume muchos recursos sanitarios y farmacológicos, mientras que el esfuerzo en Derma-

tología por parte de las multinacionales no es suficiente. Nosotros podemos colaborar con este mapa que informe en dónde se puede hacer investigación en Dermatología en España. Queremos que las autoridades sanitarias nos ayu-

den para facilitar los trámites, de tal forma que las compañías internacionales inviertan más en investigación en nuestro país.

¿Qué plazo de conclusión tiene este mapa?

Posiblemente la cirugía dermatológica española tiene el nivel más alto del mundo

El médico de AP no puede adquirir todo el aprendizaje de diagnóstico, pero sí puede tener conocimiento suficiente para realizar el seguimiento terapéutico



ENTREVISTA Pedro Jaén

Tendremos disponible el mapa de investigación a lo largo de 2016. Así sabremos qué capacidad tenemos para hacer estudios epidemiológicos, clínicos y básicos en los servicios de Dermatología de nuestro país. Como especialidad, nos podemos comparar con cualquier país europeo, y en determinados aspectos estamos por encima. Otros países que son más pequeños quizá no tienen tanto talento, pero a veces los cuarteles generales de las compañías multinacionales están en otros países, y entonces es más sencillo. La idea es dar visibilidad a la calidad de la Dermatología española y al nivel de investigación que hacemos en España. Publicamos mucho en revistas internacionales de Dermatología, y es algo que quizá no se conoce demasiado.

¿Qué otros proyectos se pondrán en marcha?

Estamos realizando unas guías de manejo de patologías, por el interés que tiene la especialidad para el paciente. La idea es establecer un plan anual de las guías y consensos que la sociedad científica quiere abordar, ya sea para estandarizar procedimientos, los criterios de diagnóstico para el profesional, las prioridades en función de la gravedad y la prevalencia de la calidad de vida de los pacientes.

¿En qué consiste el portal Piel Sana?

Es un proyecto que hemos presentado hace poco tiempo. Piel Sana ofrece información avalada por nuestra sociedad científica para el paciente o el médico que quiera conocer mejor las enfermedades de la piel. A veces en Google nos perdemos, así que desde la AEDV estamos realizando este trabajo dirigido al paciente, en colaboración con asociacio-

nes de pacientes que tienen más o menos recursos o visibilidad. Nos gustaría que la Fundación Piel Sana de la Academia fuera el lugar de encuentro de las asociaciones de pacientes, y, de hecho, hemos puesto nuestros recursos a su disposición.

Cuando un médico de Primaria tiene dudas dermatológicas, es mucho más sencillo que el paciente sea remitido al dermatólogo que hacer exploraciones complementarias

ning de cáncer de piel de forma gratuita durante una semana al año. El número de dermatólogos que se ofrece de forma voluntaria a hacer este trabajo es cada vez mayor. Ahora estamos dando un paso más, porque creemos que la educación es importante, y hemos comenzado a dar charlas formativas en centros educativos, universidades y colegios. Los educadores deben tener la formación necesaria para que la puedan transmitir a los alumnos. Por otra parte, hemos empezado a trabajar con los ayuntamientos, y ya hemos nombrado algunas ciudades 'dermosaludables', como Las Palmas de Gran Canaria, que ha sido la primera. Consiguen este título las ciudades que cumplen ciertos criterios de formación y de educación de salud de la piel. En la misma línea, estamos nombrando 'empresas dermosaludables' y 'colegios dermosaludables' a aquellos que cumplen ciertos criterios y velan por la salud de las personas que trabajan o estudian en ellos.

¿Cómo es la situación actual en los colegios, por ejemplo?

También siguen haciendo campañas de prevención.

La campaña más importante es la del Euromelanoma, en la que ofrecemos a los ciudadanos una *screa-*

Nos gustaría que la Fundación Piel Sana de la Academia fuera el lugar de encuentro de las asociaciones de pacientes. Hemos puesto nuestros recursos a su disposición

Sabemos que los niños salen al recreo sin protección ni gorra, y pretendemos que se les enseñe a que tienen que salir con su fotoprotector. Los colegios deben enseñarles cómo aplicárselo y, en definitiva, tienen que ofrecer una serie de medidas de prevención y de educación.

¿Cómo es la relación entre el dermatólogo y otros especialistas, como los oncólogos, por ejemplo?

Se tiende a hacer unidades multidisciplinarias, de tal forma que el paciente no se mueva. Cuando es necesario, colaboramos de forma estrecha en el diagnóstico y en el tratamiento del paciente hospitalizado con patología cutánea infecciosa. En consultas externas, también trabajamos de forma muy cercana con otros especialistas, como los oncólogos, sobre todo cuando se produce afectación cutánea por el uso de los fármacos. Normalmente, en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel el círculo lo cerramos nosotros, salvo cuando hay una afectación sistémica, y, en este caso, colaboramos con Oncología, como ocurre en el caso del melanoma. Tenemos protocolos de actuación comunes para tratar el cáncer cutáneo, así como los efectos secundarios de la quimioterapia. Colaboramos también, de forma específica, tanto con Oncología como Hemato-

logía, así como en el caso de pacientes que están ingresados por otros procesos y tienen problemas cutáneos derivados de la patología o, la mayor parte de las veces, de la medicación.

Aparte de Academia de Dermatología, también lo es de Venereología. ¿Qué novedades hay en este ámbito?

En el terreno de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), en breve se presentará un tratamiento farmacológico

co para las personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH. Si alguien ha mantenido una relación de riesgo, dispone ya de una pauta terapéutica para minimizar las posibilidades de contagio del virus. Hay un cierto consenso internacional en su difusión, porque es más importante evitar el contagio. Estamos estudiando ya cómo plantear el debate para que el sistema sanitario incluya esta medicación. Es cierto que en los últimos años se ha bajado la guardia en este sentido, porque el miedo del VIH como enfermedad mortal ha bajado a crónica. Por ello, se ha producido un auge de otras ETS, porque las relaciones sexuales sin protección o de riesgo han aumentado en los últimos años.

Para tratar estos temas, ¿cómo es su relación con las Administraciones Públicas?

Tenemos una relación muy directa con la Agencia Española del Medicamento en dos sentidos. Por una parte, nos ponemos en contacto con la Agencia cuando, por ejemplo, encontramos que hay medicamentos que desaparecen, o hay un desabastecimiento, un vacío terapéutico. Por otro lado, la Agencia nos pide asesoría de forma frecuente. En definitiva, tenemos una relación muy fluida.

En cuanto a los medicamentos biosimilares y la Medicina individualizada, ¿cómo se desarrolla en su especialidad?

Se está tendiendo a la Medicina personalizada, a identificar qué pacientes van a responder o no a determinados medicamentos y a que los fármacos vayan dirigidos cada vez más a la enfermedad en concreto y a los respondedores de esa enfermedad. De esta forma,



nos evitamos tratamientos innecesarios y efectos secundarios. Esa es la tendencia, y todavía estamos en el inicio. Hay diversos proyectos de investigación. En determinados tumores, identificamos si tienen o no una mutación, y si son susceptibles de ser tratados con determinado fármaco para reducir su tamaño y hacerlos operables, o para mantenerlo. Otros tumores no tienen determinada mutación y no son objeto de tratamien-

to. También en enfermedades inflamatorias se está trabajando e investigando en la predicción de respuesta a determinados fármacos. Los proyectos de investigación se desarrollan desde hace pocos años, y veremos resultados en el futuro próximo.

Entre sus propuestas, también está negociar un seguro de responsabilidad, ¿en qué consistiría?, ¿ya lo está poniendo en marcha?

Nosotros hemos buscado y hemos informado a todos los dermatólogos respecto a qué seguro les da cobertura al cien por cien de su actividad. Nuestra especialidad tiene una cartera de servicios médica, quirúrgica y estética, y a veces el dermatólogo tenía dudas sobre las coberturas de su propia póliza en estas distintas actividades. Lo que queríamos era encontrar una póliza que cubriera toda la cartera de servicios en Dermatología clínica, quirúrgica y estética. Hemos conseguido la información, pero no somos mediadores. Como Academia no hemos contratado ese seguro, sino que informamos a los asociados. Nuestros socios tienen su seguro de responsabilidad civil que les cubre si hacen Dermatología clínica, y nos hemos ocupado en buscar ese seguro que cubre toda la cartera de servicios aprobada por la Asamblea de la Academia de Dermatología, que incluye procedimientos estéticos como la liposucción, la blefaroplastia estética, la otoplastia estética y procedimientos quirúrgicos como la cirugía del cáncer de piel.

Su especialidad no entra en la troncalidad. ¿Está satisfecho?

Los dermatólogos estamos fuera de la troncalidad, y creemos que así debe ser. En su momento hubo cierto conflicto, pero en la actualidad no es una especialidad troncal, porque la formación es corta, son cuatro años, y hay mucha formación específica de la especialidad ■



La
Unión Europea
es la responsable de las
muertes
en el Mediterráneo
con sus políticas de
contención
de
fronteras

Paula Farias

Jefa de Misión del Mediterráneo de Médicos Sin Fronteras

Texto | Ester Crespo

Fotos | MSF



La Unión Europea es la responsable de las muertes en el Mediterráneo con sus políticas de contención de fronteras

Tras la suspensión en 2014 de la operación *Mare Nostrum*, que tenía como misión el rescate de personas en el mar Mediterráneo, y su sustitución por la operación *Tritón*, de control de fronteras, Médicos Sin Fronteras (MSF) decidió crear un operativo de rescate de los miles de inmigrantes que viajan en patera hacia Italia. Un operativo mediante el que han asistido a más de 23.000 personas durante 2015. Paula Farias, médica y coordinadora del proyecto, considera inaceptable esta decisión europea de que la búsqueda y el rescate no sea una prioridad, y señala que desde MSF reclaman que se establezcan vías legales y seguras para que la gente cruce el Mediterráneo.

¿En qué consiste su trabajo?

Soy la jefa de Misión del Mediterráneo para Médicos Sin Fronteras y contamos con el *Dignity I*, un barco de rescate, en el que hay un coordinador de proyecto, un equipo sanitario -un médico, una matrona y una enfermera-, una tripulación de MSF de once personas, un traductor, un logista y el *humanitarian affairs*, que recoge testimonios. Coordino las operaciones de rescate, coordino la actividad del barco con el resto de las secciones y coordino la información que produce el barco y para qué. Con el proyecto tenemos un objetivo doble, por un lado, de búsqueda, rescate y salvamento de personas

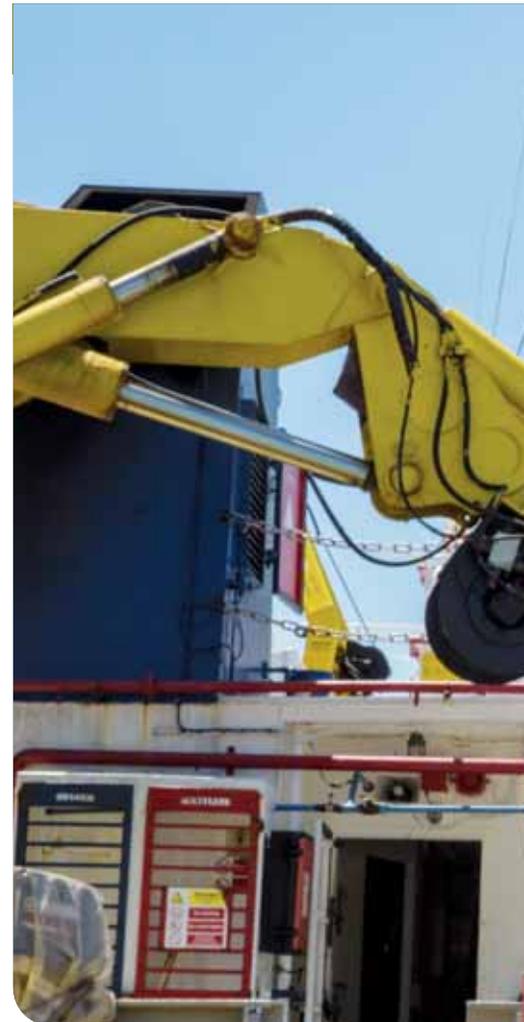
y, por otro, un objetivo de *advocacy*, que es denunciar lo que está ocurriendo, visibilizar el drama, separar los números de las personas, evitar que todo esto se convierta en una cuestión estadística y hacer una

serie de demandas concretas a la Unión Europea. Pedimos a la Unión Europea que vuelva a poner sobre la mesa la búsqueda y el rescate como una prioridad, que se recupere el espíritu de *Mare Nostrum* y se ponga una operación similar frente a la que hay ahora -que es *Tritón*, de control de fronteras-; que la gente cuando llegue a tierra tenga unas condiciones de acogida dignas y una posibilidad de acceder a su asilo y refugio. Los campos de refugiados que hay ahora mismo en Europa son vergonzosos. He estado en muchos campos de refugiados y lo que se ve en Europa probablemente no se vea en muchos campos de África y, si se viera en muchos lugares de África, estaríamos con las manos en la cabeza diciendo que son unos bárbaros. En Europa, los campos son indignos, e inaceptable lo que está ocurriendo. Una de las peticiones más importantes que hacemos es que se establezcan vías legales y seguras para que la gente cruce el Mediterráneo porque partimos de la base que el 80 por ciento de las personas que cruzaron el año pasado era gente con derecho a asilo y refugio, porque cumplían los requisitos o bien porque venían de países en conflicto o bien porque venían huyendo de persecuciones específicas. ¿Por qué permitimos que se jueguen la vida en el mar y no les damos una vía legal y segura para que lleguen a Europea? Lo que está pagando la gente por cruzar en una patera infecta es lo que les costaría diez billetes de avión Damasco-Roma.

Lo que está pagando la gente por cruzar en una patera infecta es lo que les costaría diez billetes de avión Damasco-Roma

¿Desde cuándo lleva en marcha la operación de rescate en el mediterráneo por parte de MSF?

En 2014, en noviembre, se suspendió *Mare Nostrum* y ahí empezamos a darle vueltas sobre qué iba a pasar con la operación *Tritón*, que no tiene un enfoque de búsqueda y rescate, sino un enfoque de



control de fronteras, cubriendo una franja de 20 millas de la costa italiana, dejando fuera toda la zona de rescate real que es 30 o 40 millas al norte de Libia, donde se ahoga todo el mundo. MSF planteó meterse a hacer búsqueda y rescate cuando está totalmente fuera de nuestra forma de hacer. Entendimos que era una crisis humanitaria, que toda esa gente con la que trabajamos en sus lugares de origen, apoyándoles en sus catástrofes naturales, en sus conflictos bélicos, en sus hambrunas, epidemias, etc., toda esa gente emigra y les acompañamos durante su tránsito, pero luego en su momento más difícil, que es el momento de cruzar el mar, se estaban ahogando y entendimos que teníamos que estar ahí también. Entendemos la búsqueda y el rescate como parte de la acción hu-



PERFIL

Licenciada en Medicina, Paula Farias fue marinera-médica a bordo de varias expediciones de Greenpeace entre 1998 y 2001. Desde 1999, pertenece a Médicos Sin Fronteras, de la que fue presidenta, y ha ejercido su labor en catástrofes y conflictos como la guerra de Kosovo o de Afganistán, el terremoto de Gujarat, en India, o las epidemias de fiebre amarilla en Venezuela en 2004. Fue en este año cuando publica "Déjate contar un cuento", donde recoge sus experiencias como colaboradora humanitaria. Al año siguiente, publica su primera novela, "Dejarse llover", en la que relata la historia de un miembro de una ONG en medio de una guerra en el centro de Europa, año en el que también se embarca en el documental "Invisibles". El cineasta Fernando León de Aranoa adapta al cine su novela y gana el premio Goya 2016 al mejor guión. En la actualidad, Paula trabaja en su próxima novela "Fantasmas azules", la historia de una mujer en Afganistán en la guerra de 2001.

manitaria. Estamos haciendo lo que hacemos siempre, que es asistir a la gente en un momento en el que su vida corre peligro, necesitan una asistencia, dignificarse como personas y que se ponga el objetivo en el ser humano y no en un objetivo de política global de control de fronteras o de control de las migraciones.

¿Cómo es un rescate por parte de MSF y qué profesionales participan? ¿Cómo localizáis a las personas que tratan de cruzar?

Patrullamos regularmente a 30-40 millas de Libia, que es más o menos la zona donde se producen casi todos los rescates. Trabajamos coordinados con los guardacostas italianos, que son los que reciben todos

los avisos. Ellos saben dónde estamos y dónde están los demás barcos de rescate, y cuando tienen un aviso de una patera, desde la coordinación de los guardacostas en Roma envían el aviso al barco más cercano y vas a rescatarlos. Esa es una forma de hacer el rescate. Otra forma es que tú patrullando veas la patera y vayas a rescatarla. Llevamos a un traductor a bordo para poder dirigirte a la gente que está en la patera, dándoles mensajes precisos de lo que va a pasar, pues es

gente apiñada, nerviosa y los accidentes ocurren siempre porque la gente se mueve. Son pateras inestables, se hunden

La operación Tritón cubre una franja de 20 millas de la costa italiana, dejando fuera toda la zona de rescate real que es 30 o 40 millas al norte de Libia, donde se ahoga todo el mundo

o gente que decide saltar al agua para llegar al barco y entonces desestabilizan y hunden. Todos los accidentes ocurren en el momento del rescate. Se trata de transmitir mucha calma, el traductor habla con ellos y les dice que van a

distribuir chalecos salvavidas y hasta que no los tengan todos puestos no van a rescatar a nadie porque esto es importante.



ENTREVISTA Paula Farias

La mayoría no saben nadar y la prioridad es que, antes de hacer nada, todos estén asegurados con un chaleco. Cuando ya están con el chaleco, se les transporta en grupos al *Dignity*, se van registrando por nacionalidad y se pasan a la consulta si necesitan ser tratados.

¿En qué condiciones llegan estas personas?

Llegan después de haber estado pasándolo muy mal durante el viaje, no en el mar precisamente, sino en el viaje previo: después de haber pasado mucha violencia en Libia, porque los traficantes en Libia son brutales y los tienen retenidos en casas de espera hasta que tienen una patera para ellos. Sufren todo tipo de violaciones de derechos humanos. El tránsito por Libia es muy duro.

¿Cuáles son los problemas sanitarios mayoritarios con los que os encontraréis?

Suelen ser gente maltratada, que han sufrido mucha violencia, golpes, prácticamente todas las mujeres han sufrido violencia sexual. La mayoría son problemas sanitarios producto de malnutrición, de haber pasado condiciones de vida difíciles durante mucho tiempo.

¿En qué condiciones viajan?

Viajan muy hacinados. El viaje no es muy largo, quizá pasan un día en el bote hasta que les salvamos. De hecho, no creo que las pateras aguantaran más. Cuando van en pateras de goma llevan mucho combustible, el combustible cae, se mezcla con el agua y van empapados en agua con combustible y eso quema. La piel se abrasa y hay muchos problemas de quemaduras. También, deshidrataciones y cuando vienen en barco de madera, los que van debajo sufren asfixia, pero este tipo de barcos no es lo más habitual.

¿Cuál es el procedimiento que seguís tras el rescate? ¿Cómo se les atiende?

Revisamos a todo el que necesita asistencia médica. Tenemos un hospital a bordo donde podemos estabilizar pacientes. La gran mayoría son problemas menores.

Hay muchas mujeres embarazadas, a las que les hacemos un control e, incluso, hemos tenido un parto a bordo. Después, Roma nos indica el puerto de desembarco. Normal-

mente es Sicilia, Trapani, Augusta..., y eso coordinado con los guardacostas italianos, que están en primera línea aguantando la crisis con muy pocos medios.

¿Qué buscaba la Unión Europea al cancelar la operación *Mare Nostrum*?

Busca claramente que el Mediterráneo les haga el trabajo sucio y que la gente no llegue y se ahogue. Hay un informe en el que claramente se dice que cambiar *Mare Nostrum* por *Tritón* va suponer miles de vidas perdidas en el Mediterráneo. Las vidas no son la cuestión. La cuestión es controlar las fronteras. No hay cinismo en ello. Lo dicen tal cual: nuestra prioridad es controlar las fronteras, en Europa no cabemos, es insostenible, no podemos convertirnos en el refugio del mundo. Para que ello no ocurra, dejamos que el Mediterráneo haga la criba.

Europa no cabemos, es insostenible, no podemos convertirnos en el refugio del mundo. Para que ello no ocurra, dejamos que el Mediterráneo haga la criba.

Según la Organización Internacional para las migraciones, en lo que va de año han muerto 714 personas en el mediterráneo, un aumento de casi el 50% respecto al mismo periodo de 2015, ¿qué políticas son necesarias

desde la UE para reducir este número?

La Unión Europea es la que está provocando esto. La gente cruzaba a pie entre Turquía y Grecia y se cerró esa frontera. Obligan a la gente a tirarse al agua, la gente cruzaba hacia Lesbos, y les han cerrado también esa frontera. Van a seguir cruzando, pero por pasos cada vez más peligrosos. La Unión Europea es la responsable de todas esas muertes con sus políticas de contención de fronteras porque viven en la ilusión de que cerrando las fronteras la gente va a dejar de intentar huir de la violencia extrema de la que huyen. Es un ejercicio de hipocresía brutal.

Y ahora el acuerdo con Turquía para reanudar expulsiones de los refugiados...

Han cerrado la frontera, pero la gente no va a dejar de cruzar porque les cierran fronteras. La gente va a buscar un camino más peligroso, jugándose más la vida, pagando más dinero, beneficiando aún más a las mafias, pero no les vas a detener. Lo que está ocurriendo ahora mismo es que la gente está volando de Siria a Sudán, de Sudán a Egipto, de Egipto, a través del desierto,

hasta Libia, y en Libia están cogiendo las pateras para llegar a Italia. ¿Por qué estamos permitiendo que la gente que está huyendo de una guerra se tenga que jugar aún más la vida?

La gente no va a dejar de cruzar porque les cierran fronteras. La gente va a buscar un camino más peligroso, pagando más dinero, beneficiando aún más a las mafias

¿Perspectivas de futuro?

Vamos a seguir haciendo búsqueda y rescate mientras que nadie tome su responsabilidad, vamos a seguir demandando que no deberíamos de estar ahí, que es una responsabilidad de los Estados miembros, vamos a seguir demandando medidas de acogida dignas y vamos a seguir demandando cuotas razonables y realistas de realojo y no las que se valoran, que son ridículas. ■

XXIII
Congreso Nacional
de medicina general
y de familia

GRANADA
2016
26-28
MAYO



grd.semng.net
congresos_semng@semng.es



SEMNG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



Oncología

Un intruso en la familia

Autor: Carlos Hernández

El autor, que ha sufrido muy de cerca el cáncer, quiere compartir con este libro sus vivencias siendo testigo de esta enfermedad para ofrecer herramientas de autoayuda a otras personas, así como a sus familiares. Con un prólogo de Jesús Sánchez Martos, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid,



está narrado en primera persona por el hermano de dos personas que han sufrido cáncer de forma simultánea, uno de los cuales falleció a consecuencia de esta.

En sus páginas, a través de su experiencia, se expone una pequeña guía de ayuda para todas las personas “que ven cómo este intruso se cuela en la familia, de forma salvaje y despiadada, rompiendo, muchas veces, el equilibrio existente”, según Carlos Hernández.

Se reflexiona sobre temas como

la gestión de la incertidumbre, la comunicación o la gestión emocional a lo largo de este proceso. Hay, incluso, una última parte dedicada al duelo anticipado y al acompañamiento final. Sin ánimo de adoctrinar, ni sentar cátedra, desgana su experiencia personal y, sobre todo, el aprendizaje extraído de esta. El libro ha sido financiado por *crowdfunding* en su totalidad. Parte de los beneficios para el autor se destinarán a ONGs de lucha contra el cáncer ■

Salud Mental

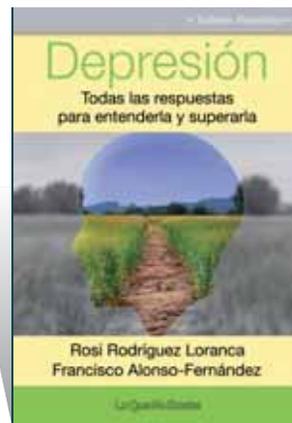
Depresión. Todas las respuestas para entenderla y superarla

Autores: Rosi Rodríguez Loranca y Francisco Alonso-Fernández

La obra analiza la depresión partiendo del modelo tetradsimensional desarrollado por Alonso-Fernández, que se centra en el hundimiento de los cuatro vectores vitales: estado de ánimo, impulso de acción, sintonización con el entorno y regulación de los ritmos cotidianos básicos. Además, ofrece avances sobre la patología, por ejemplo, constata que las neuronas de una persona afectada por depresión, al contrario de lo que se creía antes, sí se regeneran.

Su estilo es periodístico, basado en preguntas y respuestas. Rosi Rodríguez Loranca plantea más de doscientas cuestiones al doctor Francisco Alonso-Fernández, que aporta datos y conocimientos a la comunidad científica y médica.

En concreto, el doctor analiza este padecimiento desde el punto de vista clínico, social y cultural, aportando un estudio del arte depresivo -pintura, literatura y música- y de la trascendencia de la depresión en la historia, episodios depresivos sufridos por monarcas como Carlos I y Felipe V que resultaron determinantes en el curso de la historia de España ■



Psicología

Si la vida nos da limones, hagamos limonada

Autores: Ernesto López y Miguel Costa



En esta obra se plantean experiencias de estrés. Trata del miedo, la ansiedad, la angustia, la tensión, el desasosiego, las cavilaciones, las noches de insomnio, los quebraderos de cabeza que producen la presión y la carga de las fuentes de estrés, como los ajeteos y contradicciones de cada día, los conflictos de las relaciones interpersonales, la agresión y el maltrato, la indefensión de un paro de larga duración, la inquietud y la

incertidumbre de una enfermedad incapacitante, la muerte de los seres queridos, entre otras situaciones.

El libro se adentra en las entrañas de la experiencia de estrés para conocer cómo y por qué puede afectar tanto y llegar incluso a dañar la salud. Contiene guías prácticas para afrontar el miedo, la ansiedad, la angustia y las obsesiones, para organizar el tiempo y las tareas de manera que no desborden y que permitan encarar con firmeza las amenazas y la hostilidad, y para decir resueltamente que no a la humillación y al abuso. También ofrece estrategias para responder a la angustia que hace decir "me falta el aire", con la respiración profunda, y a la tensión que tensa los músculos y llega a producir contracturas, cefaleas y dolor de espalda, con la relajación que libera de esa tensión ■

A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin metal rods. The spheres are arranged in a slight arc, with the leftmost one slightly higher than the others. The background is a light, neutral color.

saned.

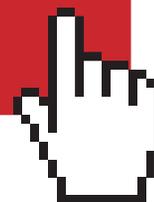
GRUPO

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)**



Nuevo dossier monográfico actualizado sobre **Abordaje de la vejiga hiperactiva en la mujer**



Elaborado por:

Dr. Antonio Alcántara Montero
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMERGEN
Centro de Salud José María Álvarez.
Don Benito (Badajoz)

Introducción y concepto. Epidemiología. Fisiología de la micción. Fisiopatología de la VH. Factores de riesgo y comorbilidades. Impacto de la vejiga hiperactiva. Diagnóstico VH. Diagnóstico diferencial. Tratamiento de la vejiga hiperactiva. Criterios de derivación a urología. Algoritmo de tratamiento médico.

Descárguelo de forma gratuita en

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

HA LLEGADO
EL MOMENTO
DE PENSAR EN
ALGO MÁS

Actúa en la fase de **llenado**¹



▼  **Betmiga**[®]
mirabegrón 50mg
Un **nuevo** comienzo en VH

Bibliografía: 1. Ficha técnica Betmiga[®].

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas. **1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Betmiga 50 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 50 mg de mirabegrón. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido de liberación prolongada. Comprimido amarillo, ovalado, marcado con el logotipo de la compañía y «355» en el mismo lado. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia que puede producirse en pacientes adultos con síndrome de vejiga hiperactiva (VH). **4.2 Posología y forma de administración. Posología.** Adultos (incluidos pacientes de edad avanzada) La dosis recomendada es de 50 mg una vez al día con o sin alimentos. **Poblaciones especiales. Insuficiencia renal y hepática.** Betmiga no se ha estudiado en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m² o pacientes que requieren hemodiálisis) o insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en estas poblaciones de pacientes (ver secciones 4.4). A continuación se incluyen las dosis diarias recomendadas en pacientes con insuficiencia renal o hepática en ausencia y en presencia de inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.4 y 4.5): **Inhibidores potentes del CYP3A[®]:** Sin inhibidor. **Insuficiencia renal[®]:** Leve 50 mg, moderada 50 mg y grave 25 mg. **Insuficiencia hepática[®]:** Leve 50 mg y moderada 25 mg. **Con inhibidor. Insuficiencia renal[®]:** Leve 25 mg, moderada 25 mg y grave no recomendado. **Insuficiencia hepática[®]:** Leve 25 mg y moderada no recomendado. [®] Leve: TFG de 60 a 89 ml/min/1,73 m²; moderada: TFG de 30 a 59 ml/min/1,73 m²; grave: TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m². [®] Leve: Child-Pugh Clase A; Moderada: Child-Pugh Clase B. [®] Inhibidores potentes del CYP3A ver sección 4.5. **Sexo.** No es necesario ajustar la dosis en función del sexo. **Población pediátrica.** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de mirabegrón en niños menores de 18 años. No se dispone de datos. **Forma de administración.** El comprimido debe tomarse una vez al día, con líquido, debe tragarse entero sin masticar, partir ni machacar. **4.3 Contraindicaciones.** Mirabegrón está contraindicado en pacientes con: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1; Hipertensión grave no controlada, definida como presión arterial sistólica ≥180 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥110 mm Hg. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Insuficiencia renal.** No se ha estudiado Betmiga en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m² o pacientes que requieren hemodiálisis) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. Los datos son limitados en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG 15 a 29 ml/min/1,73 m²); en base a un estudio farmacocinético se recomienda en esta población una reducción de la dosis a 25 mg. No se recomienda el uso de Betmiga en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m²) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). **Insuficiencia hepática.** No se ha estudiado Betmiga en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. No se recomienda el uso de Betmiga en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh Clase B) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). **Hipertensión.** Mirabegrón puede aumentar la presión arterial. Se debe medir la presión arterial al comienzo y periódicamente durante el tratamiento con Betmiga, especialmente en pacientes con hipertensión. Los datos son limitados en pacientes con hipertensión en estadio 2 (presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 100 mm Hg). **Pacientes con prolongación congénita o adquirida del intervalo QT.** Betmiga, a dosis terapéuticas, no ha demostrado prolongación del intervalo QT clínicamente relevante en los ensayos clínicos. Sin embargo, ya que en estos ensayos no se incluyeron pacientes con antecedentes de prolongación del intervalo QT o pacientes que estuvieran tomando medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT, se desconoce el efecto de mirabegrón en estos pacientes. Se debe tener precaución cuando se administre mirabegrón en estos pacientes. **Pacientes con obstrucción de la salida de la vejiga y pacientes que toman antimuscarínicos para la VH.** Se ha notificado retención urinaria en pacientes con obstrucción de la salida de la vejiga (BOO por sus siglas en inglés) y en pacientes que toman antimuscarínicos para la VH en la experiencia post-comercialización en pacientes que toman mirabegrón. Un estudio clínico controlado de seguridad en pacientes con BOO no demostró aumento de la retención urinaria en pacientes tratados con Betmiga; sin embargo, Betmiga se debe administrar con precaución a pacientes con BOO clínicamente significativa. Betmiga además se debe administrar con precaución a pacientes que toman antimuscarínicos para el tratamiento de la VH. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Datos in vitro.** Mirabegrón se transporta y se metaboliza a través de múltiples vías. Mirabegrón es un sustrato para citocromo P450 (CYP) 3A4, CYP2D6, butirilcolinesterasa, uridina difosfato-glucuronosiltransferasas (UGT), transportador de flujo de glicoproteína P (P-gp) y de los transportadores de influjo de los cationes orgánicos (OCT1/2), OCT2 y OCT3. Los estudios de mirabegrón en microsomas hepáticos humanos y enzimas CYP humanas recombinantes mostraron que mirabegrón es un inhibidor moderado y tiempo dependiente de CYP2D6 y un inhibidor débil del CYP3A. Mirabegrón inhibía el transporte de fármacos mediado por P-gp a concentraciones elevadas. **Datos in vivo.** **Polimorfismo de CYP2D6.** El polimorfismo genético del CYP2D6 tiene un mínimo impacto sobre la exposición media del plasma a mirabegrón. No se prevé la interacción de mirabegrón con un inhibidor conocido del CYP2D6, y no fue estudiada. No es necesario ajustar la dosis de mirabegrón cuando se administra con inhibidores del CYP2D6 o en pacientes que son metabolizadores lentos del CYP2D6. **Interacciones farmacológicas.** El efecto de los fármacos administrados conjuntamente sobre la farmacocinética de mirabegrón y el efecto de mirabegrón sobre la farmacocinética de otros medicamentos fue estudiado en estudios de dosis única y de dosis múltiples. La mayoría de las interacciones farmacológicas fueron estudiadas usando una dosis de 100 mg de mirabegrón administrados como comprimidos con formulación de sistema oral de absorción controlada (OCAS). En los estudios de interacción de mirabegrón con metoprolol y con metformina se usaron 160 mg de mirabegrón de liberación inmediata (IR). No se esperan interacciones farmacológicas clínicamente relevantes entre mirabegrón y los medicamentos que inhiben, induzcan o sean sustrato para una de las isoenzimas de CYP o transportadores, excepto en el caso del efecto inhibidor de mirabegrón sobre el metabolismo de los sustratos del CYP2D6. **Efecto de los inhibidores enzimáticos.** En voluntarios sanos, la exposición de Mirabegrón (AUC) se incrementó 1,8 veces en presencia del potente inhibidor del CYP3A/P-gp, ketoconazol. No se requiere ajuste de dosis cuando Betmiga se combina con inhibidores del citocromo CYP3A y/o P-gp. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (TFG de 30 a 89 ml/min/1,73 m²) o insuficiencia hepática leve (Child Pugh Clase A) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A tales como itraconazol, ketoconazol, ritonavir y claritromicina, la dosis recomendada es de 25 mg una vez al día con o sin alimentos (ver sección 4.2). No se recomienda Betmiga en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m²) o en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child Pugh Clase B) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.2 y 4.4). **Efectos de los inductores enzimáticos.** Las sustancias que son inductores del CYP3A o P-gp disminuyen las concentraciones plasmáticas de mirabegrón. No se requiere ajuste de dosis para mirabegrón cuando se administre con dosis terapéuticas de rifampicina u otros inductores del CYP3A o P-gp. **Efecto de mirabegrón sobre los sustratos CYP2D6.** En voluntarios sanos, la potencia inhibitoria de mirabegrón sobre CYP2D6 es moderada y la actividad del CYP2D6 se recupera dentro de los 15 días siguientes a la interrupción del tratamiento con mirabegrón. La administración de dosis múltiples de mirabegrón IR una vez al día resultó en un incremento del 90% en la C_{max} y en un incremento del 229% en el AUC de un dosis única de metoprolol. La administración de dosis múltiples de mirabegrón una vez al día resultó en un incremento del 79% en la C_{max} y en un incremento del 241% en el AUC de una dosis única de desipramina. Se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con medicamentos que tienen un estrecho margen terapéutico y que sean metabolizados de forma significativa por el CYP2D6, tales como, tioridazina, antiarrítmicos Tipo 1C (por ejemplo, flecaína, propafenona) y antidepressivos tricíclicos (por ejemplo, imipramina, desipramina). También se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con sustratos del CYP2D6 que son dosificados individualmente. **Efecto de mirabegrón en los transportadores.** Mirabegrón es un inhibidor débil de P-gp. Mirabegrón aumentó la C_{max} y el AUC hasta un 29% y 27% respectivamente, de la digoxina, sustrato de P-gp en voluntarios sanos. Para los pacientes que están iniciando una combinación de Betmiga y digoxina, debería prescribirse inicialmente la menor dosis de digoxina. Las concentraciones séricas de digoxina deben monitorizarse y utilizarse para valorar la dosis de digoxina con la que se obtiene el efecto clínico deseado. Se debería considerar el potencial de mirabegrón para la inhibición de P-gp cuando se combina Betmiga con sustratos P-gp sensibles como por ejemplo dabigatran. **Otras interacciones.** No se han observado interacciones clínicamente relevantes cuando se administra mirabegrón de forma concomitante con dosis terapéuticas de solifenacina, tamsulosina, warfarina, meformina o un anticonceptivo oral combinado que contenga etinilestradiol y levonorgestrel. No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a mirabegrón debido a las interacciones farmacológicas puede estar asociado con aumentos en la frecuencia del pulso. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo.** Hay datos limitados relativos al uso de Betmiga en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción. No se recomienda utilizar Betmiga durante el embarazo, ni en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos. **Lactancia.** Mirabegrón se excreta en la leche de roedores y, por tanto, se espera que esté presente en la leche humana. No se han realizado estudios para evaluar el impacto de mirabegrón sobre la producción de leche en humanos, su presencia en la leche materna humana o sus efectos sobre el lactante. Betmiga no debe administrarse durante la lactancia. **Fertilidad.** No se observaron efectos relacionados con el tratamiento de mirabegrón sobre la fertilidad en animales. No se ha establecido el efecto de mirabegrón sobre la fertilidad humana. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Betmiga sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad.** La seguridad de Betmiga se evaluó en 8.433 pacientes con VH, de los cuales 5.648 recibieron al menos una dosis de mirabegrón en el programa de desarrollo clínico fase 2/3 y 622 pacientes recibieron Betmiga al menos durante 1 año (365 días). En los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración, el 88% de los pacientes completó el tratamiento con Betmiga y el 4% abandonó el estudio debido a acontecimientos adversos. La mayoría de las reacciones adversas fueron de intensidad leve a moderada. La mayoría de las reacciones adversas frecuentes referidas por los pacientes tratados con Betmiga 50 mg durante los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración son taquicardia e infecciones del tracto urinario. La frecuencia de taquicardia fue del 1,2% en los pacientes que recibieron Betmiga 50 mg. La taquicardia indujo al abandono en el 0,1% de los pacientes tratados con Betmiga 50 mg. La frecuencia de infecciones del tracto urinario fue del 2,9% en pacientes tratados con Betmiga 50 mg. Las infecciones del tracto urinario no indujeron la retirada de ninguno de los pacientes tratados con Betmiga 50 mg. Entre las reacciones adversas graves se incluyó la fibrilación auricular (0,2%). Las reacciones adversas observadas durante el estudio con control activo (antimuscarínico) de 1 año de duración (largo plazo) fueron similares en tipo e intensidad a las observadas en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. A continuación se reflejan las reacciones adversas observadas con mirabegrón en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. La frecuencia de las reacciones adversas se define como sigue: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (<1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000). Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. **Clasificación de órganos del sistema MedDRA. Infecciones e infestaciones. Frecuentes.** Infección del tracto urinario. **Poco frecuentes.** Infección vaginal y cistitis. **Trastornos psiquiátricos. Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).** Insomnio. **Trastornos oculares. Raras.** Edema de párpados. **Trastornos cardíacos. Frecuentes.** Taquicardia. **Poco frecuentes.** Palpitación y fibrilación auricular. **Trastornos gastrointestinales. Frecuentes.** Náuseas. **Poco frecuentes.** Dispepsia y gastritis. **Raras.** Edema labial. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Poco frecuentes.** Urticaria, erupción, erupción macular, erupción papular y prurito. **Raras.** Vasculitis leucocitoclástica, púrpura y angioedema. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo. Poco frecuentes.** Hinchazón de las articulaciones. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama. Poco frecuentes.** Prurito vulvovaginal. **Exploraciones complementarias. Poco frecuentes.** Aumento de la presión arterial, aumento niveles de GGT, aumento niveles de AST y aumento niveles de ALT. **Trastornos renales y urinarios. Raras.** Retención urinaria. (Observadas durante la experiencia postcomercialización). **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada 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.notificar.madrid.es. **4.9 Sobredosis.** Mirabegrón se ha administrado a voluntarios sanos a dosis únicas de hasta 400 mg. A esta dosis, entre los acontecimientos adversos notificados se incluyeron palpitaciones (1 de 6 sujetos) y aumentos de la frecuencia del pulso que excedía de 100 latidos por minuto (lpm) (3 de 6 sujetos). Dosis múltiples de mirabegrón de hasta 300 mg diarios durante 10 días mostraron aumentos en la frecuencia del pulso y en la presión arterial sistólica cuando se administraban a voluntarios sanos. El tratamiento de la sobredosis debe ser sintomático y complementario. En caso de sobredosis, se recomienda realizar un seguimiento de la frecuencia del pulso, la presión arterial y el ECG. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de excipientes. Núcleo del comprimido:** macrogles, hidroxipropilcelulosa, butilhidroxitolueno, estearato de magnesio. **Recubrimiento:** hipromelosa, macrogol, óxido de hierro amarillo (E172). **5.2 Incompatibilidades. No procede. 5.3 Período de validez. 3 años. Período de validez después de la primera apertura del frasco: 6 meses. 5.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **5.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blisteres Alu-Alu en cajas que contienen 10, 20, 30, 50, 60, 90, 100 ó 200 comprimidos. Frascos de HDPE con tapones de seguridad de polipropileno (PP) y gel de sílice desecante que contienen 90 comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones 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. **6. TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62. 2333 BE Leiden. Países Bajos. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/12/809/008-014; EU/1/12/809/017; EU/1/12/809/018. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización 20/diciembre/2012. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 09/2015. **10. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.** Betmiga 50 mg, 30 comprimidos de liberación prolongada. PVP: 43,38 Euros; PVP IVA (4%): 45,12 Euros. Con receta médica. Financiada por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>

Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Aterina[®]

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 ($< 0,01\%$). **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, hipostenesia, 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 faringeolingual. **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 borbiliforme, 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) Rificamicina SV] en su forma polimérica oral. **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 oral (a) 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 eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 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 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas poliméricas de Rifaximina diferentes a la (a) 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), Diacetato 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. **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 segunda de cubierta

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

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

www.bamageve.es



ON-LINE

La Medicina en la red

<http://www.ejercitaelcorazon.es>



La Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) y la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA), con la colaboración de Chiesi, han puesto en marcha la *web* www.ejercitaelcorazon.es para concienciar a la población sobre la importancia de realizar ejercicio físico de forma regular.

Una *web* que, según la EHRICA, responde a la preocupación de los profesionales ante la enfermedad que se ha impuesto como la primera causa de muerte en España. En ella, los ciudadanos puedan consultar información, testimonios y noticias sobre la inclusión del ejercicio físico en la práctica habitual de cada persona. Además, los profesionales sanitarios encontrarán en esta plataforma recursos formativos para la prescripción de ejercicio físico, la calculadora de la edad vascular del paciente y otros recursos para afrontar la prevención desde la consulta ■

<http://www.saludigestivo.es>

La Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD) ha llevado a cabo durante este primer trimestre de 2016 un cambio en el diseño de su sitio *web* con el objetivo de ofrecer una



nueva imagen y seguir ofreciendo información científica para ayudar a mejorar el bienestar y la salud digestiva de la población, además de que el nuevo diseño permite que la *web* sea visible en todos los dispositivos. En concreto, ofrece información sobre enfermedades digestivas y síntomas, las pruebas diagnósticas, sus próximas actividades, vídeos sobre la visión del paciente e infografías.

La fundación desarrolla también, a través de la *web*, campañas de concienciación, como la campaña de concienciación de cáncer de colon #5letrasdevida, que realizó el pasado año. Cada mes, la Fundación recoge diversos temas sobre los que informarse, entre ellos, qué factores de riesgo pueden predisponer a padecer cáncer de colon, métodos de diagnóstico precoz de este tipo de cáncer y qué importancia tienen los pólipos de colon ■

<http://www.gsk.com>



La compañía farmacéutica GSK España ha lanzado una nueva página *web* para mostrar una imagen más visual, dinámica y atractiva de sus productos y proyectos de investigación. Se trata de un portal que incorpora avances en navegabilidad, funcionalidades y contenidos más dinámicos, además de adaptarse a todos los dispositivos de navegación.

También, incorpora nuevas secciones con más información y más contenido audiovisual para hacer la navegación más sencilla y mejorar la experiencia de los usuarios. Con esta nueva *web*, el objetivo de la compañía es facilitar el acceso a los usuarios a un portal donde se puede optar por tener un acceso meramente consultivo o con la mayor operatividad, con acceso a toda la información necesaria sobre sus productos y actividades.

Un objetivo que la compañía logra con este proyecto gracias a un aspecto más amigable, una mejor navegabilidad y un acceso más cómodo a los contenidos. A través de menús desplegables, el internauta puede consultar todo tipo de información sobre la empresa, navegar por las distintas áreas y conocer sus últimos avances. ■



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

Hasta un

25%
dto.*

en su Seguro de Hogar

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síguenos en     

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

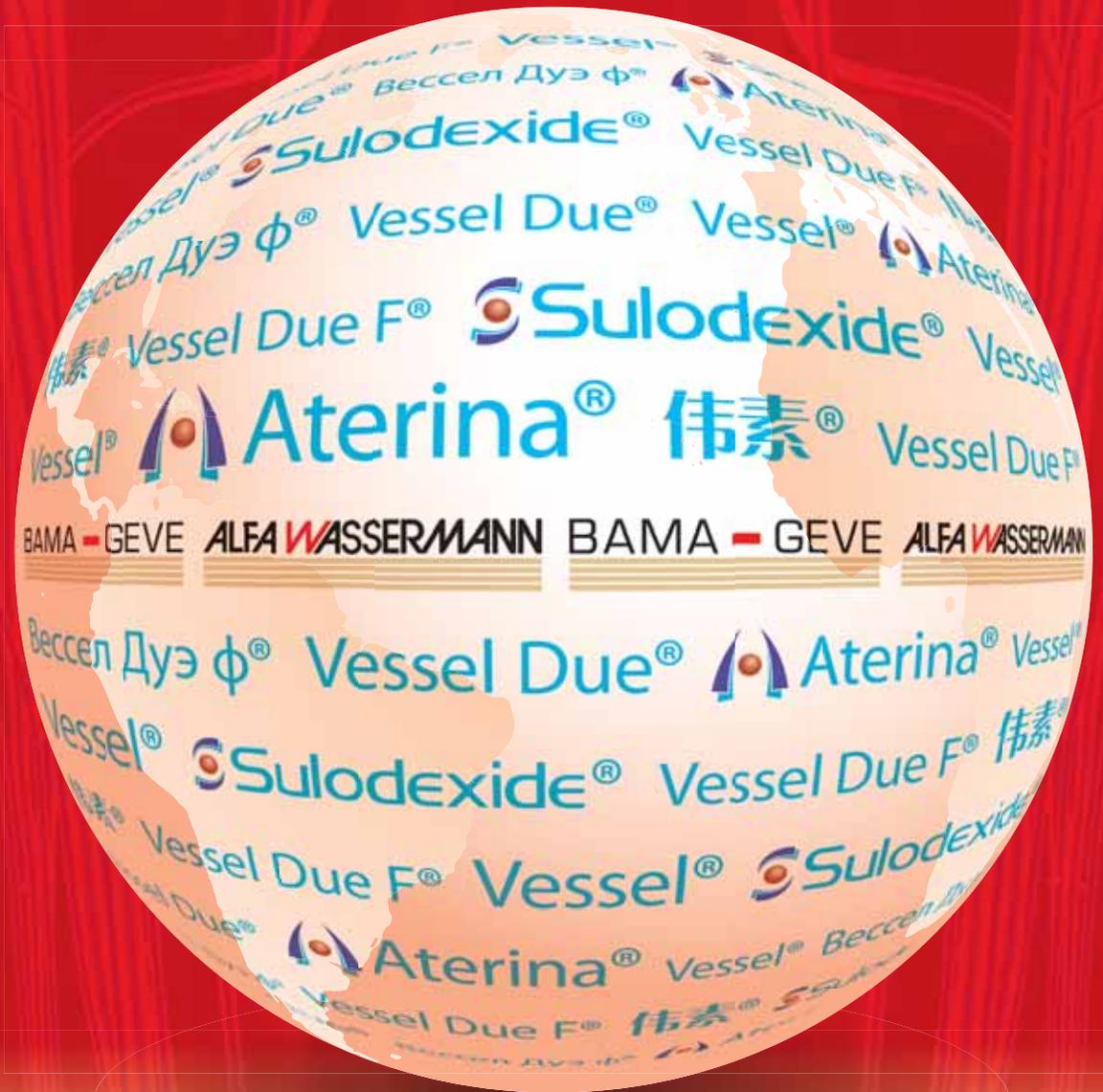
Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Aterina[®] Sulodexida



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

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

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



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