El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1139. Enero 2013

www.elmedicointeractivo.com
LA SANIDAD DÍA A DÍA
Acceda desde su teléfono móvil

2012: Un año de duros recortes y profundas reformas

Foros EL MÉDICO

Análisis al Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana

Entrevistas

José Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional

Sonia López Arribas, presidenta del Colegio de Médicos de Madrid

María Blasco, directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas

Radiografía a...

Las elecciones colegiales en 2013

Toscana Italia Semana Santa

a partir de €54 pers/día en media pensión

Vivir un sueño en Casa Mazzoni, tierra de Bocelli, Petrarca,
a la sombra de Dante

Gastronomía típica elaborada artesanalmente,
y saboreando un gran vino

Excursiones con nosotros, excelente panorama de la Maremma

Lugar mágico por excelencia, senderismo, piscina,
aire acond. y wifi gratis

Solo 9 habi. Ideal para familia, pareja o grupito de amigos

info: Tel. 647353488 / info@tuscanrural.com

www.tuscanyrural.com

Claves sanitarias de 2012. La sostenibilidad como eje

Si echamos la vista atrás, a la hora de analizar lo que ha dado de sí el año pasado, en lo que a Sanidad se refiere, dos palabras podrían resumir la actividad del sector y justificar todas las acciones en este campo: crisis y sostenibilidad. Sin duda alguna, la deuda sanitaria ha sido la gran protagonista del 2012, y por extensión las medidas de ajuste que han tomado todas las administraciones en este ámbito. La segunda reunión del Consejo Interterritorial, en primavera, fue uno de los acontecimientos sanitarios más destacados del año, y suponía un antes y un después para el SNS. Tras la reunión se hacían públicas una batería de medidas encaminadas a lograr una mayor racionalización de los recursos, eliminar duplicidades y mejorar la eficiencia en la gestión. Finalmente, una de las más polémicas era la modificación del sistema de copago farmacéutico para incorporar por primera vez al mismo a los ciudadanos con pensiones contributivas, que hasta ese momento no pagaban nada por sus medicinas.

La movilización social en favor de la Sanidad pública y en contra de los recortes se ha extendido por todo el territorio nacional a lo largo de 2012, y es probable que también dé que hablar en 2013, por lo menos en Madrid. Además, los efectos de los recortes en el sector han sido denunciados en diferentes informes y encuestas, siendo la OMC una de las organizaciones sectoriales que más acciones ha llevado a cabo frente a estas políticas.

En este número, incluimos, además del resumen del año, una entrevista al director general de Ordenación Profesional del Ministerio, José Javier Castrodeza, que comenta algunas de las claves para los próximos meses, como los avances en el desarrollo del tan demandado y sempiterno registro de profesionales o la situación de los trabajos en torno a la troncalidad en la formación de los médicos. La nueva presidenta del Colegio de Médicos de Madrid también ha contestado las preguntas planteadas por esta revista. Sonia López Arribas valora la difícil situación por la que está atravesando la Sanidad madrileña y analiza algunas acciones puestas ya en marcha por la nueva junta directiva, junto a planes de futuro.

Estos temas son, quizás, los más destacados, pero no los únicos. Como siempre presentamos los puntos de vista de grandes expertos: el presidente de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras, que analiza la formación sanitaria especializada en tiempos de crisis; el presidente de SEMG Solidaria, que habla sobre el acoso moral en el trabajo; una experta del HM Universitario Sanchinarro, que aborda el maltrato en los ancianos; y otro experto que explica cómo deberá ser la receta privada a partir de este mismo mes de enero.

En este número también publicamos que expertos en Salud Mental de la Comunidad Valenciana se han reunido para debatir en torno al Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de esta autonomía, y analizar sus fortalezas y debilidades, en el marco de una jornada inaugurada por el en ese momento conseller de Sanidad, Luis Rosado, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, y que forman parte de una ronda de contactos iniciados el pasado mes de abril con la Comunidad de Madrid.

Como siempre, le recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa

SUMARIO

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

2012: Un año de duros recortes y profundas reformas
38

Sin duda alguna, la deuda sanitaria ha sido la gran protagonista del año 2012. Ella ha traído consigo actuaciones tales como el plan de pago a proveedores o el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La desatención a inmigrantes y parados sin tarjeta sanitaria, la modificación del copago farmacéutico y la desfinanciación de más de 400 fármacos han sido tres de las actuaciones más polémicas surgidas al amparo de dicha normativa.

ENTREVISTAS

José Javier Castrodeza
Director General de Ordenación Profesional
48

Sonia López Arribas
Presidenta del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM)
54

María Blasco
Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)
78

FORO DE EXPERTOS

FEDERICO SEGURA MARÍN
Presidente de AREDA. Asociación de Redes Docentes y Asesoras
10

JOSÉ MANUEL SOLLA CAMINO
Presidente de la Fundación SEMG-Solidaria
14

GUADALUPE PAJARES CARABAJAL
Médico de Familia. Médico de Urgencias de HM Universitario Sanchinarro
18

JESÚS ORTEGA LIMÓN
Presidente de Mibox Technology
24

FOROS EL MÉDICO

Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana

Expertos en Salud Mental de la Comunidad Valenciana se han reunido para debatir en torno al Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la comunidad autónoma, y analizar sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos de futuro, en el marco de una jornada clausurada por el ahora ex conseller de Sanidad, Luis Rosado, y en ese momento titular del Departamento, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO y la Fundación Bamberg, en colaboración con Lundbeck España.

28

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

NOVARTIS

5 MÓDULOS

MÓDULO 1
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 2-5 EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1 Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial

Módulo 2 Derechos en relación con estudio/diagnóstico

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

Módulo 5 Derechos de los médicos en relación con las instituciones sanitarias

4,8 CRÉDITOS

MÓDULOS 2-5 EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

1210019361

EXFORGE amlodipino besilato/valsartan

EXFORGE HCT amlodipino besilato/valsartan/hidroclorotiazida

asjusa letramed
Expertos en Derecho Sanitario

El Médico Interactivo
LA SANIDAD DÍA A DÍA
www.elmedicointeractivo.com

SUMARIO

RADIOGRAFÍA A...

Los comicios a la Presidencia de la OMC, epicentro del calendario electoral en los colegios de médicos en 2013
60

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Gregorio Achutegui

Presidente del XVIII Congreso Nacional de Hospitales
66

REPORTAJES

El envejecimiento activo, un desafío del siglo XXI
72

En el momento actual, una de cada nueve personas tiene 60 años o más, y las previsiones para 2050 apuntan a una de cada cinco. Igualmente, para ese mismo año se espera que en 65 países las personas mayores representen más del 30 por ciento de la población total de cada territorio.

La adherencia al tratamiento, un objetivo por cumplir
84

OTROS TEMAS

Presentación
3
La Instantanea Médica
90
En Previsión
96
Próximo número
98

El Médico

EDITA:
saned GRUPO

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

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaria de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
http://www.elmedicointeractivo.com

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

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

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com. *Publicidad Barcelona:* Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. *Distribuye*: SERGRIM.
Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.
Asociación de Prensa Profesional APP Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.
DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Difusión controlada por EmpresaPeriodística n.º 3.657
Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2013. 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.

HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

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

TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:

Envía
"NOLEUCEMIA"
al 28027
y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org

FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS
Contra la leucemia

La mirad

a maestra de la actualidad

Federico
Segura Marín

José Manuel
Solla Camino

Guadalupe
Pajares Carabajal

Jesús
Ortega Limón

La formación sanitaria especializada en tiempos de crisis

Autor | Federico Segura Marín. Presidente de AREDA. Asociación de Redes Docentes y Asesoras

En España existe legislación sobre la formación sanitaria especializada pero no se aplica. Ello ha motivado que no exista reconocimiento alguno de los tutores, que no se hayan desarrollado las figuras y estructuras docentes, que no estén regulados los itinerarios formativos... Además, la aplicación de las llamadas "medidas de ajuste" en el ámbito de la Sanidad condiciona directamente un retroceso sin precedentes en la citada formación.

Federico Segura Marín

Nos encontramos en una situación muy difícil en todos los sentidos y todos los ámbitos de la vida. Pero a pesar de ello todos los días debemos intentar hacer nuestro trabajo lo mejor que podemos y lo mejor que sabemos.

Cuando estas palabras se refieren a una tarea determinada para la cual estamos capacitados y por la cual se nos reconoce tanto profesional como económicamente, todo eso está muy bien, pero ¿qué ocurre cuando hacemos un trabajo lo mejor que podemos y lo mejor que sabemos sin reconocimiento alguno, ni profesional, ni económico? Ahí es cuando nos preguntamos si algo falla, no somos tan buenos como parece, o simplemente nos gusta esta tarea y la realizamos a pesar de los pesares.

El colectivo MIR viene denunciando cómo se están poniendo en marcha acciones que suponen un deterioro de su precaria situación laboral y de la calidad de su formación

Efectivamente, hablo de todos aquellos profesionales que dedican de una u otra manera tiempo a la formación sanitaria especializada. Hablo de profesionales de la salud que desempeñan sus tareas en centros sanitarios, son trabajadores que lejos de perder el tiempo, dedican incluso tiempo propio a la formación. Hablo de profesionales que realizan una actividad para la cual han de estar formados, han de reciclarse constantemente y han de comprometerse e implicarse con ella.

Hablo de profesionales cuya misión fundamental en esta área es asegurar una formación excelente de aquellos profesionales en formación cuyo principal objetivo el día de mañana será el bienestar del paciente. Aclarar con respecto a esto último: son ciudadanos y usuarios de un servicio, pero cuando acuden a un centro sanitario, a mí al menos, me gusta llamarles "paciente" y, creo, a ellos les reconforta.

Y todo ello a coste cero, sí como suena, cero en todo. Cero en cualquier reconocimiento profesional, cero en cualquier reconocimiento de promoción en la empresa y, por supuesto, cero en cualquier reconocimiento retributivo.

Dicho esto, ¿dónde está lo que llama la atención, lo verdaderamente anómalo?:

En primer lugar, lo anómalo es que en España existe legislación sobre la formación sanitaria especializada desde no se sabe cuando. La verdad es que sÍ se sabe, pero lo significativo es que no se aplica. La últi-

ma aportación a esta legislación, la que finalmente importa, es el Real Decreto 183/2008, donde se describe perfectamente todo lo relativo a formación sanitaria especializada y donde se indica en distintos artículos que serán las comunidades autónomas las que desarrollarán dicho decreto. Pues bien, 4 años después, nada de nada, es decir, ningún desarrollo (a excepción del País Vasco).

En segundo lugar, al no producirse el correspondiente desarrollo de dicho decreto ha motivado el incumplimiento sistemático de muchos de sus artículos:

- No reconocimiento de los tutores.
- No desarrollo de las figuras y estructuras docentes.
- No desarrollo de las normas que regulan los itinerarios formativos, como puede ser la rotación de hasta 17 especialidades hospitalarias en el ámbito de Atención Primaria.
- No desarrollo de normas que regulen los documentos de las unidades docentes, reglamentos de comisiones de docencia, reglamentos de las evaluaciones del residente y de la unidad docente, documento de supervisión del residente, etc...
- Incumplimiento sistemático del punto 3, artículo 15, que hace referencia a la supervisión de presencia física de los residentes de primer año por parte de los especialistas y al visado por escrito de todos los documentos relativos a la actividad asistencial realizada por dichos residentes.

En tercer lugar, si la situación descrita suponía un freno al desarrollo de la formación especializada en ciencias de la salud, la aplicación de las llamadas "medidas de ajuste" en el ámbito de la Sanidad, condiciona directamente un retroceso sin precedentes en la misma.

Todo esto traducido a la práctica, como ejemplificaba un tutor en una ocasión: "recogemos profesionales que no saben lavarse al entrar en un quirófano y 4 años más tarde los devolvemos a la sociedad siendo capaces de realizar un trasplante".

Desde el punto de vista de los tutores, se podrían hacer algunas reflexiones (sacadas, por supuesto, de reflexiones hechas por tutores y remitidas a AREDA):

- ¿Qué piensa un tutor cuando, en los últimos años, le presentan para firmar los acuerdos de gestión; documentos, en los que no existe ninguna referencia al hecho de ser tutor MIR? Creemos que no les importa que existan tutores en los centros de salud. Importa más controlar si se ha colocado bien el número de veces que se toma la tensión, la glucemia, gasto etc. (que está bien, pero nos parece pobre).
- ¿En un centro donde existen 5 médicos tutores MIR y 5 médicos que no son tutores, a nivel estrictamente laboral, se ha notado alguna diferencia en algo? Ninguna, excepto que los tutores se cansan más física y mentalmente. Tienen cupos sobrecargados y exceso de trabajo.
- ¿Alguna vez alguno ha escuchado por parte de algún responsable sanitario que nuestro sistema de formación de los especialistas es bueno o de los mejores? Creemos que muchas veces.
- ¿No existe algo incoherente en todo esto? Buena formación, incluso vienen de fuera a formarse, y aquí no solo no se tiene en cuenta, sino que no se nos reconoce en nuestro trabajo.
- ¿Cuál es el premio? Nos quitan la carrera profesional, debemos horas anuales, no sirve ser tutor para cumplir objetivos de los acuerdos de gestión etc.
- ¿Cuál va ser el futuro según los recortes que se aplican? No hay casi sustituciones (difícil solicitar días de formación), no hay reconocimiento de días a la tutorización (entrevista tutor-residente), empieza a no haber compromiso de la institución con el residente al finalizar su periodo de formación para las llamadas sustituciones, etc...
- ¿Me pregunto si la mayoría de los tutores MIR piensan que esto puede seguir así?
- ¿Merece ahora la pena seguir siendo tutor MIR?

Estas circunstancias se ven reflejadas en ataques formales al sistema de formación, esta vez dirigido a los tutores, jefes de estudio y demás profesionales implicados. Se ha comenzado a restringir enérgicamente la dedicación a las tareas de organización y supervisión de la docencia que habían comenzado a desempeñar de forma limitada los tutores. Igualmente se ha planteado la supresión de organismos y estructuras que velan por el mantenimiento de los procesos que garantizan la calidad del sistema tales como la acreditación y la evaluación, véase la Agencia Laín Entralgo.

En otro orden de cosas, el colectivo MIR viene denunciado como se están poniendo en marcha acciones que suponen un deterioro drástico, no ya solo de su precaria situación laboral, sino además de la calidad de su formación. Medidas como la disminución de las guardias por debajo del mínimo imprescindible para garantizar una adecuada formación, la reconversión de las guardias en módulos de tardes (práctica que se está generalizando en alguna comunidad autónoma) o la asignación de tareas asistenciales como especialistas y sin la debida supervisión, han comenzado ya a aplicarse.

Debido a la situación descrita, que ya a principios de año se presumía podía darse, la Asociación de Redes de Comisiones Docentes y Asesoras (Areda), el pasado mes de febrero, trasladó a los medios profesionales y a la población su profunda preocupación por esta situación crítica, solicitando a las administraciones autonómicas y al Ministerio de Sanidad la protección de las condiciones adecuadas para la formación de médicos (MIR) y demás profesionales sanitarios, de modo que garantizase el cumplimiento de los programas formativos, la no utilización del residente como mano de obra barata y el respeto de sus ya escasas retribuciones y precarias condiciones laborales.

Como ya se afirmó entonces, la obligatoria supervisión de la actividad de los especialistas en formación y la irresponsabilidad social en la que se incurre cuando tal supervisión no se garantiza adecuadamente debería disuadir a cualquier gestor de sobrecargar a dicho colectivo con responsabilidades impropias, abusando de su precariedad. Es aquí donde la figura, el tiempo y el reconocimiento de los tutores se hacen una vez más irrenunciables.

En ese sentido, Areda ha realizado un estudio en profundidad sobre el efecto de la crisis en el proceso de formación sanitaria especializada en España. Acabada la primera fase y en pleno proceso de análisis de los resultados de las encuestas podemos ir concluyendo con respecto a residentes que:

- La mayoría no ha recibido notificación oficial de los cambios relacionados con la jornada laboral, recortes salariales, etc. Es muy destacable que el 30 por ciento de los residentes han recibido indicaciones de que deberán realizar funciones como especialista (sin supervisión), señalando uno de cada tres de ellos que esta notificación es, además, oficial.
- Es mayoritaria la opinión de que la disminución en el número de guardias afecta de modo negativo a la formación.
- Casi el 70 por ciento considera que las medidas planteadas van a condicionar una disminución del tiempo de los tutores destinado a la docencia.
- La percepción global de que esta situación va a condicionar un deterioro de la calidad de la docencia supera al 90 por ciento de los encuestados.

Con respecto a los tutores:

- Si bien es verdad que el 60 por ciento de ellos opina que no se ha disminuido el tiempo dedicado a la docencia, también hay que destacar que el 60 por ciento refieren no disponer de un tiempo específico para la docencia dentro de la jornada laboral.
- El 30 por ciento de los tutores encuestados reconoce que los residentes deberán realizar funciones como especialistas y esta circunstancia se va a producir (incluso, aunque en porcentajes muy bajos, con notificación oficial) incluyendo especialidades quirúrgicas y no-quirúrgicas.
- La percepción global de que esta situación va a condicionar un deterioro de la calidad de la docencia supera al 60 por ciento de los encuestados. El resto no considera repercusión en ese sentido.

Por tanto se puede concluir que, tanto por parte de residentes como de tutores, existe una coincidencia en la práctica totalidad en la afirmación de que la aplicación de medidas restrictivas va a ocasionar un deterioro en la calidad de la formación.

Asimismo, hay que incidir en el hecho de que, una vez más, nadie solicitó la opinión del colectivo docente antes de aplicar medidas que iban a afectar al sistema de formación. En general se recogen expresiones de desesperanza (cuando no de profundo malestar o incluso de hartazgo).

El horizonte de las tantas veces alabada formación sanitaria especializada en nuestro país se ve cada vez más oscuro. Peligra el pilar fundamental del sistema, la conexión tutor-residente. Se multiplican las manifestaciones (artículos de opinión, expresiones en foros profesionales, blogs particulares, redes sociales, etc.) de tutores y residentes que denuncian la situación. A esto hay que sumar las cada vez más frecuentes renuncias a las funciones de tutorización de profesionales que ven incompatible la exigencia de calidad en la formación con la nula implicación en la misma por parte de la administración. En algunos casos se han planteado dimisiones colectivas del conjunto de tutores de una provincia, de una comunidad autónoma o incluso de una especialidad.

La opinión de Areda es que esta situación es de extrema gravedad. La crisis económica y las medidas de ajuste que se apliquen no deberían condicionar el futuro de nuestra formación especializada en ciencias de la salud. Unos especialistas bien formados necesariamente generarán una mejor Sanidad y eso siempre será rentable, incluso en términos económicos. Debemos reiterar nuestra exigencia, tanto al gobierno central como a los de las comunidades autónomas de que revisen sus actuaciones al respecto. Que los responsables en la materia se detengan un momento a reflexionar... y si siguen sin verlo claro, que cuenten con los tutores... al menos por una vez

Acoso moral en el trabajo

Autor | José Manuel Solla Camino. Presidente de la Fundación SEMG-Solidaria

El acoso psicológico (mobbing) es hostigamiento deliberado y continuado, vejación, difamación o maltrato, verbal y/o modal, contra un empleado realizado por un jefe o un compañero, con la intención, implícita o explícita, de excluirle del ámbito laboral o reducir su efectividad en el trabajo mediante la destrucción de su integridad y resistencia psicológica. Asimismo, las situaciones de acoso se han ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y la gestión de los conflictos por parte de los superiores (la negación del mismo o la implicación y participación activa con el fin de contribuir a la estigmatización de la persona afectada).

José Manuel Solla Camino

El acoso laboral incluye todas las conductas abusivas que se realicen de forma reiterada y sistemática sobre una persona, para lesionar su integridad o dignidad personal y poner en peligro o deteriorar sus condiciones de trabajo.

El *mobbing* es producto de muchos factores combinados hasta constituir una mezcla letal: factores de la organización, ambientes laborales conflictivos, cambios en el medio laboral, entorno social violento.

Sus consecuencias afectan no solo a las víctimas, sino también a sus familias y a los demás empleados que trabajan en el mismo entorno. Son las segundas víctimas de esta forma de violencia laboral que, si no se controla, acaba haciendo insuficiente e insostenible a toda la organización.

Las manifestaciones del acoso están más relacionadas con las características específicas de la víctima que con la propia situación violenta:

1. La primera manifestación del acoso suele consistir en hacer objeto a la víctima de críticas sistemáticas e injustificadas.
2. A partir de aquí comienza la persecución sistemática por parte de superiores o compañeros.
3. Se suspende la comunicación con el acosador.
4. Se adjudican a la víctima cometidos de menor responsabilidad.
5. Esto ocasiona una pérdida de la confianza de la víctima en sí misma.
6. Que lleva a una destrucción de la autoestima y al aislamiento.
7. Alteración del equilibrio emocional y físico.
8. Esto desencadena absentismo laboral.
9. Salida de la organización de trabajo, que puede ser de forma voluntaria o forzada.

El cuadro clínico que provoca puede ser:

- Depresivo: la clínica es muy parecida a la que aparece en el cuadro de estrés profesional:
  - Cansancio emocional, con agotamiento físico y psíquico.
  - Sentimientos de impotencia y desesperanza.
  - Desarrollo de un auto concepto negativo.
  - Actitudes negativas hacia el trabajo y la vida en general.
  - Comportamientos de evitación y aislamiento.
  - Deterioro progresivo de la capacidad laboral.
- Estrés y ansiedad: características comunes con el síndrome de estrés postraumático, aunque en este caso la víctima suele vivenciar repetidos ataques, amenazas y ridiculizacio-

nes por parte del acosador. Se acompaña con frecuencia de absentismo laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (1998) ha recomendado que se desarrollen planes de prevención para que los empleados de todos los estamentos laborales tomen conciencia de esta creciente forma de violencia laboral y encuentren las soluciones necesarias para prevenirla de forma efectiva. No es posible prevenir todos los actos de violencia laboral, pero ignorarla es un factor de riesgo que la determina, al igual que no dar importancia a los avisos o señales indicativos de posible escalada de violencia.

Los planes de prevención del acoso laboral deben comprometer a todos los empleados públicos y privados y a la propia Administración en la búsqueda de soluciones efectivas a los problemas laborales, así como a no tolerar y a denunciar todo acto, amenaza o sospecha de violencia.

Deben establecerse métodos claros y fáciles para resolver problemas laborales a la mayor brevedad posible así como proporcionar ayuda psicológica a las víctimas.

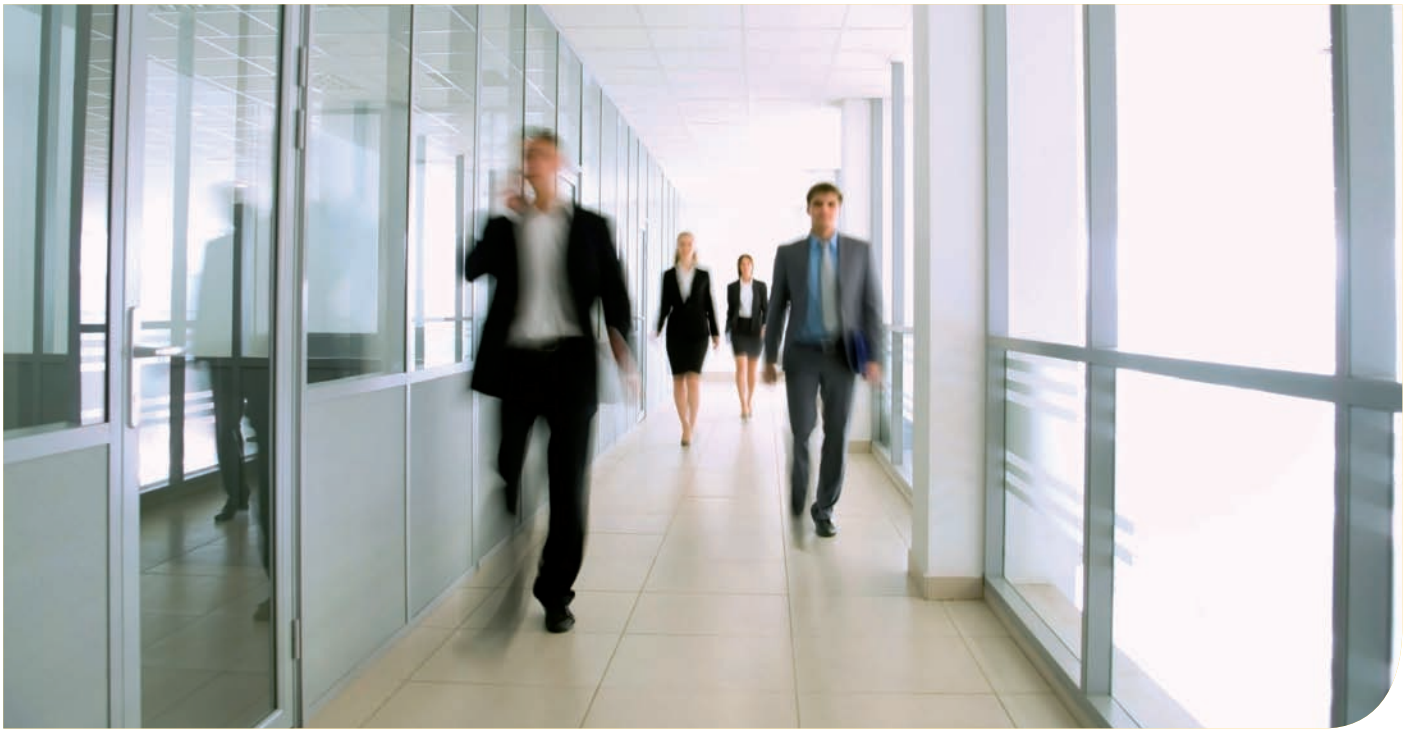
Recientemente en nuestro país, Tamagaz Films (www.TamagazFilms.com) ha realizado un mediometraje estrenado en Madrid en el 4º Congreso Mundial sobre Salud Mental de la Mujer (Marzo 2011) y tuve la oportunidad de presentar, con la Dra. Dolores Crespo –probablemente la persona que más ha hecho en nuestro entorno para que esta dramática realidad aflore-, la película La pesadilla de Claudia (Claudia´s Nightmare).

Desde entonces La pesadilla de Claudia ha seguido un curioso recorrido, reflejo quizá de las carencias existentes hasta la fecha en este ámbito: no solo se ha difundido entre médicos del trabajo, profesores universitarios, psiquiatras y psicólogos –algunos lo utilizan en sus consultas para explicar a sus pacientes las consecuencias que tiene este tipo de acoso sobre aquellas personas que lo padecen- sino que está siendo utilizado por otros sectores, como la banca y las grandes corporaciones, para intentar concienciar acerca de esta lacra que lamentablemente está de plena actualidad y que a la luz de los recientes acontecimientos en toda Europa podría sufrir un serio repunte.

El *mobbing* es producto de muchos factores combinados hasta constituir una mezcla letal: factores de la organización, ambientes laborales conflictivos, cambios en el medio laboral, entorno social violento...

A la hora de concebir este mediometraje la preocupación fundamental fue recrear la atmósfera opresiva que debía envolver al personaje de Claudia. Encerrada en su propio drama, tendría que resultarle tremendamente complicado encontrar la salida al laberinto que supone el mobbing. Es por eso por lo que se optó por filmar en el interior de un teatro, en el que necesariamente tendría que discurrir toda la 'dimensión biográfica' de Claudia.

Las otras cuatro dimensiones afectadas por el mobbing serían adjudicadas a distintos espacios dentro del teatro. Así, el proscenio representaría la 'dimensión biológica' de la persona, manifestada por su estado físico: ojeras, caída de cabello, insomnio...



El patio de butacas contendría la 'dimensión interpersonal', amigos, familia, pareja... Los pasillos laterales, próximos a las ventanas, serían testigos de la 'dimensión espiritual, ética, moral'... En la cabina de proyección se desarrollarían las conversaciones de Claudia con su psiquiatra, la 'dimensión psicológica'... Y finalmente, no podíamos olvidarnos del escenario, 'la organización', donde se desarrollaría todo lo relacionado con su entorno laboral, la fuente de todos sus problemas.

En este drama humano son tan importantes los protagonistas que aparecen en escena como los grandes ausentes: servicio de prevención, sindicatos, colegio de médicos, jueces y abogados. Todo ello pone de manifiesto la carencia de medidas eficaces de prevención y control de la violencia interna. En definitiva, se constata la falta de una cultura de calidad y de seguridad para usuarios y sanitarios. Claudia recibe ayuda psicológica y se la cambia de lugar de trabajo, pero la historia de acoso continúa con otro compañero, antes cómplice, ahora víctima.

Llegar al fondo de la cuestión, una necesidad imprescindible

El Dr. Carlos Mingote, otro experto en este tema, propone algunas preguntas que deberíamos realizarnos en nuestro ámbito laboral:

- ¿Conoce usted algún caso de acoso laboral y no ha hecho nada?
- ¿Se siente usted vulnerable en su centro de trabajo?
- ¿Practica usted también "el síndrome de la avestruz"?
- ¿Es usted cómplice?
- ¿Es usted otro acosador?
- ¿Cree que la organización en la que trabaja favorece el mobbing?
- ¿Puede hacer algo usted para mejorar esta situación?

Existe una amplia jurisprudencia sobre el acoso moral, que reconoce las enfermedades derivadas de una conducta de acoso moral como accidente de trabajo (entre otras, las del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 30.4.01, 18.5.01 y 15.6.01), e incluso otras sentencias más recientes que claramente consideran el acoso moral como riesgo laboral que debe ser prevenido por el empresario conforme a las normas generales de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco nº 517/2007 de 20 de febrero).

La Organización Internacional del Trabajo ha recomendado que se desarrollen planes de prevención para que los empleados de todos los estamentos laborales tomen conciencia de esta creciente forma de violencia laboral y encuentren las soluciones necesarias para prevenirla de forma efectiva

Sin embargo, todos los juristas reconocen la gran dificultad de poner en evidencia al acosador y son pocas las sentencias positivas que se obtienen: tanto abogados como jueces creen que es un proceso que merece una constante revisión para mejorar el abordaje judicial del mismo. El XVIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, celebrado en Madrid, lo abordó en una mesa específica donde ésta era una de las conclusiones importantes.

El final de este drama en muchas ocasiones es el suicidio, suicidios que pasan al olvido y que a diferencia de otros crímenes jamás serán investigados.

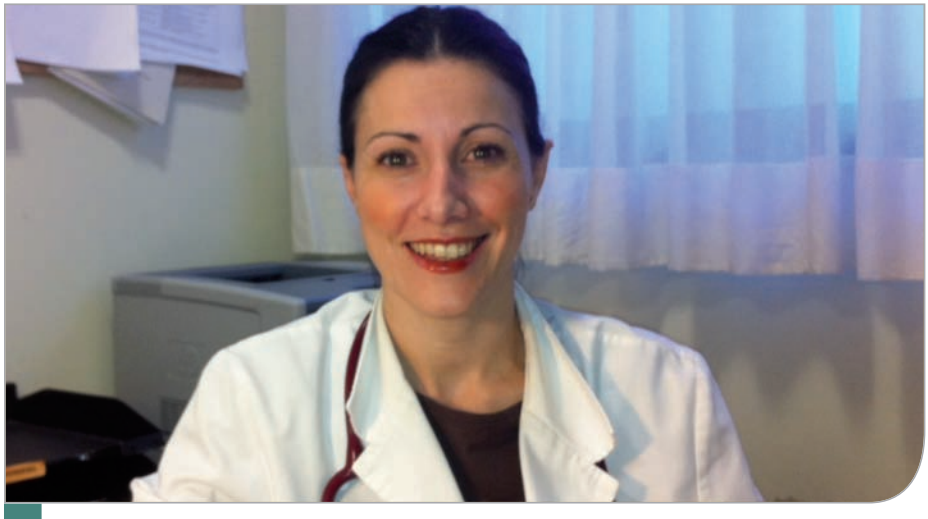
No quisiera terminar este artículo de opinión sin agradecer a la doctora Dolores Crespo, al doctor Carlos Mingote y al Plan de Prevención de la Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid la oportunidad que me dieron de trabajar con ellos y que me hizo tomar conciencia de esta infravalorada y dramática realidad de la que todos los profesionales sanitarios deberíamos tomar conciencia si queremos, sino erradicarla, sí al menos evitar sus nefastas consecuencias ■

ANÁLISIS Y REFLEXIÓN
El Médico
SANIDAD Y SOCIEDAD
TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA
El Médico Interactivo
LA SANIDAD DÍA A DÍA
ACTUALIDAD Y FORMACIÓN

Los malos tratos a los ancianos. Un drama oculto

Autor | Guadalupe Pajares Carabajal. Médico de Familia. Médico de Urgencias de HM Universitario Sanchinarro

"Si las conductas abusivas no son, muchas veces, reconocidas como tales es debido a que se consideran normales o a que, desgraciadamente, no existe capacidad para ser reconocidas". El maltrato a los ancianos es una clara violación de los derechos humanos, un tema frecuente, poco investigado y, en la actualidad, sin apenas armas para prevenir, solucionar o amparar.



Guadalupe Pajares Carabajal

Violencia doméstica y violencia en la sociedad

El abuso y maltrato sufrido por una persona a manos de otra es un tema de investigación con fuerte carga emocional y de valores.

La violencia doméstica comenzó lentamente a emerger con los casos denunciados de mujeres maltratadas y abusos a menores. El maltrato a los ancianos es el último descubrimiento de la violencia familiar.

Este problema específico cuenta con diversas características sanitarias, sociales y personales que lo hacen exclusivo a los ancianos y, por tanto, no deben ni pueden englobarse en los mismos protocolos de actuación, detección y valoración que en el caso de los malos tratos infligidos a mujeres o menores. Además, es causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de autonomía, dignidad, aislamiento y desesperación que con frecuencia tienen carácter irreversible.

"Hace treinta años, todas las sociedades del mundo negaban la existencia de violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La evidencia vino a través de la investigación. Como resultado, la sociedad civil ejerció la presión adecuada para la acción desde los gobiernos. Aquí hay un paralelismo con el maltrato al anciano" (Declaración de Toronto, OMS-IMPEA 2002).

Maltrato a personas mayores: problema desconocido

Los ancianos son un colectivo muy frágil. Para muchos, un colectivo "invisible" y este problema no ha merecido la atención que le corresponde por su magnitud. Esto, probablemente, se debe al propio tema en sí; de cada seis casos de malos tratos, cinco se quedan sin identificar y, en consecuencia, no son notificados (Fenómeno Iceberg).

"El proceso del envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recuperarse nunca del todo de la experiencia sufrida" (II Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento 2002).

Es más difícil reconocer a un anciano maltratado que a un niño que también lo es. En primer lugar, por el aislamiento social a que es sometido. En segundo porque, con frecuencia, ellos mismos lo ocultan; y en tercer lugar porque viven solos o con escasas relaciones fuera del hogar. Los niños, en contraste, nunca viven solos y la ley exige su presencia en las escuelas desde los cinco hasta los dieciséis años, una institución que, además de educar, los protege y detecta el problema con relativa facilidad y rapidez porque hay profesionales formados para ello. Esto no ocurre con el anciano, y por supuesto, no existe la sensibilización, difusión y reconocimiento social que en el caso de los menores o mujeres.

Pueden compararse como fenómeno social en el que es obligatorio actuar pero difieren claramente en cuanto a existencia y eficacia de recursos sociales y sanitarios, ya que apenas se objetivan o son de difícil aplicación.

En el ámbito sanitario es necesario un cambio de actitud de los profesionales. Este es el pilar fundamental de una investigación que estamos llevando actualmente a cabo entre los profesionales de Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias, que son el primer escalón para la detección del maltrato a personas mayores.

Existen dificultades importantes a la hora de abordar tanto el estudio como la intervención en el tema:

1. Descubrimiento reciente y dificultad en su definición.
2. Desconocimiento y/o negación.
3. Falta de investigación, concienciación y difusión.
4. Tolerancia social hacia el problema.
5. Falta de preparación de profesionales y de recursos socio-sanitarios de apoyo.
6. Aislamiento y dependencia que dificultan la detección.
7. Poca atención a un tema de gran magnitud.
8. No existen instrumentos de detección útiles, objetivos y validados.

Nuevo escenario demográfico

Otro problema importante a tener en cuenta es el nuevo escenario demográfico de nuestro siglo, donde se ha producido la revolución de la longevidad.

La esperanza media de vida global al nacer aumenta 20 años desde 1950 y llega a situarse en los 66 años. Se prevé que para 2050 sea de 76 años. El número de personas mayores de 60 años pasará de 600 millones a 2.000 en los próximos 50 años. A mediados de siglo, el porcentaje de la población mundial de personas mayores de 80 años (ó más) es el que crece con más rapidez; por tanto, existirá un aumento de

la dependencia y, en consecuencia, mayor necesidad de recursos.

Prevalencia global del maltrato a personas mayores

Aunque el primer informe científico sobre ancianos maltratados por sus cuidadores se publicó a finales de los años setenta, no ha sido hasta principios de los noventa cuando los profesionales sanitarios y los servicios sociales han comenzado a preocuparse por esta cuestión.

Es un problema poco estudiado pero cuenta con una alta prevalencia global de casos confirmados que varía según las fuentes entre un 3 y 6 por ciento. La prevalencia de sospechas llega a cifras en torno al 50 por ciento.

Los estudios más importantes realizados a la población mayor de 65 años por Pillemer en Estados Unidos en 1988, Podnieks en Canadá en 1992 y Ogg en Inglaterra en 1992, concluyen que oscila entre un 3-6 por ciento. El estudio de incidencia realizado en Estados Unidos por el *National Center on Elder Abuse* estima que más de un millón de personas mayores de 65 años habrían padecido maltrato en 1996 frente a los 735.000 casos de 1991. Este mismo estudio arroja datos de que uno de cada 14 ancianos en domicilio es objeto de maltrato.

Datos hechos públicos en el 23 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en junio de 2000, de un estudio pionero en España, revelaron que de 2.351 ancianos se detectaron 111 casos de maltrato, lo que supone un 4,7 por ciento de esta población. Otros estudios interesantes en España nos muestran una prevalencia en el año 2001 del 11,9 por ciento (Ruiz Sanmartín).

Génesis y etiología. Marco conceptual

Las causas que dan origen a estas conductas

de maltrato han sido estudiadas por diversos autores y existen varias teorías al respecto, pero son complejas, multifactoriales y, por tanto, cada caso detectado debe tener un posterior seguimiento, confirmación y actuación por parte de un equipo multidisciplinar.

Algunas de las teorías aceptadas son las siguientes:

1. Teoría intraindividual, que contempla la causa de la violencia basada en las características de la persona o su entorno.
1. Teoría socio-psicológica, que observa la interacción de la persona con los demás y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta.
1. Las teorías socioculturales, que enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia.

Por otro lado, estamos ante una sociedad que ha cambiado sus valores. Se está continuamente promoviendo, engrandeciendo y apoyando todo aquello que tenga que ver con la juventud, sus necesidades, su valía social y laboral, sin darnos cuenta que se ha discriminado a una población creciente, que se siente útil y quiere seguir siendo parte activa e independiente. Un concepto relacionado con malos tratos a las personas mayores es la imagen como objeto de descuido, falta de respeto, discriminación y desprecio.

Concepto y definiciones de los malos tratos a las personas mayores

La dificultad de la definición resulta común en todas las publicaciones. Glendenning indica que una deficiencia manifiesta en la falta de claridad y precisión en cuanto a la definición es debida a las diferentes perspectivas con que los investigadores se han aproximado al tema del maltrato y no se han unificado conceptos.

La primera definición de maltrato al anciano data de 1987 y fue publicada por la *American Medical Association.*

En 1995, el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano lo define como: "Maltrato al anciano es cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente".

Las definiciones más aceptadas de los diferentes tipos de maltrato a las personas mayores son las difundidas por el *National Center of Elder Abuse* en 1995 y hacen referencia al abuso físico, psicológico, sexual, negligencia, encarnizamiento terapéutico, explotación financiera o abandono.

Otros autores añaden una definición más: "violación de derechos", en la que incluyen la privación de libertad personal, privacidad, voto, conversación, actuación, control sobre propiedad privada... etc.

Una cuestión importante, investigada como estudio cualitativo en España, hace referencia a la percepción de los ancianos sobre las situaciones de maltrato y distinguen dos tipos de matices:

1. El "maltrato" propiamente dicho, que correspondería a una grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, situaciones extremas de abandono...) y que sería muy poco frecuente.
2. Otras "formas menores": son las más frecuentes pero igualmente dañinas para el anciano.

Destacamos los tipos de maltrato más relevante, por el ámbito en el que se desarrolla, la prevalencia y por sus implicaciones:

1-Maltrato institucional y de profesionales

La investigación es escasa, aunque existen evidencias de la existencia de los abusos en los diferentes entornos institucionales, como residencias y hospitales.

Se considera frecuente, entendiéndose que el propio entorno institucional con sus prácticas, normas y falta de recursos es abusivo en sí mismo. El abuso institucional es de los más frecuentes, por lo que es necesaria una mejor formación de los profesionales. Son varias las formas de abuso frecuentes en residencias y, aparte del físico, se da el abuso financiero, sobre-medicación, resignación aprendida, restricción física, sedación...

En 1987 Estados Unidos incorporó la mayor reforma legal de la práctica de los cuidados médicos en residencia (OBRA) y en ella proscribe el uso de restricción física.

En un estudio prospectivo en España con 586 pacientes dependientes atendidos en domicilio por un equipo de soporte sociosanitario, se concluyó lo siguiente:

La elevada prevalencia de abandono y/o negligencia por parte de los profesionales y sus factores asociados, a saber:

1. Pacientes con mayor edad.
2. Peor estado basal.
3. Elevado deterioro cognitivo y clínico.
4. Mayor número de síndromes geriátricos.
5. Mal soporte social.
   - **Negligencia:** no realizar una valoración integral, el uso indebido de la contención física, el uso innecesario de dispositivos de incontinencia, no prestar la atención médica suficiente, etc.
     Falta de explicaciones en sus tratamientos o patologías y pocas actitudes para potenciar la salud y autonomía.
   - **Abuso:** (implica cierta intencionalidad)
     - Falta de consideración y respeto.
     - Infantilización en el trato.
     - Derivaciones innecesarias al hospital.
     - Negación de tratamientos por edad.

En España podemos describir como maltrato institucional aquellas situaciones de desigualdad de recursos sociales y sanitarios.

Los servicios de ayuda a domicilio, centros

de día y residencias ofrecen una cobertura muy por debajo de las necesidades recomendadas así como la sobrecarga del servicio de Atención Primaria, unidades de Geriatría, unidades de Media Estancia y centros especializados para este tipo de pacientes.

"Los cuidados y atenciones de que es objeto el anciano enfermo están más en función de los recursos del sistema que de las necesidades del anciano".

2-Maltrato en el entorno: familia y cuidador principal

La familia sigue siendo el principal apoyo cotidiano para los ancianos en nuestro país y presta una parte esencial de los servicios a los mayores. Es importante tener en cuenta que el cuidador suele asumir una tarea compleja y prolongada cuya duración suele ser de años.

Estas y otras circunstancias terminan agotando al cuidador que no tiene formación para ello, ni asesoría de personal adecuado, ni recurso social que apoye a diario esta situación.

Mientras, la fragilidad del anciano aumenta y la sobrecarga del cuidador más. Es en esta circunstancia cuando suele aparecer el maltrato.

Los ancianos maltratados no acostumbran a reconocerse maltratados. Según un estudio en España, el 55 por ciento de los agresores en un caso de maltrato a ancianos eran los hijos, 12 por ciento el cónyuge, 7 por ciento hermanos y un 25 por ciento otras personas.

La situación exige valorar las características del agresor que, con mucha frecuencia, es el cuidador principal, víctima a su vez de falta de recursos económicos, dependencia, sobrecarga y enfermedades.

Ejemplo:

El abandono significativo en la higiene de una persona mayor con demencia, producido por la claudicación de su hija –cuidadora principal- tras seis años de cuidados, supone realmente "malos tratos". Sin embargo, difícilmente se le puede acusar a esta hija de "maltratadora" o "agresora".

En un estudio de 1991 se constató que el agresor más frecuente fue el cuidador familiar (hijo/cónyuge). En un estudio más reciente, por un periodo de nueve meses consecutivos se detectaron nueve casos de ancianos con alta probabilidad de maltrato. Más de la mitad de los cuidadores habituales eran mujeres, mayores de 60 años, que dedicaban más de 12 horas diarias a la atención del anciano, con un nivel educacional medio o bajo, mala situación económica y con una relación familiar distante previa.

Está demostrado que la mala relación familiar previa, el alcoholismo, la dependencia económica y funcional, las situaciones marginales y el estrés del cuidador son factores de riesgo fundamentales a tener en cuenta.

En el contexto de las recomendaciones realizadas por los diversos expertos, se considera obligado como "Patrón Oro" del diagnóstico de maltrato incluir un equipo multidisciplinar de profesionales especialistas en el campo del Derecho, Bioética, Enfermería, médicos de Atención Primaria y geriatras que trabajen de manera conjunta en cada caso particular

La mayor parte de los malos tratos se producen de forma no intencionada y pueden requerir de los profesionales mucho más apoyo que juicio moral.

Factores de riesgo de maltrato a las personas mayores

La identificación de los factores de riesgo es crucial para llegar a una prevención primaria que pueda evitar el maltrato. Nueve de cada diez especialistas en Geriatría valoran la necesidad de mantener presente la sospecha del diagnóstico de maltrato en todos los pacientes ancianos y no se informa porque no se conoce.

Para que la identificación sea completa hemos de tener en cuenta factores de riesgo de la propia víctima, de sus cuidadores y del entorno.

Los dos estudios más extensos estiman que la dependencia física y mental es el factor de riesgo más importante en un caso, y en el otro lo son el abuso de alcohol y malas relaciones previas entre víctima y abusador además de dependencia económica mutua y el estrés del cuidador.

Detección y prevención del maltrato a las personas mayores

Creemos importante destacar unos indicadores de alarma que suelen asociarse específicamente con algunos tipos de maltrato y se basan en una exploración física detallada y completa. Por otro lado, gran parte de las escalas de detección aplicadas en otros países se basan en mantener la sospecha ante la aparición de cualquiera de estos signos.

Además de la historia clínica, conocer los signos de alarma y las distintas presentaciones clínicas, necesitamos un instrumento de detección eficaz y eficiente que permita identificar a una población en riesgo, en base a su sensibilidad y especificidad.

No existe, hasta el momento, este instrumento y es el objetivo de nuestra próxima investigación.

Estas escalas deberían ser aplicadas en el entorno del anciano, preferentemente desde la Atención Primaria o Urgencias. Debe consumir un tiempo razonable y estar ajustado a las necesidades de cada caso.

La recomendación más aceptada para prevenir estas situaciones es sensibilizar y formar a la sociedad y a los profesionales para, posteriormente, ser capaces de detectar los indicadores o factores de riesgo de maltrato.

Consideraciones generales para el diagnóstico e intervención

Cuando existe intencionalidad para infligir malos tratos o riesgo vital para el anciano, la respuesta tendrá que ser predominantemente legal, con un objetivo inicialmente protector, en segundo lugar rehabilitador y, en tercer lugar, sancionador.

El objetivo protector debe tener en cuenta siempre la decisión autónoma de la persona mayor competente.

En el resto de los casos, que son la gran mayoría, afortunadamente, lo recomendable es que los abordajes profesionales y éticos, sobre todo de carácter preventivo, sean preferibles a los abordajes legales y sancionadores, que sólo pueden ser justificables de manera excepcional, después de haber agotado otras posibilidades.

En el contexto de las recomendaciones realizadas por los diversos expertos se considera obligado como "Patrón Oro" del diagnóstico de maltrato incluir un equipo multidisciplinar de profesionales especialistas en el campo del Derecho, Bioética, Enfermería, médicos de Atención Primaria y geriatras que trabajen de manera conjunta en cada caso particular.

Conclusiones y reflexiones

Como colectivo sanitario privilegiado por la accesibilidad de estos pacientes a nuestros servicios tenemos la obligación, además de la responsabilidad, de estar alerta y sospecharlo. Debemos formarnos e implicarnos en un tema de gran impacto para aquellos que lo padecen o pudieran estar en riesgo de padecerlo.

Tengamos presente los principios de Bioética: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Cuanto menor sea la dependencia y mayor la posibilidad de elección de la persona mayor, menor será el riesgo de malos tratos ■

Documentación y fuentes

1. Pillemer K. Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample Surrey. Gerontologist 1988, 28: 51-57.
2. Podnieks E. National Survey of the abuse on the elderly in Canada. Journal of elder abuse neglect. 1992, 4: 5-58. (on line).
3. Ogg J., Benet GCJ. Elder abuse in Britain. BMJ. 1992; 305.
4. The National Elder Abuse Incidence Study Final Report (online). Sep 1998.
5. Glendenning F. Whats is elder abuse and neglect. En: Decalmer P, Glendenning F, eds. The Mistreatment of Elderly People. Londres: SAGE, 1993. P l-34.
6. Marin N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Diez A Et al. Síndrome del Maltrato y Abuso en el Anciano. Rev. Española de Geriatría y Gerontología 1991. 26 (1): 40-46.
7. Robert N, Butler MD. Warning signs of Elder Abuse. Geriatrics. 2000 54N 3-4.
8. Kalache, A., Perel Levin S. Programa del Envejecimiento y Ciclo de la Vida. OMS. 2002.
9. Ruiz Sanmartín A. Et al. Violencia Doméstica: prevalencia de sospecha de maltratos a ancianos. 2001. At. Primaria. Vol 27 Num 5. 31 de Marzo.
10. Bazo M.T. Neglicencia y malos tratos en personas mayores en España. Rev Española de Geriatría y Gerontología 2001; 36 (1): 8-14.
11. Sánchez Del Corral, F., y otros (2004): Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano, Revista española de geriatría y gerontología, 2004.
12. Moya, A., y Barbero, J. (2003): Malos tratos en personas mayores: marco ético, Revista española de geriatría y gerontología, 2003, 38(2), pp. 177-185.
13. Ruipérez Cantera, I.: Negligencia, abuso y maltrato en las personas mayores, Congreso CEOMA.
14. Paniagua Fernández, R., y Mota López, R.: Violencia hacia los mayores. La más grave discriminación por edad.
15. Bazo, T.: Vejez dependiente, políticas y calidad de vida, en Papers, n.º 56, pp. 143-161.
16. Bazo, T. (2001): Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España, Revista española de geriatría y gerontología, 2001, 36(1), pp. 8-14.
17. Sánchez Del Corral, F., y Sancho Castiello, M. T. (2004): Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
18. Moya Bernal, A., y Barbero Gutiérrez, J. (2005): Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Enlaces de interés

1. Portal IMSERSO: http://www.imsersomayores.csic.es
2. Sociedad española de Geriatría y Gerontología: http://www.segg.es
3. Sociedad española de medicina familiar y comunitaria: http://www.papps.org/recomendaciones/2001/pdf
4. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia: http://gva.es/violencia/#
5. Centro nacional para el maltrato de adultos mayores (NCEA): http://www.elderabusecenter.org
6. Comité nacional para la prevención del maltrato a adultos mayores (NCPEA): http://www.preventelderabuse.org
7. Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez: http://www.inpea.net
8. Centro de intercambio de información sobre maltrato y abandono de adultos mayores: http://db.rdms.udel.edu:8080/CANE/index.jsp
9. Organización nacional de asistencia a las víctimas: http://try-nova.org/Victims/elderly_abuse.html
10. Elder Abuse Preventio: http://www.elderabuseprevention-eastbay.org
11. Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/hpr/ageing

AULA de la FARMACIA

estrena nueva web

- Cursos de Formación Acreditada
- Noticias
- Actualizaciones
- Revista a texto completo
- Buscador

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

saned GRUPO

Nueva receta médica privada: Un cambio importante

Autor | Jesús Ortega Limón. Presidente de Mibox Technology

El nuevo Real decreto 1718/2010, de 17 de Diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, tanto públicas como privadas, entró en vigor en enero de 2011 y se daba un plazo de dos años para la adaptación a este Real Decreto, por lo que desde el 21 de enero de 2013, es ya de obligado cumplimiento. Esta nueva normativa afecta sustancialmente a la manera de trabajar de los diferentes profesionales de la salud que están en el proceso de la prescripción privada, como son los médicos, podólogos, odontólogos, y en el de la dispensación para las oficinas de farmacia, por lo que es muy importante que se vayan adaptando a los nuevos cambios que conlleva la aplicación de esta norma y cumplir con ella desde enero.

Jesús Ortega Limón

Este nuevo Real Decreto introduce importantes medidas antifraude en la receta tradicional en papel para el ejercicio asistencial privado. Ya no será válida la receta privada en una cuartilla en blanco, con un sello de caucho y la firma del médico que prescribe. La ley exige un formato de receta elaborado con una serie de normas y con unas medidas antifraude y de trazabilidad parecidas a las empleadas en la Sanidad pública.

El nuevo Real Decreto introduce importantes medidas antifraude en la receta tradicional en papel para el ejercicio asistencial privado

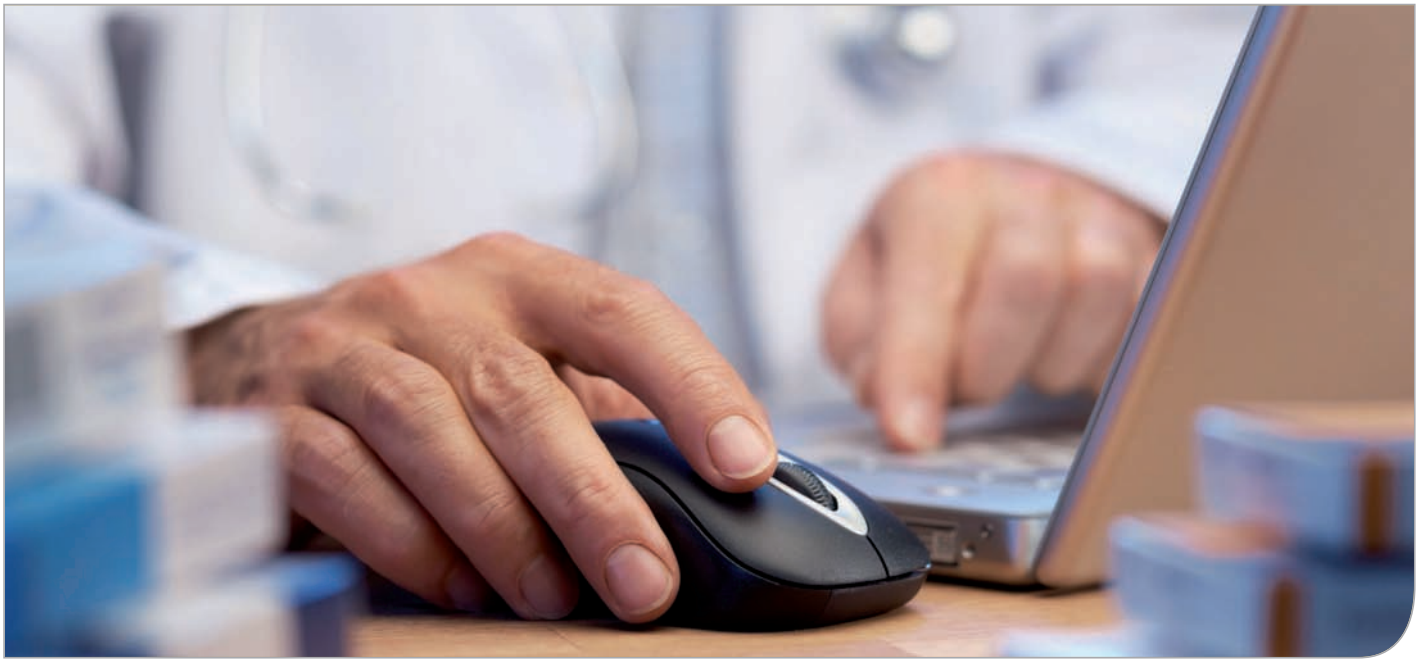
Por todo ello, Mibox Technology ha puesto en marcha un sistema de prescripción asistida y colaborativo, denominado *Evidence cloud*, entre cuyos servicios se encuentra la confección, emisión y edición de la nueva receta médica privada, para que pueda estar al alcance de toda la clínica privada española, ajustada a la legalidad vigente, que le permite trabajar con calidad, seguridad y eficiencia.

La adhesión de los profesionales al sistema colaborativo de *Evidence cloud* se ha situado en el mercado como el modelo más aceptado por ser la solución más avanzada, ágil, experta, segura y eficiente de las que concurren, la más extendida y con la que ya cuentan miles de profesionales de la Medicina privada.

La nueva receta médica podrá ser expedida en papel, para ser cumplimentada manualmente o de modo informático y podrá gestionarse de manera electrónica. La receta en formato papel, tanto para su cumplimentación manual como informatizada, deberá ser realizada sobre impresos ajustados a un modelo legalmente preestablecido.

Estos impresos tienen que estar emitidos con medidas de seguridad, que garanticen su autenticidad, que sean una receta única (un código único) y que puedan ser dispensables y verificables en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

La receta según el formato oficial exigido tendrá dos partes, una relativa a la receta propiamente dicha, y otra parte para el paciente–hoja de información al paciente-. Las dimensiones aproximadas de la receta y el contenido mínimo exigible tanto de la



receta propiamente dicha como de la hoja de información del paciente están establecidas.

No se podrán prescribir varios fármacos en cada receta como hasta ahora, sino que solo se permitirá un fármaco en cada una de ellas

La emisión de recetas está sometida a nuevas exigencias, como son la obligación de establecer y documentar las instrucciones al paciente junto con la receta médica privada, los datos obligatorios que hay que cumplimentar para su validez, el nuevo número de envases máximo que se pueden prescribir en cada receta, la forma y los plazos máximos que ha de soportar un plan terapéutico para los tratamientos de larga duración, los periodos de validez de la receta, las formas de firma de los diversos tipos de receta, los aspectos relativos a la protección de datos del paciente, los modos de homologación de los distintos tipos de receta electrónica, y por último los requisitos vinculados a la dispensación de las recetas médicas privadas y al comportamiento de las oficinas de farmacia en relación con ello.

En el cuadro siguiente, se detallan los con-

Tabla 1. **Datos obligatorios de la receta**

Respecto	Descripción
Del Paciente	1. Nombre, dos apellidos 2. Año de nacimiento. 3. Número de DNI o NIE del paciente. En el caso de que el paciente no disponga de esa documentación se consignará en el caso de menores de edad el DNI o NIE de alguno de sus padres o, en su caso, del tutor, y para ciudadanos extranjeros el número de pasaporte.
Del Medicamento o producto	1. Denominación del principio/s activo/s o del medicamento. 2. Dosificación y forma farmacéutica. 3. Vía o forma de administración, (en caso necesario). 4. Posología: número de unidades de administración por toma, frecuencia de las tomas (por día, semana, mes) y duración total del tratamiento. 5. Formato (nº Und./Env. o contenido). 6. Número de envases o unidades a dispensar.
Del médico prescriptor	1. Nombre y dos apellidos. 2. Población y dirección donde ejerza. 3. Número de colegiado y, 4. Especialidad oficialmente acreditada que ejerza, en su caso. 5. Firma será estampada personalmente en recetas en soporte papel y firma electrónica en las recetas electrónicas (conforme con los criterios establecidos por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos).
Otros datos	1. La fecha de prescripción (día, mes, año). 2. En el caso de dispensaciones sucesivas de tratamientos crónicos o medicamentos de dispensación renovable: la fecha prevista de dispensación (día, mes, año). Solo en recetas en soporte papel. 3. En el mismo caso: N.º de orden de la dispensación de la receta. Solo en recetas en soporte papel. 4. Cláusula informativa al paciente en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Solo en recetas en soporte papel.
Gestión de los datos	1. Datos claramente legibles, sin enmiendas ni tachaduras, a no ser que éstas hayan sido salvadas por nueva firma del prescriptor. Adicionalmente pueden emplearse codificación con caracteres ópticos.

Tabla 2. Hoja de instrucciones al paciente

Aspecto	Descripción
Objetivo	Recoger la información del tratamiento necesaria para facilitar al paciente el uso adecuado de los medicamentos o productos sanitarios prescritos y el diagnóstico, si procede, a juicio del prescriptor.
Carácter	De entrega obligada al paciente.
Datos obligatorios	1. Datos del Paciente: a. Nombre, dos apellidos b. Año de nacimiento. c. Número de DNI o NIE del paciente. 2. Datos del Medicamento o producto: a. Denominación del principio/s activo/s o del medicamento. b. Dosificación y forma farmacéutica. c. Vía o forma de administración, (en caso necesario). d. Posología: número de unidades de administración por toma, frecuencia de las tomas (por día, semana, mes) y duración total del tratamiento. e. Formato (nº Und./Env. o contenido). f. Número de envases o unidades a dispensar. 3. Datos del médico prescriptor: a. Nombre y dos apellidos. b. Población y dirección donde ejerza. c. Número de colegiado y, d. Especialidad oficialmente acreditada que ejerza, en su caso. e. Firma será estampada personalmente en recetas en soporte papel y firma electrónica en las recetas electrónicas. 4. Diagnóstico e instrucciones: a. Diagnóstico, si procede, a juicio del prescriptor. b. Instrucciones para facilitar al paciente el uso adecuado del medicamento o producto sanitario prescrito. 5. Otros datos: a. La fecha de prescripción (día, mes, año). b. En el caso de dispensaciones sucesivas de tratamientos crónicos o medicamentos de dispensación renovable: la fecha prevista de dispensación (día, mes, año). Solo con recetas en soporte papel. c. En el mismo caso: N.º de orden de la dispensación de la receta. Solo con recetas en soporte papel. d. Cláusula informativa al paciente en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Solo con recetas en soporte papel.
Formato	1. Ha de estar diferenciada de la receta pudiendo ser separable de la misma, o bien constituir un impreso independiente. 2. Dimensiones aproximadas 22 por 12 centímetros o tamaño DIN A-4, adoptándose la que se estime más adecuada para facilitar al paciente la información de su tratamiento.

tenidos mínimos obligatorios que ha de contener la receta (Tabla 1).

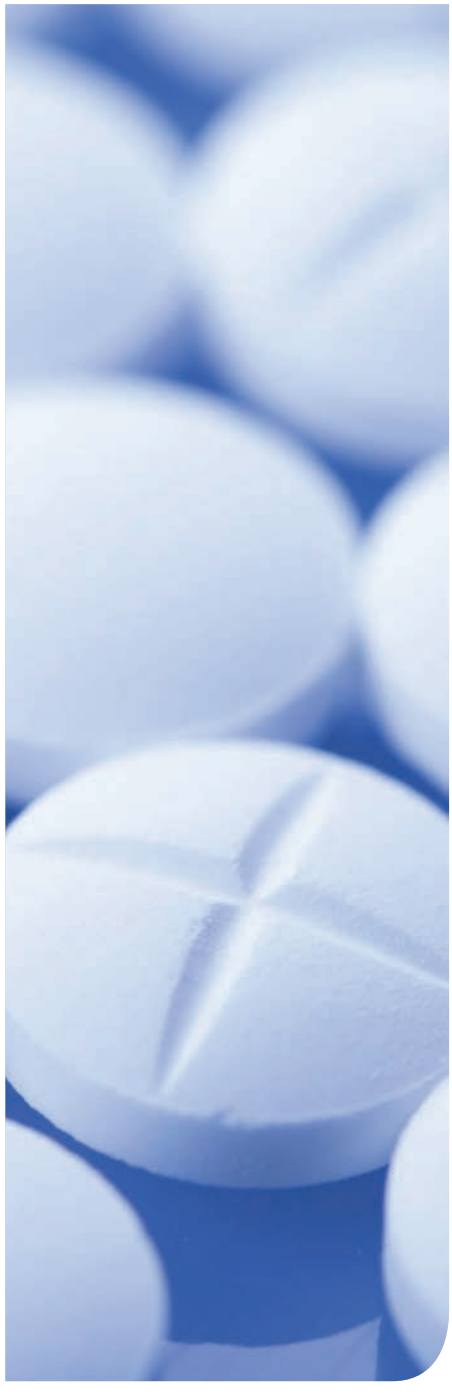
Es obligatorio que cada receta tenga dos partes separables, una parte para la oficina de farmacia y otra para el paciente. Ambas deben de tener toda la información acerca del paciente, del prescriptor y del fármaco prescrito con su posología y normas de administración completas (Tabla 2).

No se podrán prescribir varios fármacos en cada receta como hasta ahora, sino que solo se permitirá un fármaco en cada una de ellas (Tabla 3).

Para adherirte al sistema colaborativo de

Tabla 3. **Criterios de prescripción y validez de la receta en soporte papel**

Aspecto	Descripción
Criterios de prescripción	1. Número de medicamentos y Nº de Envases: a. En cada receta médica en soporte papel se podrá prescribir un solo medicamento y un único envase del mismo, con las siguientes excepciones: • Un medicamento y hasta cuatro envases por receta: - Presentaciones en unidosis y por vía parenteral del grupo terapéutico «J01 Antibacterianos para uso sistémico», a excepción de los subgrupos J01E, J01M y J01R. - Viales multidosis (excepto cartuchos multidosis) del grupo terapéutico A10A «Insulinas y análogos». - Medicamentos que contengan sustancias estupefacientes incluidas en la lista I de la Convención Única de 1961 de estupefacientes, de acuerdo con la normativa específica de aplicación - Medicamentos de diagnóstico hospitalario • Un medicamento y hasta dos envases por receta - Presentaciones orales del grupo terapéutico «J01 Antibacterianos para uso sistémico», a excepción de los subgrupos J01E, J01M y J01R, siempre que tengan la misma Denominación Común Internacional (DCI), dosis, forma farmacéutica y formato b. En una misma receta médica no podrá prescribirse conjuntamente medicamentos con productos sanitarios. c. las fórmulas magistrales y preparados oficinales no podrán prescribirse conjuntamente en una misma receta médica con otros medicamentos. d. Para las presentaciones de medicamentos autorizados en unidosis cuyo embalaje exterior coincida con su acondicionamiento primario, se podrán prescribir un solo medicamento y un envase por receta, con las mismas excepciones. e. en cada receta sólo se podrá prescribir una fórmula magistral o un preparado oficinal
Requisitos de validez	1. Consignación de los datos básicos obligatorios en la receta y en la hoja de información para el paciente. 2. Se consignará obligatoriamente la fecha de prescripción. 3. En el caso de recetas para dispensaciones sucesivas de tratamientos crónicos o medicamentos de dispensación renovable, será obligatoria la consignación de la fecha prevista para su dispensación, cuando se extiendan varias recetas con la misma fecha de prescripción y el número de orden de dispensación de cada receta médica. Solo en caso de recetas en soporte papel.
Periodo de validez	1. Es válida para una dispensación por la oficina de farmacia con un plazo máximo de diez días naturales a partir de la fecha de prescripción o, cuando conste, de la fecha prevista por el prescriptor para su dispensación. 2. En los casos de prescripciones de vacunas individualizadas antialérgicas y vacunas individualizadas bacterianas, el plazo de validez de recetas de será de un máximo de noventa días naturales a partir de la fecha consignada.
Duración del tratamiento	1. Con carácter general, el plazo máximo de duración del tratamiento que puede ser prescrito en una receta es de tres meses. 2. Excepcionalmente, las administraciones sanitarias competentes, podrán ampliar hasta los seis meses el plazo de duración máximo.



receta médica privada *Evidence cloud* se puede entrar en www.evidencecloud.es. Esta nueva herramienta permitirá que médicos, odontólogos, podólogos y las clínicas privadas españolas dispongan de forma gratuita de una solución segura, profesional, ágil, científica, y reglada, en la toma de sus decisiones, para la prescripción asistida de las recetas médicas privadas, en cualquier soporte (papel, informatizada y electrónica)

FOROS EN SALUD MENTAL
Israel Pizarro
Lundbeck España

SE CONCLUYE EN UNA JORNADA ORGANIZADA POR EL MÉDICO EN COLABORACIÓN CON LA FUNDACIÓN BAMBERG Y LUNDBECK ESPAÑA

El nuevo modelo de atención a la Salud Mental en la Comunidad Valenciana debe estar basado en la integración y la eficiencia, y siempre orientado al paciente

Texto Ana Montero Fotos Paco Romero

FOROS EL MÉDICO

Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana

Expertos en Salud Mental de la Comunidad Valenciana se han reunido para debatir en torno al Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la comunidad autónoma, y analizar sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos de futuro, en el marco de una jornada clausurada por el ahora ex conseller de Sanidad, Luis Rosado, y en ese momento titular del Departamento, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, y la Fundación Bamberg, en colaboración con Lundbeck España.

Expertos en Salud Mental de la Comunidad Valenciana han analizado las fortalezas y debilidades del Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, que lleva más de una década en vigor en la comunidad, y han puesto sobre la mesa algunos retos de futuro, entre otros, que el nuevo modelo de atención a la Salud Mental debe estar basado en la integración y la eficiencia, y ha de estar orientado al paciente. Así pues, en estos momentos el Plan Director se encuentra en una fase de análisis de situación para adaptarse a las nuevas necesidades y realidades de los pacientes, pasando de un escenario de enfermedades a un enfoque de personas con enfermedad. Una reorientación importante que tiene que servir para alcanzar una mayor y mejor eficiencia en la coordinación de los recursos existentes y donde es muy importante también hacer hincapié en la promoción y en la prevención de la salud.

En estos momentos el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica está en una fase de análisis de situación para adaptarse a las nuevas necesidades y realidades de los pacientes

En dicho encuentro han participado los principales responsables en ese momento de la política sanitaria y de la atención de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana. Así, junto al en ese momento conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Luis Rosado, que clausuraba la jornada, organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, y la Fundación Bamberg, en colaboración con Lundbeck España, la única multinacional farmacéutica especialista en patologías del sistema nervioso central, se ha contado con la participación de: Guillermo Ferrán Martínez, director general de Ordenación y Asistencia Sanitaria; Manuel Escolano Puig, director general de Investigación y Salud Pública; Celia Ortega Ruiz, directora general de Familia y Mujer; Pilar Collado, directora general de Personas con Discapacidad y Dependencia; Manuel Yarza Cañellas, director de Gestión Sanitaria para la Cronicidad; Sofía Tomás Dols, directora de Gestión Sanitaria para las Drogodependencias; José Luis Trillo Mata, subdirector general de Farmacia y Productos Sanitarios; Elías Ruiz Rojo, subdirector general de Promoción de la Salud y Prevención; José Luís Rey Portolés, subdirector general de Atención a la Cronicidad, Salud Mental y Drogodependencias; Juan José Moreno Murcia, psicólogo clínico y responsable del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria; Francisco Traver, coordinador de Salud Mental de Castellón; Luis Rojo; coordinador de Salud Mental de Valencia; y Mª Angustias Oliveras, coordinadora de Salud Mental de Alicante.

Todos ellos han coincidido en que en el ámbito de la Salud Mental se ha recorrido un importante camino pero aún queda mucho por recorrer en materia de atención, rehabilitación y coordinación. De este modo, entre los retos principales, los expertos han evidenciado la necesidad de optimizar los recursos; de reforzar la coordinación intra e interinstitucional; la integración; de mejorar los circuitos asistenciales con equidad y de protocolizar más las intervenciones terapéuticas. En este sentido, desde la Comunidad Valenciana se apuesta por un nuevo modelo de atención a la Salud Mental que se amolde mejor a las demandas de los pacientes y usuarios; que eleve la eficiencia; que aumente la coordinación y que racionalice los recursos existentes. Se trata, en definitiva, de adaptar el último Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, que lleva más de una década en vigor, a una nueva realidad, caracterizada por la situación de recesión económica, el aumento de la demanda asistencial, y la necesidad de coordinar e integrar el trabajo de todos los profesionales e instituciones implicados en el manejo de los trastornos mentales. Así pues, aunque el Plan Director "está ya obsoleto, a pesar de los excelentes resultados que nos ha dado hasta el momento", como ha señalado el director general de Ordenación y Asistencia Sanitaria, Guillermo Ferrán, "sí existe un margen de mejora en este ámbito", según palabras de Manuel Escolano Puig, director general de Investigación y Salud Pública.

En esta línea, también intervenía Mª Angustias Oliveras, coordinadora de Salud Mental de Alicante, quien recordaba que la Comunidad Valenciana ha sido pionera en muchos aspectos, como por ejemplo, en la implementación del protocolo para el traslado e internamiento involuntario de aquellos pacientes que en circunstancias excepcionales así lo requieran, teniendo siempre como eje de la intervención la adecuada coordinación entre dispositivos y el respeto de los derechos fundamentales de los enfermos y su dignidad como personas. En este sentido, este protocolo, que se implementó primero en Alicante y luego en toda la comunidad autónoma, es un primer paso para respetar y garantizar los derechos fundamentales del enfermo, "a partir de la puesta en marcha del protocolo, la asistencia a la urgencia psiquiátrica del pa-

ciente ya es una asistencia más que hace el médico de cabecera, sin el menor estigma y discriminación", ha señalado la experta.

En los mismos términos intervenía José Luis Rey Portolés quien ha señalado que en la Comunidad Valenciana se han integrado todas las estructuras asistenciales de las diputaciones en una única red; se han desplegado todas las unidades de Salud Mental; y se ha integrado la Psiquiatría como una especialidad más entre la red asistencial de especialistas, "hemos alcanzado los objetivos principales del Plan, ahora nos queda avanzar en optimizar recursos; en mejorar la coordinación, especialmente con los recursos de recuperación y reinserción; y también en centrar nuestra acción en las personas con enfermedad y no de forma genérica en las enfermedades", aspecto este último que, según Luis Rojo, coordinador de Salud Mental de Valencia, "es complicado porque exige grandes cambios formativos básicos", de manera que, como ha apuntado Rojo, "una Psiquiatría centrada en el paciente implicará más recursos y más profesionales". Igualmente, el experto se ha referido al camino recorrido, "en el desarrollo de los servicios se ha cubierto de manera clara la asistencia hospitalaria", pero ha reconocido que en el nivel ambulatorio "aún es mejorable". Además, según Rojo, el desarrollo profesional continuo es uno de los retos en los que deberá entrar la Consejería.

Se apuesta por un nuevo modelo de atención a la Salud Mental que eleve la eficiencia, aumente la coordinación y racionalice los recursos existentes

De la misma forma se expresaba el propio conseller de Sanidad, para quien "es evidente que tenemos muchos retos por delante" y, entre ellos, el problema, aún sin resolver adecuadamente, de la atención de los pacientes con trastornos mentales que, tras ser atendidos por los servicios de Salud Mental por un evento puntual, son dados de alta. "Podemos considerarnos satisfechos con la atención que prestamos a los problemas agudos de Salud Mental, pero nos enfrentamos a enfermedades crónicas y, por eso, es importante estructurar una atención integral que responda a las necesidades de estas personas una vez abandonan la atención sanitaria aguda y tratan de reinsertarse en la sociedad". De manera que la dificultad no está en el tratamiento del enfermo agudo, sino en la

reinserción social del paciente y en cómo entra de nuevo en el sistema. Así pues, como principal medida a adoptar, el máximo responsable de la Sanidad en la Comunidad Valenciana en el momento en el que se celebraba esta jornada, proponía "la creación de una comisión o foro permanente de asesoramiento de profesionales en temas de Salud Mental", compuesto, entre otros, por pacientes activos; asociaciones de pacientes; profesionales de la salud de distintos ámbitos; y responsables de los dos principales departamentos implicados directamente en este problema, como es el de Sanidad y Bienestar Social, así como otros actores cruciales en este ámbito, "para avanzar en la integración".

Además, los expertos han coincido en que es conveniente una reflexión sobre cómo satisfacer mejor las demandas asistenciales e incluso procurar anticiparse a ellas. Al respecto, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana dispone de una Cartera de Servicios de Salud Mental propia y complementaria de la ministerial, y, en estos momentos, de cara al futuro, para la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental, se está trabajando en una fase de análisis de situación para adaptarse a las nuevas necesidades y realidades de los pacientes, sus familias y de la propia organización. Así pues, tanto su desarrollo como su finalización estará en sintonía con la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y con el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud; contará con el consenso y la colaboración de otros departamentos, como el de Bienestar Social; y se tratará de consensuar al máximo con el resto de agentes implicados.

CONCLUSIONES JORNADA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

En el ámbito de la Salud Mental, se ha recorrido camino pero aún queda por recorrer. Entre los retos principales, los expertos han evidenciado la necesidad de optimizar los recursos; de reforzar la coordinación intra e interinstitucional; la integración; de mejorar los circuitos asistenciales con equidad; y protocolizar más las intervenciones terapéuticas. Especialmente en aquellos casos de personas que sufren Trastornos Mentales Graves (TMG) conviene orientarse hacia un nuevo concepto de "recuperación" de sus competencias neurocognitivas y personales -ampliando el concepto de rehabilitación social- de los pacientes. Habría que saber aprovechar la situación de crisis y tratar de convertirla en catalizadora de aquellos cambios organizativos que sean convenientes para mejorar la calidad asistencial y la continuidad de cuidados de los pacientes. Puede suponer una oportunidad para racionalizar ciertos procesos de los sistemas de salud, despegarse de rutinas ineficaces, priorizando las decisiones planificadoras y de gestión clínica con criterios de equidad y eficiencia.

Es conveniente una reflexión sobre cómo satisfacer mejor las demandas asistenciales e incluso procurar anticiparse a ellas. La Consejería de Sanidad dispone de una Cartera de Servicios de Salud Mental propia y complementaria de la ministerial. En estos momentos el futuro nuevo Plan de Salud Mental se está trabajando en una fase de análisis de situación para adaptarse a las nuevas necesidades y realidades de los pacientes, sus familias y de la propia organización. Tanto su desarrollo como su finalización estará en sintonía con la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS y con el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud. Contará con el consenso y la colaboración de otros departamentos como el de Bienestar Social y se tratará de consensuar al máximo con el resto de agentes implicados.

Se ha pasado de un escenario de enfermedades a un enfoque de personas con enfermedad. Esta reorientación tiene que servir para alcanzar una mayor y mejor eficiencia en la coordinación de los recursos existentes. Es muy importante también hacer hincapié en la promoción y en la prevención de la salud.

La atención a la Salud Mental dispone de un circuito asistencial que tiene en la Atención Primaria su primer eslabón. Es un eje de intervención que hay que potenciar. Estos profesionales mantienen un contacto directo con los pacientes para el cuidado de su salud en general. Por tanto son muy importantes también en el ámbito de la Salud Mental. La colaboración entre ellos y los profesionales de la Atención Especializada es una clara oportunidad de mejora. Los trastornos mentales graves tienen una potencial carga de discapacidad y cronicidad. Por ello es igualmente necesaria la colaboración fluida y permanente con los dispositivos y recursos que son competencia de la Consejería de Bienestar Social.

La Comunidad Valenciana ha sido una de las pioneras en la implementación del protocolo para el traslado e internamiento involuntario de aquellos pacientes que en circunstancias excepcionales así lo requieran, teniendo siempre como eje de la intervención la adecuada coordinación entre dispositivos y el respeto de los derechos fundamentales de los enfermos y su dignidad como personas.

Habrá que orientar los esfuerzos hacia la población infanto-juvenil, con recursos intermedios rehabilitadores de media y larga estancia, mejorando también la eficiencia de los recursos disponibles.

La teleasistencia también en Salud Mental puede ofrecer nuevas herramientas que deberán ser estudiadas para cada caso en particular. Puede aportar interesantes perspectivas de futuro.

Se ha puesto en marcha la figura del coordinador provincial. Ello supone un elemento de cohesión entre la Consejería de Sanidad y la red asistencial, a la vez que éstos se conforman en un grupo asesor permanente a los órganos de dirección y planificación en materia de Salud Mental. Se va a realizar un esfuerzo por coordinar los recursos y propiciar la equidad, la accesibilidad y la oportunidad de crear una continui-

No sólo coordinar mejor sino integrar

Y es que la coordinación pasa por ser, según se ha puesto de relieve en este foro, la clave del éxito. Según Guillermo Ferrán, "sin coordinación no es posible afrontar los retos pendientes". Es más, para el Dr. Francisco Traver, coordinador de Salud Mental de Castellón, "ya no se trata de coordinar mejor, sino de integrar"; una integración que "nos va a llevar a la excelencia en el cuidado de las personas con trastornos mentales", según Mª Angustias Oliveras, quien también ha subrayado que "se sigue necesitando una discriminación positiva para la Salud Mental, por la complejidad y por los retos futuros que ésta va a plantear. En estos momentos, la Psiquiatría de la Comunidad Valenciana está en un punto en el que con poco más de esfuerzo organizativo, solventado bolsas de ineficiencia, podrían obtenerse beneficios exponencialmente mejores y más brillantes".

Por su parte, Juan José Moreno Murcia, responsable del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria, manifestaba que "hemos de pasar de un modelo de atención basado en las enfermedades a otro orientado en el paciente, que debe ser el eje del sistema". Un sistema que, a juicio de Guillermo Ferrán, "debe estar asentado en la Atención Primaria, que juega un papel esencial en el manejo y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales". Y es que, teniendo en cuenta la cronicidad de la enfermedad mental, para el experto, la Atención Primaria desempeña una función muy importante como primer evaluador fundamental en la atención sanitaria, de ahí la importancia de la formación de los profesionales en este ámbito. En definitiva, la atención a la Salud Mental dispone de un circuito asistencial que tiene en la Atención Primaria su primer eslabón, un eje de intervención que hay que potenciar, puesto que los profesionales que lo integran mantienen un contacto directo con los pacientes para el cuidado de su salud en general y también en el ámbito de la Salud Mental. Así pues, la colaboración entre ellos y los profesionales de la Atención Especializada es una clara oportunidad de mejora ya que los trastornos mentales graves tienen una potencial carga de discapacidad y cronicidad. Del mismo modo, Ferrán ha querido subrayar la importancia de la coordinación con otras instancias administrativas -como Bienestar Social- para una correcta gestión de la Salud Mental.

Los retos no están tanto en el tratamiento del enfermo agudo, sino en la reinserción social del paciente y en cómo entra de nuevo en el sistema

En este sentido, sobre coordinación y atención centrada en el paciente y el usuario también ha hablado Pilar Collado, directora general de Personas con Discapacidad y Dependencia, quien ha informado del convenio mixto existente entre los dos departamentos, Bienestar Social y Sanidad, "existe un trabajo específico formal entre

dad de cuidados entre los dispositivos de Atención Primaria, la Especializada y los de Bienestar Social.

Los departamentos de salud y la gerencia única han supuesto un avance importante para acercar la gestión a las verdaderas necesidades de la población a la que atienden. Lo que ha redundado en un mayor beneficio de actividades de promoción, prevención y atención a la Salud Mental; integrándolo como un conjunto de especialidades más dentro del sistema sanitario. La inclusión de la Salud Mental en los Acuerdos de Gestión, que se suscriben con las gerencias de los departamentos, con indicadores robustos y propios, ayudará a incrementar el peso específico de este conjunto de especialidades, a mejorar la calidad asistencial, a potenciar la motivación de los profesionales y optimizar la eficiencia gestora.

Desde el punto de vista sociosanitario se ha preparado un nuevo Acuerdo del Consell, que sustituirá al anterior del año 2008, entre los Departamentos de Sanidad y Bienestar Social para facilitar los circuitos asistenciales y articular protocolos que dinamicen la derivación de los pacientes que sufren trastornos mentales graves.

Desde el punto de vista de Farmacia, los retos pasan por mejorar algunas vías de administración de fármacos, incentivando así la investigación en nuevas formas galénicas, y por realzar la evidencia científico-técnica de los medicamentos.

En el encuentro, también se ha hablado de la incentivación de los profesionales, en términos económicos, procedente del buen uso de los medicamentos, y de la oportunidad de la existencia de un Observatorio de Prescripción.

Del mismo modo, se ha puesto de manifiesto el buen funcionamiento del modelo de atención a las drogodependencias, con retos a abordar como la necesidad de implantar programas de prevención en el ámbito laboral y la necesidad de innovación a través de la telemedicina.

Asimismo se ha hecho hincapié en el cambio producido en la sociedad, por la globalización que permiten los viajes y las nuevas tecnologías, siendo importante actuar sobre la prevención de estas enfermedades en la población general, reduciendo los factores de riesgo y potenciando la promoción de la salud.

Desde la Consejería, se ha indicado que se sigue necesitando una discriminación positiva para la Salud Mental, por la complejidad y por los retos futuros que ésta va a plantear. Paralelamente debe continuarse con foros y grupos plurales de asesoramiento de profesionales, en el que tengan cabida pacientes y otros agentes implicados. Es un aspecto que mejorará de forma continuada la calidad asistencial.

FOROS EL MÉDICO

Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

LUIS ROSADO BRETÓN. Conseller de Sanitat

GUILLERMO FERRÁN MARTÍNEZ. Director General de Ordenación y Asistencia Sanitaria

MANUEL ESCOLANO PUIG. Director General de Investigación y Salud Pública

CELIA ORTEGA RUIZ. Directora General de Familia y Mujer

MANUEL YARZA CAÑELLAS. Director de Gestión Sanitaria para la Cronicidad

SOFÍA TOMÁS DOLS. Directora de Gestión Sanitaria para las Drogodependencias

PILAR COLLADO. Directora General de Personas con Discapacidad y Dependencia

JOSÉ LUIS TRILLO MATA. Subdirector General de Farmacia y Productos Sanitarios

ELÍAS RUIZ ROJO. Subdirector General de Promoción de la Salud y Prevención

JOSÉ LUÍS REY PORTOLÉS. Subdirector General de Atención a la Cronicidad, Salud Mental y Drogodependencias

JUAN JOSÉ MORENO MURCIA. Psicólogo clínico y responsable del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria

FRANCISCO TRAVER. Coordinador Salud Mental de Castellón

LUIS ROJO. Coordinador Salud Mental de Valencia

Mª ANGUSTIAS OLIVERAS. Coordinadora Salud Mental de Alicante

las dos consejerías, para trabajar a distintos niveles", ha apuntado la experta.

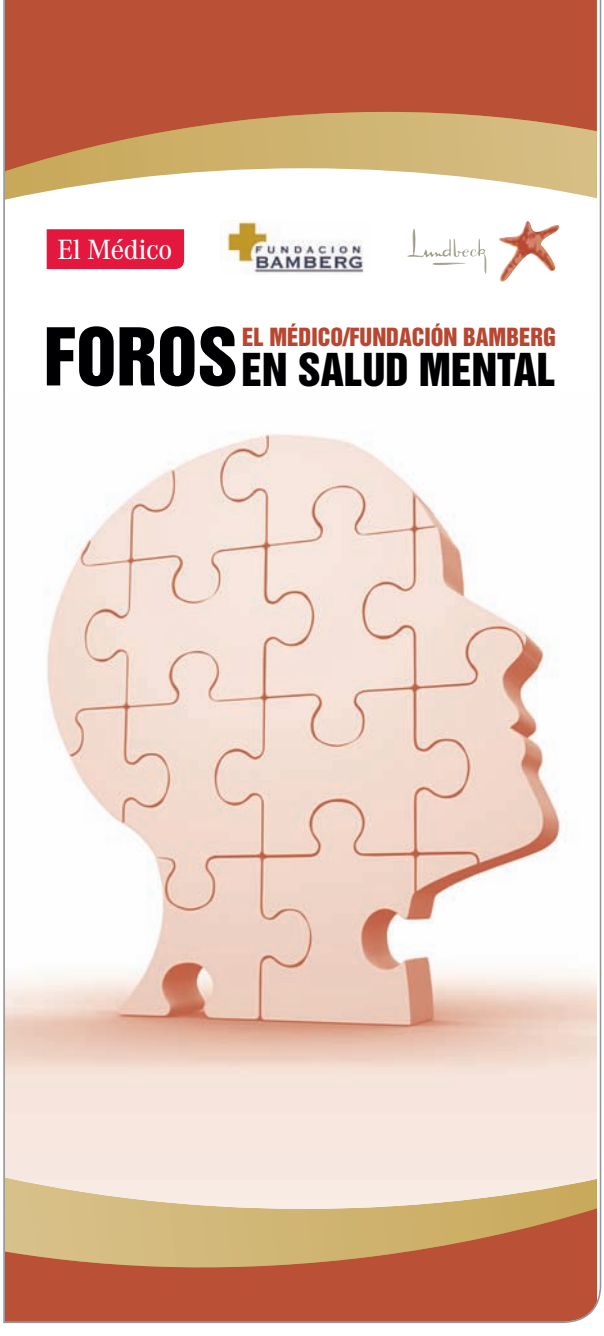
Asimismo, Manuel Yarza Cañellas, director de Gestión Sanitaria para la Cronicidad, también ha puntualizado la mayor trascendencia que deben adquirir los profesionales de Enfermería, que ocupan un rol resolutivo esencial en el abordaje de estas enfermedades crónicas. En este sentido, el experto ha destacado el éxito que se está alcanzando con el innovador programa preventivo VALCRONIC, un plan de asistencia a pacientes crónicos que se apoya en la aplicación de las nuevas tecnologías, "un tablet de fácil manejo, gracias al cual el paciente está controlado", como ha matizado el Dr. Yarza, y que permite hacer un seguimiento a distancia de los pacientes, el telecuidado, y el apoyo a la decisión clínica. Tal y como ha explicado el Dr. Yarza, "este programa, que hasta ahora se ha centrado en cuatro patologías crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y EPOC, va a extenderse ahora a la depresión, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos; disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles; retrasar en lo posible la evolución de la enfermedad y potenciar los autocuidados; y la participación activa de los pacientes en lo relativo a su propia enfermedad". Además, tal y como ha explicado el experto, este programa, que se está pilotando en Elche y Sagunto, con 500 pacientes de alto riesgo, y próximamente se extenderá a 1.000 pacientes, tendrá un retorno económico importante. Al hilo, el coordinador de Salud Mental de Valencia ha señalado que a la hora de incluir el control de la depresión en esta solución tecnológica "hay que ser cuidadosos y hacerlo de manera que resulte eficiente".

El principal obstáculo por superar es la excesiva fragmentación de los servicios y la falta de homogeneización de recursos en las tres provincias valencianas

Más eficiencia y racionalización de recursos

Del mismo modo, se ha apuntado que habría que saber aprovechar la situación de crisis y tratar de convertirla en catalizadora de aquellos cambios organizativos que sean convenientes para mejorar la calidad asistencial y la continuidad de cuidados de los pacientes. Así pues, ésta puede suponer una oportunidad para racionalizar ciertos procesos de los sistemas de salud, despegarse de rutinas ineficaces, priorizando las decisiones planificadoras y de gestión clínica con criterios de equidad y eficiencia. En definitiva, se ha abogado por avanzar en optimizar los recursos; en mejorar en la coordinación y en la integración, estableciendo circuitos y cauces protocolizados; y en la "recuperación" de los pacientes, un concepto que ha querido matizar el Dr. Moreno Murcia, "la rehabilitación es interesante y funciona en el resto de especialidades, pero en Salud Mental tiene alguna peculiaridad, así pues, el concepto recuperación significa intentar dotar a la persona de esa dignidad que en algún momento han perdido, de manera que el trabajo va más por que la persona recupere su propia autoestima que por que se rehabilite, que también". De este modo, en aquellos casos de personas que sufren Trastornos Mentales Graves (TMG) conviene orientarse hacia ese nuevo concepto de "recuperación" de sus competencias neurocognitivas y personales, ampliando así el de rehabilitación social, de los pacientes.

En este sentido, algunos de los participantes en este foro han querido llamar la atención sobre las dificultades para alcanzar una asistencia de la Salud Mental de calidad en un momento como el actual. Para el Dr. Francisco Traver, "el principal obstáculo por superar es la excesiva fragmentación de los servicios y la falta de homogeneización de recursos en las tres provin-



cias valencianas, con recursos dispares incluso en la atención a los pacientes agudos, de ahí la necesidad de unificar guías y protocolos de actuación para que los recursos sean iguales para todos", a lo que también ha añadido que en la Comunidad Valenciana "faltan camas de media y larga estancia para atender un problema complejo, que en la mayor parte de los casos es crónico", siendo especialmente compleja la atención de un trastorno emergente, como es el trastorno límite de la personalidad (TLP), "que se nos cae por las grietas del sistema", como ha apuntado el especialista, una patología para la que no hay buena asistencia y que "pone el jaque" al sistema, por el desafío que plantea al terapeuta y a la institución y por las conductas disruptivas de los pacientes, en aspectos como el suicidio. "Los recursos para los pacientes agudos están bien gestionados, pero son necesarios recursos intermedios, a pesar de su alto coste, porque es esencial ofrecer un soporte continuo y una atención a un paciente que va a cronificarse de por vida", ha manifestado el Dr. Traver. En otro orden de cosas, el experto ha puesto sobre la mesa las carencias existentes en materia de Psiquiatría penitenciaria.

Por su parte, Celia Ortega Ruiz, directora general de Familia y Mujer, desde el punto de vista sociosanitario, ha insistido en que "hay que aprovechar los recursos que existen, dotarlos y especializarlos" y también ha puesto de manifiesto la necesidad de "articular protocolos de actuación que faciliten la derivación de los pacientes, para llevar un mejor seguimiento de cada uno de los casos, trabajando en coordinación con los dos departamentos de la comunidad, Bienestar Social y Sanidad".

Y es que también se aprecian otros problemas más coyunturales. Tal y como ha apuntado José Luis Rey Portolés, subdirector general de Atención a la Cronicidad, Salud Mental y Drogodependencias, "en los próximos años esperamos un crecimiento exponencial de las enfermedades mentales, en muchos casos motivadas por el impacto directo e indirecto que puede causar la actual crisis económica, que lleva a situaciones de depresión, angustia, adicción...". Ante este panorama, ha asegurado, "las instituciones sanitarias debemos prepararnos, para evitar una saturación de los servicios y una deficitaria atención". Para afrontar este reto, los principales responsables de la atención de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana no consideran imprescindible que haya más recursos, sino que estos se utilicen adecuadamente. "Contamos en nuestra comunidad con más de 190 recursos sanitarios específicos para atender los problemas mentales, situándose tan sólo detrás de la Atención Primaria en esta partida; por eso, no es un problema de recursos, sino de utilizarlos adecuadamente", ha indicado el Dr. Moreno Murcia, quien ha añadido que "no sabemos si son muchos o pocos recursos, probablemente pocos, pero sí sabemos que se trata de un problema de eficiencia".

Hacen falta recursos intermedios porque es esencial ofrecer un soporte continuo y una atención a un paciente que va a cronificarse de por vida

En el concepto de eficiencia también se ha detenido Guillermo Ferrán Martínez, al referirse a cómo influirá el proyectado modelo de gestión compartida a la Salud Mental, "con este modelo lo que se pretende es optimizar los recursos, siendo más eficientes, y dotar a los equipos directivos de asesores empresariales que les abran caminos y áreas de mejora para ayudar a implementar servicios de mayor calidad con mayor eficiencia, y, a la vez, abre la puerta a que los profesionales sean incentivados de una forma diferente a como lo han sido hasta ahora, no sólo desde el punto de vista económico sino desde el punto de vista de desarrollo profesional". En definitiva, para el experto, este nuevo modelo es una oportunidad de mejora como herramienta de gestión de cara a la eficiencia y motivación de los profesionales.

Por su parte, Manuel Escolano Puig, director general de Investigación y Salud Pública, se ha referido al "valor y potencialidad" del Observatorio de Salud Mental en población infanto-juvenil que se está desarrollando en la Comunidad Valen-

ciana, "se trata de uno de los aspectos clave en los que trabajar para conocer las tendencias y prevalencias y cómo habrá que ir adaptándose". En definitiva, para Escolano habrá que orientar los esfuerzos hacia la población infanto-juvenil, con recursos intermedios rehabilitadores de media y larga estancia, mejorando también la eficiencia de los recursos disponibles.

La atención a la Salud Mental dispone de un circuito asistencial que tiene en la Primaria su primer eslabón. Es un eje de intervención que hay que potenciar

En otro orden de cosas, desde el punto de vista de la Farmacia, según José Luis Trillo Mata, subdirector general de Farmacia y Productos Sanitarios, "los retos pasan por mejorar algunas vías de administración de fármacos, incentivando así la investigación en nuevas formas galénicas, y por realzar la evidencia científico-técnica de los medicamentos". Igualmente, Trillo se ha referido a los indicadores de prescripción para Salud Mental. "No tenemos indicadores puramente de Salud Mental en relación a Farmacia en el acuerdo de gestión entre la consellería y los departamentos, aunque hay departamentos que a título individual han incluido algún tipo de indicador básico, lo que sí estamos intentando es fomentar la utilización de guías como indicador genérico a las guías que sean de Salud Mental". En esta línea, los expertos también han señalado cuál es el rol presente y futuro de la industria farmacéutica innovadora, "que debe ser un aliado clave, haciendo valer palabras como transparencia, información objetiva y alianza real, para tener un coste de la prestación farmacéutica lo más eficiente", tal y como ha apuntado Manuel Escolano.

Además, en el encuentro, también se ha hablado de la incentivación de los profesionales, en términos económicos, procedente de la buena gestión y del buen uso de los medicamentos, siempre ligado a potentes indicadores que evidencien que los resultados en salud son los deseables, y de la oportunidad de la existencia de un Observatorio de Prescripción en Salud Mental. Así pues, para Guillermo Ferrán, "desde hace años, con la gerencia única, se puso en marcha el contrato de gestión, con el que se pretendía diferenciar a los profesionales y a los equipos, para que tengan cierta compensación en su carrera profesional y en los honorarios que perciben, de manera que los profesionales no cobren por lo que son sino por lo que hacen". En definitiva, uno de los pilares sobre los que descansa el modelo de gestión compartida es la posibilidad de generar recursos para incentivar a los profesionales, "no inyectar más dinero a las arcas públicas sino que la buena gestión del dinero repercuta también en la incentivación y motivación del profesional", según palabras del experto.

En este sentido, los departamentos de salud y la gerencia única han supuesto un avance importante para acercar la gestión a las verdaderas necesidades de la población a la que atienden, lo que ha redundado en un mayor beneficio de actividades de promoción, prevención y atención a la Salud Mental, integrándolo como un conjunto de especialidades más dentro del sistema sanitario. Así, la inclusión de la Salud Mental en los acuerdos de gestión, que se suscriben con las gerencias de los departamentos, con indicadores robustos y propios, ayudará a incrementar el peso específico de este conjunto de especialidades, a mejorar la calidad asistencial, a potenciar la motivación de los profesionales y optimizar la eficiencia gestora.

Los departamentos de salud y la gerencia única han supuesto un avance importante para acercar la gestión a las verdaderas necesidades de la población a la que atienden, lo que ha redundado en un mayor beneficio de actividades de promoción, prevención y atención a la Salud Mental

Del mismo modo, en la jornada también se ha puesto de manifiesto el buen funcionamiento del modelo de atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos, dotado de un circuito "controlado, acreditado y revisado", pero, sin embargo, con retos a abordar como la necesidad de implantar programas de prevención en el ámbito laboral; mejorar los sistemas de información; poner en marcha el plan estratégico nuevo; e innovar en materia de drogodependencias a través de la telemedicina, con un programa que ya está implementado como es el "Terapeuta Virtual", según palabras de Sofía Tomás Dols, directora de Gestión Sanitaria para las Drogodependencias. "Uno de los hitos más importantes ha sido considerar como enfermedad común cualquier trastorno adictivo y por lo tanto que se trate dentro del sistema sanitario público", ha reconocido la experta.

También se han referido a la puesta en marcha la figura del coordinador provincial, lo que supone un elemento de cohesión entre la Consejería de Sanidad y la red asistencial, y, por su parte, Elías Ruíz Rojo, subdirector general de Promoción de la Salud y Prevención, ha señalado que "se ha manifestado el cambio producido en la sociedad, por la globalización que permiten los viajes y las nuevas tecnologías, siendo importante actuar sobre la prevención de estas enfermedades en la población general, reduciendo los factores de riesgo y potenciando la promoción de la salud".

En definitiva, fomentar la coordinación; mejorar la asistencia en red; optimizar y potenciar la formación de los médicos; aumentar los recursos intermedios; introducir más medidas de gestión compartida; y establecer objetivos interdepartamentales son algunas de las líneas de futuro sobre las que, a juicio de los expertos reunidos en este foro, debe girar el presente y el futuro de la Atención de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana ■

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.

Lundbeck

2012 Un año de duros recortes y profundas reformas

Sin duda alguna, la deuda sanitaria ha sido la gran protagonista del año 2012. Ella ha traído consigo actuaciones tales como el plan de pago a proveedores o el Real Decreto-Ley 16/2012, de 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. La desatención a inmigrantes y parados sin tarjeta sanitaria, la modificación del copago farmacéutico y la desfinanciación de más de 400 fármacos han sido tres de las actuaciones más polémicas surgidas al amparo de dicha normativa. La implantación del euro por receta en Cataluña y Madrid, la reforma de la Ley de Dependencia, las dos huelgas generales y las elecciones de Andalucía, País Vasco, Cataluña, Galicia y Asturias también han dado mucho que hablar.

Texto | Jorge Sánchez Franco

REPORTAJE DE PORTADA

2012: Un año de duros recortes y profundas reformas

Tras la llegada de Ana Mato al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en los últimos días de 2011, ya a finales del mes de enero había logrado completar su equipo directivo con nombramientos tan relevantes como el de Pilar Farjas como secretaria general de Sanidad; Javier Castrodeza, director general de Desarrollo Profesional, o Sagrario Pérez Castellanos, directora general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia. Con la incorporación de los directores generales de Igualdad de Oportunidades, de Servicios para la Familia y la Infancia, y de Políticas de Apoyo a la Discapacidad, así como del delegado del Plan Nacional sobre Drogas, la nueva estructura reducía en un 25 por ciento altos cargos y se hacía con casi todas las competencias del Instituto de Salud Carlos III.

Una de las medidas más polémicas del Consejo Interterritorial del 18 de abril era la modificación del sistema de copago farmacéutico para incorporar por primera vez al mismo a los ciudadanos con pensiones contributivas, quienes no pagaban nada por sus medicinas con receta en las farmacias hasta ese momento

En el Congreso de los Diputados, Mario Mingo, diputado por Madrid del Grupo Parlamentario Popular, era elegido presidente de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en sustitución de Gaspar Llamazares, de Izquierda Unida, mientras que José Martínez Olmos era designado portavoz del Grupo Socialista en dicha comisión. Por su parte, Carmen de Aragón, senadora electa por Ávila del Grupo Parlamentario Popular, pasaba a presidir la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de la Cámara Alta. En Génova, el consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, era elegido nuevo secretario nacional de Sanidad y Asuntos Sociales del Partido Popular, tomando así el relevo en esta responsabilidad a Ana Pastor, ministra de Fomento y referente sanitario del partido durante los años en la oposición.

Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales

En su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados, allá por febrero, Ana Mato defendía la "libre elección" de centro médico, facultativo, enfermero o pediatra en España, y anunciaba su intención de firmar con las comunidades autónomas un Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales para garantizar una atención sociosanitaria "pública, gratuita y universal" para todos los ciudadanos. Ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de la Cámara Baja, la nueva titular del ramo también avanzaba la creación de una cartera de servicios básicos y de un calendario de vacunación común para todas las autonomías, así como una tarjeta sanitaria válida para todo el SNS. "Todos tenemos el mismo derecho a acceder en condiciones de igualdad a una atención sanitaria de calidad", decía.

A finales de febrero, el pleno del Congreso de los Diputados respaldaba por unanimidad la creación, en el marco de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, de una subcomisión cuyo objetivo iba a ser el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las reformas necesarias para garantizar su sostenibilidad. En la misma línea, PP, PSOE, CiU, PNV y UPyD pactaban una enmienda en la que se le pedía al Ejecutivo que avanzara paralelamente en la adopción de acuerdos con las comunidades autónomas dirigidos al mantenimiento de la calidad del SNS, en el marco del Pacto por la Sanidad anunciado por la ministra. El texto consensuado constataba el "elevado impacto" económico del sistema sanitario público sobre los presupuestos y las dificultades para afrontar el pago de la factura sanitaria.

Llegaba entonces la primera reunión del Consejo Interterritorial del SNS con Ana Mato al frente del Ministerio de Sanidad, el 29 de febrero, donde se acordaba el diseño de una cartera básica de servicios para todas las comunidades autónomas, para lo cual se crearía una red de agencias de evaluación de tecnología sanitaria y productos del SNS, y se posponía a 2013 la conformación del calendario vacunal único. La principal intención de ambas medidas era garantizar las mismas prestaciones indispensables para todos los ciudadanos del país, independientemente de la región en la que residan. De este modo, se daban los prime-

ros pasos para lograr una "hoja de ruta" que tenía que llevar al Pacto por la Sanidad entre el Gobierno central y las autonomías.

Un antes y un después para el SNS

Sin duda alguna, la segunda reunión de Ana Mato al frente del Consejo Interterritorial ha sido uno de los acontecimientos sanitarios más destacados del año, en tanto en cuanto ha supuesto un antes y un después para el SNS. La ministra de Sanidad decidía adelantar este encuentro, previsto para finales del mes de abril, después de que desde Moncloa se anunciase un programa nacional de reformas en Educación y Sanidad con el que se pretendía ahorrar 10.000 millones de euros. El objetivo de la reunión era definir con los consejeros autonómicos del ramo una batería de medidas sanitarias encaminadas a una mayor racionalización de los recursos, eliminación de duplicidades y mejora de la eficiencia en la gestión. La tarjeta sanitaria única, la receta electrónica o una central de compras fueron algunas de las propuestas que se pusieron sobre la mesa.

Finalmente, una de las medidas más polémicas adoptadas en la reunión del Consejo Interterritorial del 18 de abril era la modificación del sistema de copago farmacéutico para incorporar por primera vez al mismo a los ciudadanos con pensiones contributivas, quienes no pagaban nada por sus medicinas con receta en las farmacias hasta ese momento. A partir del 1 de julio, estos pensionistas empezaron a abonar el 10 por ciento de sus fármacos, con un límite de 8, 18 ó 60 euros al mes en función de su renta. Este nuevo sistema de aportación de los usuarios de farmacia dejaba a los parados sin prestación y a las personas con pensiones no contributivas o renta de reinserción como los únicos grupos que no tienen que pagar por sus medicamentos con receta en el Estado. El nuevo copago farmacéutico se estrenaba con resistencia. La medida, por la que más de 7,5 millones de pensionistas iban a tener que pagar las medicinas en función de su renta por primera vez, llegaba entre las dudas de los pacientes y las quejas de los farmacéuticos. Con esta iniciativa, el Gobierno de Mariano Rajoy buscaba un ahorro de 165 millones de euros. Ana Mato confirmaba a finales de septiembre el descenso del gasto farmacéutico tras la implantación de la medida, lo que había permitido que en sólo dos meses se hubieran ahorrado más de 400 millones de euros. Por su parte, la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) constataba en agosto una bajada en el número de recetas por primera vez desde 1983 con motivo de una clara disminución de la demanda.

Otra medida aprobada en el CISNS de abril implicaba la retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes en situación irregular a partir del 1 de septiembre

2012: Un año de duros recortes y profundas reformas

Retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes irregulares

Otra medida polémica aprobada en la reunión de abril del Consejo Interterritorial implicaba la retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes en situación irregular a partir del 1 de septiembre. Numerosos colectivos sociales reaccionaban inmediatamente haciendo un llamamiento a médicos y personal de enfermería para que practicasen la objeción de conciencia con respecto a este asunto. Visto el revuelo generado, la ministra de Sanidad aclaraba que aquellos inmigrantes en situación irregular afectados por el VIH o enfermos de cáncer tendrían la asistencia sanitaria cubierta a través de convenios entre las comunidades autónomas y organizaciones de apoyo a esta población. Casi al mismo tiempo, se enviaba a las autonomías un borrador de proyecto de real decreto por el que se regulaban los requisitos del asegurado del SNS.

El Gobierno vasco tramitaba con urgencia un decreto que impedía que en la comunidad autónoma se aplicara tanto el nuevo copago farmacéutico como la retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes en situación irregular

Fuentes del Ministerio de Sanidad confirmaban apenas iniciado septiembre que los inmigrantes en situación irregular tendrían que pagar por los medicamentos en función de su enfermedad. Este anuncio llegaba después de que la Organización Médica Colegial (OMC) mostrara su preocupación por cómo se iba a recetar en los centros de salud a éste u otros colectivos que con el nuevo sistema de aseguramiento perdieran su tarjeta sanitaria. De este modo, dejaban claro que en aquellos casos en que la ley garantiza la asistencia de este colectivo (atención por enfermedades transmisibles, mujeres embarazadas y menores de 18 años), los pacientes deberán pagar el 40 por ciento de sus medicinas, al igual que cualquier trabajador activo.

Un mes después de que los inmigrantes irregulares fuesen excluidos de la Sanidad pública se ponía en marcha una póliza que tendrían que pagar a partir de ese momento si querían volver a estar cubiertos. La cuantía era de 710 euros anuales en el caso de menores de 65 años, y de 1.864,80 euros anuales en mayores de 65. Este proyecto era ratificado por las comunidades autónomas en la reunión de octubre del Consejo Interterritorial. Una semana antes se habían dado a conocer los resultados de una encuesta realizada por el Consejo General de Enfermería a más de 1.000 ciudadanos (el 95 por ciento de nacionalidad española), donde el 63 por ciento de los consultados se mostraba radicalmente en contra de que se limitara la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular.

La subcomisión del Pacto Sociosanitario se creaba finalmente en junio, si bien todos los grupos parlamentarios, con excepción de los populares, condicionaban su apoyo definitivo a que el Gobierno aceptara tramitar como proyecto de ley su reforma sanitaria, algo que finalmente no sucedería. De hecho, los portavoces parlamentarios del PSOE y de Izquierda Plural en materia sanitaria, José Martínez Olmos y Gaspar Llamazares, abandonaban la primera reunión de dicha subcomisión, celebrada en septiembre, porque el SNS "ya no es universal", decían. No obstante, el portavoz sanitario del PP en el Congreso, Manuel Cervera, aseguraba en noviembre en el debate de los Presupuestos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la Cámara baja que el Gobierno "sigue trabajando" para alcanzar un gran Pacto por la Sanidad.

Real Decreto-Ley 16/2012

El paquete de reformas acordado en la reu-

nión de abril del Consejo Interterritorial era avalado en mayo por el pleno del Congreso de los Diputados bajo la denominación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La memoria económica de esta normativa preveía un ahorro de más de 7.000 millones de euros. El decreto ley salía adelante pese al voto en contra de todos los grupos de la oposición salvo UPN. De hecho, los portavoces de PSOE, CiU, PNV, IU, UPyD, ERC y Grupo Mixto criticaban a la ministra de Sanidad por no haber tramitado el texto como proyecto de ley de urgencia, algo a lo que se oponía rotundamente el Grupo Popular.

El Gobierno vasco, entonces liderado por Patxi López, decidía rebelarse ante tales medidas y tramitaba con urgencia un decreto que impedía que en la comunidad autónoma se aplicara tanto el nuevo copago farmacéutico como la retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes en situación irregular. Aunque no decía nada sobre contravenir las modificaciones vinculadas al transporte sanitario no urgente, a las ortoprótesis y al catálogo de medicamentos, también incluidas en el Real Decreto de reformas sanitarias, suponía un golpe sobre la mesa contra la normativa nacional, motivo por el cual el Gobierno central decidía presentar un recurso de inconstitucionalidad. Todo esto le servía de poco al PSOE de cara a las elecciones autonómicas del 21 de octubre, donde el Partido Nacionalista Vasco (PNV) y BILDU se hacían con cerca del 60 por ciento de los votos y, por lo tanto, con la mayoría del Parlamento autonómico (27 y 21 diputados respectivamente). Iñigo Urkullu se convertía en lehendakari el 15 de diciembre, y nombraba a Jon Darpón consejero de Sanidad del Gobierno vasco. El Tribunal Constitucional hacía público en diciembre un auto en el que, por un lado, apoyaba la asistencia sanitaria vasca a irregulares, y por otro, imponía el copago farmacéutico.

En el mes de mayo, el Consejo General de la Abogacía Española alertaba de que la limitación del derecho a la salud que establece el Real Decreto-Ley 16/2012 "colisiona" con la Constitución y varios estatutos de autonomía de algunas Comunidades. En este contexto, los gobiernos de Cataluña, País Vasco, Andalucía y Asturias decidían recurrir ante el Tribunal Constitucional la polémica normativa, mientras que Navarra tomaba la misma decisión en el pleno del Parlamento autonómico. A finales de septiembre eran admitidos a trámite los recursos de la Junta de Andalucía y del Gobierno de Asturias. Aunque esto no paralizaba la norma, era muy significativo en tanto en cuanto hacía un mes que el Defensor del Pueblo había desestimado las peticiones que le habían llegado vía sindicatos, colegios de médicos y colectivos de pacientes.

Otra medida polémica que ha protagonizado buena parte de 2012 ha sido el euro por receta. Cataluña aprobaba esta tasa en marzo y la ponía en marcha el 1 de julio y a finales de octubre se anunciaba su implantación en Madrid a partir del 1 de enero de 2013

En junio, Ana Mato y las comunidades autónomas acordaban dejar de financiar un total de 456 fármacos para síntomas menores, donde se incluían protectores gástricos, laxantes, antidiarreicos, vasodilatadores periféricos, antihemorroidales, tratamientos de varices, cremas para la dermatitis del pañal, tratamientos de la psoriasis, tratamientos de la virosis, antiinflamatorios no esteroideos tópicos, etc. Por ello, a partir del mes de agosto, los ciudadanos empezaban a abonar de forma íntegra el importe de estas medicinas. Esta medida suponía la actualización del listado de medicamentos financiados por primera vez en diez años e incluía excepciones para enfermos crónicos y "en aquellos casos en que lo decidan los médicos". El ahorro neto previsto era de 440 millones de euros.

Reforma de la Ley de Dependencia

En el mes de abril tenía lugar en Madrid una reunión del Consejo Territorial de Dependencia done se aprobaba una propuesta inicial de Acuerdo por los Servicios Sociales y la Dependencia. En este contexto, y tras un exhaustivo análisis de situación, las comunidades autónomas -gobernadas en su mayoría por el Partido Popular- ponían sobre la mesa una serie de aspectos a mejorar a corto plazo: el baremo de evaluación de la dependencia, la cartera de servicios, el procedimiento de tramitación para el acceso a las prestaciones y el modelo de financiación del sistema. Para todos estos ámbitos se creaban los grupos de trabajo de donde han salido las propuestas que han traído consigo la primera gran reforma del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Previamente, el Gobierno cen-

tral había decidido retrasar la incorporación al sistema de los dependientes moderados y recortar cerca de 283 millones de euros en los Presupuestos Generales del Estado, por lo que muchos hablaban ya de una derogación encubierta y paulatina de la normativa.

En marzo, el Consejo de Ministros daba luz verde al plan de pago a proveedores de ayuntamientos y comunidades autónomas, una iniciativa del Gobierno central liderada por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. El objetivo de esta medida era liquidar deudas pendientes, en muchos casos, desde 2007, y que afectan especialmente al sector sanitario de nuestro país. Más concretamente, se trata de un préstamo de 35.000 millones de euros para todas las administraciones, un adelanto que deberá ser devuelto en 10 años y que tendrá un periodo de carencia de dos. Del montante total, 17.718,55 millones de euros iban destinados únicamente al pago de facturas atrasadas por parte de los gobiernos autonómicos. Esta iniciativa era necesaria para garantizar la sostenibilidad del SNS.

El plan de pago a proveedores respondía a parte de las demandas de algunas regiones que ya habían advertido que no podrían cubrir los vencimientos de deuda en 2012 con las anteriores circunstancias. Según datos de Farmaindustria, la deuda por suministro de medicamentos a hospitales del SNS ascendía a 6.369,3 millones de euros a 31 de diciembre de 2011, lo que suponía un 36 por ciento más que en la misma fecha de 2010, y la deuda con las empresas de tecnología sanitaria también superaba los 6.000 millones de euros, con una demora media en el pago de más de 500 días. La Cámara de Comercio Alemana en España, la Cámara de Comercio e Industria Francesa de Barcelona y la Asociación Económica Hispano-Suiza llegaron a remitir una carta a Mariano Rajoy pidiéndole que solucionara la situación.

Días antes de las elecciones andaluzas, la Consejería de Salud de la Junta publicaba el listado de medicamentos seleccionados para la subasta pública, una medida con la que el Gobierno autonómico pretendía ahorrar 40 millones al año

Plan de pago a proveedores

La ministra de Sanidad revelaba a finales de mayo en el Congreso de los Diputados que casi un tercio de los 35.000 millones de euros que el Gobierno destinaba a cubrir los pagos pendientes de las Comunidades y los ayuntamientos correspondía al ámbito sanitario, donde se acumulaban un total de 12.110 millones de facturas sin pagar.

En octubre, tanto los laboratorios farmacéuticos como las compañías de tecnología sanitaria empezaban a preocuparse por la deuda sanitaria de 2012, que alcanzaba los 5.000 millones de euros, y se quejaban de que no habían cobrado ni una sola factura por parte de las comunidades autónomas. En la reunión que mantenían en noviembre la recién nombrada presidenta de Farmaindustria, Elvira Sanz, y la ministra de Sanidad, se acercaban posturas a este respecto. Ana Mato destacaba especialmente la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular en los Presupuestos Generales del Estado de 2013 para incorporar una disposición adicional que dé garantías de pago a los proveedores en los supuestos de adquisición de productos mediante centrales de compra.

Las oficinas de farmacia, en peligro de extinción

Mención aparte merece la deuda de las administraciones públicas con las oficinas de farmacia de nuestro país. Lejos de solucionarse, la situación ha ido empeorando a lo largo de 2012. Los impagos generalizados de la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias y Baleares han puesto a un tercio de las 21.427 farmacias abiertas en España al borde del cierre, en una situación "sin precedentes en la historia de la democracia", como subrayaba la presidenta del Consejo de Colegios Farmacéuticos, Carmen Peña. En este contexto, las 3.089 farmacias catalanas protagonizaron en octubre su primer cierre patronal en protesta por las mensualidades de recetas que adeudaba el Gobierno de Artur Mas, mientras que las 2.200 boticas valencianas acordaban un cierre indefinido a partir del 5 de noviembre para exigir el pago de una deuda de cinco meses que ascendía a 550 millones de euros.

A esto se une la caída en picado del gasto público en medicamentos, muy preocupante para toda la cadena farmacéutica. Tras la aprobación de un total de nueve medidas en los últimos tres años, el gasto en recetas ha retrocedido a niveles de 2005. En ese año, las farmacias dispensaron 764,6 millones de recetas y el gasto farmacéutico se elevó hasta los 10.051,33 millones de euros, mientras que en septiembre de 2012 se habían facturado 949,5 millones de recetas, un 24,1 por ciento más, por un valor de 10.240,6 millones de euros. Asimismo, según el estudio "El Gasto Farmacéutico en España en 2012", realizado por el Strategic Research de EAE Business School, el gasto farmacéutico público por habitante se había reducido en el último año en un 7 por ciento, situándose en 241,30 euros anuales.

A mediados de septiembre, el pleno de Senado aprobaba por unanimidad una moción, presentada a iniciativa del Partido Popular, en la que se instaba al Gobierno de Mariano Rajoy a establecer una serie de medidas para prevenir las agresiones y proteger a los profesionales sanitarios en el desempeño de su trabajo. Más concretamente, el texto de la propuesta contemplaba "establecer mecanismos de información para reforzar la figura de los profesionales sanitarios como autoridad en su trabajo" e imponer en las autonomías medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones. También se solicitaba la realización de un estudio sobre las dimensiones reales de

este problema y las soluciones más adecuadas para prevenir los ataques. Se trata de un esperanzador acuerdo que podría materializarse en una norma en los próximos años.

Otra medida polémica que ha protagonizado buena parte de 2012 ha sido el euro por receta. El Parlamento de Cataluña aprobaba esta tasa en marzo y la ponía en marcha a partir del 1 de julio, a pesar de la reforma del copago farmacéutico que se estaba llevando a cabo a nivel nacional. Tras la sorprendente dimisión de Esperanza Aguirre en Madrid, y la ratificación de Javier Fernández-Lasquetty al frente de la Consejería de Sanidad por parte del nuevo Gobierno autonómico, liderado por Ignacio González, a finales de octubre se anunciaba la implantación de esta medida disuasoria en la Comunidad a partir del 1 de enero de 2013. Mientras el Ejecutivo central se oponía frontalmente al euro por receta, el Consejo de Estado emitía un informe en el que la medida era considerada inconstitucional.

En la Comunidad de Madrid, el euro por receta era sólo el preludio de un plan sanitario más ambicioso con el que el Gobierno autonómico pretendía ahorrar y optimizar los recursos materiales y humanos. Entre las medidas más polémicas de dicho programa, dado a conocer en el mes de noviembre, estaba la conversión del Hospital Universitario de La Princesa en un centro de alta especialización en la atención a pacientes crónicos pluripatológicos de edad avanzada y la privatización de la gestión sanitaria de seis hospitales madrileños. Todo esto encendía las iras de los profesionales sanitarios madrileños, quienes decidían por unanimidad empezar a manifestarse en favor de una Sanidad pública y de calidad. La autodenominada "marea blanca" sólo conseguía que la Comunidad de Madrid diera marcha atrás con respecto a La Princesa y el 28 de diciembre decidían desconvocar la huelga indefinida de médicos que mantenía desde el 26 de noviembre tras la aprobación de la Ley de Medidas Fiscales por la Asamblea de Madrid. Este colectivo decidía cesar la huelga y debatir nuevas propuestas para intentar "paralizar" el Plan de Sostenibilidad impulsado por la Consejería, como es el de acudir a los tribunales para evitar que "ni un euro de los tributos de los madrileños" vaya a parar a beneficio de la empresa privada.

En junio, Ana Mato y las CC.AA. acordaban dejar de financiar 456 fármacos para síntomas menores, donde se incluían, entre otros, protectores gástricos, laxantes, vasodilatadores periféricos, tratamientos de la psoriasis y antiinflamatorios no esteroideos tópicos

Dos huelgas generales con escaso seguimiento de la Sanidad

No obstante, la movilización social en favor de la Sanidad pública y contra los recortes se ha extendido por todo el territorio nacional a lo largo de 2012, y es probable que también dé que hablar en 2013. Buena prueba de ello han sido las dos huelgas generales celebradas en nuestro país el 29 de marzo y el 14 de noviembre. Con respecto a la última, el 40 por ciento de los profesionales sanitarios del SNS secundaron la convocatoria, según los sindicatos CC.OO y UGT, aunque el seguimiento varió considerablemente de unas Comunidades a otras. Mientras los diferentes gobiernos autonómicos registraban un seguimiento de entre el 6 y el 16 por ciento según la región, los sindicatos no convocantes aseguraban que el seguimiento apenas había alcanzado el 9 por ciento.

2012: Un año de duros recortes y profundas reformas

Los efectos de los recortes sanitarios han sido denunciados a lo largo de todo 2012 en diferentes informes y encuestas, siendo la OMC una de las organizaciones sectoriales que más acciones ha llevado a cabo frente a estas políticas. A finales de octubre, el presidente de esta entidad, Juan José Rodríguez Sendín, insistía en que esa situación debía tener un límite, y advertía a las autoridades sanitarias de que se podría desembocar en un "déficit social" que fuera "insoportable". A este respecto, la decisión de Mariano Rajoy de suprimir la paga de Navidad de los empleados públicos se sumaba a los recortes salariales previos que tanto el propio Ejecutivo central como las comunidades autónomas habían ido adoptando con la crisis. Con todo esto, los sueldos de los profesionales sanitarios del SNS volvían a los niveles de 2002, según CC.OO.

Mención aparte merece la deuda de las administraciones públicas con las oficinas de farmacia, los impagos generalizados de la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias y Baleares han puesto a un tercio de las 21.427 farmacias abiertas en España al borde del cierre

Elecciones autonómicas en clave nacional

Pocos días antes de las elecciones autonómicas andaluzas, que se celebraban el 25 de marzo, la consejería de Salud de la Junta de Andalucía publicaba el listado de medicamentos seleccionados para la subasta pública, una medida con la que el Gobierno autonómico pretendía ahorrar 40 millones de euros al año. En contra de todas las encuestas, el PP no lograba la mayoría necesaria para gobernar en solitario y José Antonio Griñán volvía a ser presidente con el apoyo de Izquierda Unida. Tras la ratificación de María Jesús Montero al frente de la Consejería de Salud, el Gobierno central decidía presentar un recurso de inconstitucionalidad contra la polémica medida, que era suspendida cautelarmente. Finalmente, el 14 de diciembre se conocía la noticia de que efectivamente el Tribunal Constitucional avalaba esta medida y que la Consejería de Salud y Bienestar Social sacará a subasta, al menos, la mitad de los fármacos prescritos por médicos.

También se han celebrado elecciones autonómicas en Galicia, Cataluña y Asturias en 2012. Las primeras coincidieron con los comicios vascos y suponían la consolidación de la mayoría absoluta de Alberto Núñez Feijóo en el Parlamento autonómico. Posteriormente, el recién ratificado presidente confirmaba a Rocío Mosquera como consellera de Sanidade. Por su parte, el órdago independentista de Artur Mas y su extrema política de recortes le hacían perder a CiU doce escaños en las elecciones del pasado 25 de noviembre, mientras que ERC se convertía en la segunda fuerza política del Parlamento catalán. Ambas formaciones alcanzaban un pacto en diciembre y Boi Ruiz era reelegido consejero de Salud. Con respecto a Asturias, el PSOE ganaba las elecciones autonómicas, celebradas el mismo día que los comicios andaluces, y Javier Fernández era elegido nuevo presidente del Gobierno asturiano tras obtener la mayoría absoluta en la votación de investidura. Faustino Blanco era nombrado entonces consejero de Sanidad y en los meses siguientes tendría que hacer frente a las jornadas de huelga convocadas por los sindicatos como respuesta a la propuesta del Principado de la nueva apliación de la jornada.

En octubre, los laboratorios farmacéuticos y las compañías de tecnología sanitaria empezaban a preocuparse por la deuda sanitaria de 2012, que alcanzaba los 5.000 millones de euros

En Baleares, Carmen Castro presentaba su dimisión como consejera de Salud en julio, un año después de la formación del Govern de José Ramón Bauzá, tras resolverse el conflicto y la amenaza de huelga de los médicos con la ley exprés que regularizaba los pagos de los complementos salariales. Sorprendentemente, su sustituto en el cargo, Antoni Mesquida, hacia lo propio en octubre después de que el PP balear mostrara su disconformidad con algunos de sus nombramientos. Era finalmente Martí Santaloni quien se situaba al frente de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de Baleares. El hasta entonces director general de Gestión Económica y Farmacia del Gobierno balear tomaba posesión de su cargo a finales de octubre.

En Extremadura, Jerónima Sayagués presentaba su dimisión como consejera de Salud a principios de febrero para ocupar la Subdelegación del Gobierno en Cáceres, lo cual suponía la primera crisis del Gobierno regional apenas siete meses después de tomar posesión. Le sustituía en el cargo Francisco Javier Fernández Perianes, quien se veía obligado a dejar su puesto tres meses después, en mayo, tras conocerse que estaba pasando consulta privada en la localidad portuguesa de Elvas, próxima a Badajoz. El entonces portavoz del Grupo Popular en la Asamblea de Extremadura, Luis Alfonso Hernández Carrión, se convertía en el tercer consejero de Salud y Política Social bajo el mandato de José Antonio Monago.

Cuando parecía que no iban a producirse más cambios en la foto del Consejo Interterritorial, el consejero de Sanidad de la Generalitat valenciana, Luis Rosado, se convertía en uno de los cuatro miembros del Consell que abandonaban su cargo en la remodelación anunciada el pasado 7 de diciembre por su presidente, Alberto Fabra. Le sustituía en el cargo Manuel Llombart, director del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), quien afirmaba en su toma de posesión que su prioridad es el paciente y que "los resultados saldrán

con trabajo y compromiso". También se comprometía a mantener una Sanidad "pública, gratuita, universal y con la mejor calidad posible". El nuevo modelo de gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana se convertía en el primer asunto a abordar en esta nueva etapa.

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS

El Ministerio de Sanidad al fin presentaba la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, destinada a mejorar la prevención de las enfermedades crónicas y la calidad de vida de las personas afectadas, y con la que se beneficiará el 45 por ciento de la población adulta mayor de 16 años. Así lo anunciaba la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, en el mes de octubre. La número dos de Ana Mato destacaba la importancia de mejorar el abordaje de estas patologías dado su incremento vinculado al progresivo envejecimiento de la población. Las enfermedades crónicas son responsables del 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria y representan un elevado porcentaje del gasto farmacéutico.

Con respecto al borrador de decreto de troncalidad, el director de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Javier Castrodeza, anunciaba en mayo que Urgencias y Emergencias no iba a ser una especialidad –ni primaria ni secundaria-, sino que se configuraría como un área de capacitación específica (ACE) en el futuro posgrado, a pesar de que el anterior equipo ministerial, encabezado por Leire Pajín, aseguraba haber dejado este proyecto listo para su preceptiva remisión al Consejo de Estado. El presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Tomás Toranzo, se lamentaba de que esta disciplina no acompañara finalmente a Psiquiatría del Niño y del Adolescente y Genética Clínica, y apuntaba al Real Decreto-Ley 16/2012 como trasfondo de dicha exclusión. A finales de año se presentaba la última versión del borrador, donde se mantenía dentro de la troncalidad a Neurología, Inmunología y Microbiología, y se creaban las áreas de capacitación de Hepatología, Neonatología, Enfermedades Infecciosas y Urgencias y Emergencias. Tras muchas y variadas elucubraciones, la cartera de servicios única y homogénea del SNS era aprobada en el último Consejo Interterritorial del año, celebrado el 20 de diciembre. Entre los servicios sanitarios a los que tendrían derecho todos los españoles, independientemente de la Comunidad en la que vivan, se incluyen los tratamientos de fertilidad, el cribado neonatal (la prueba del talón de los bebés) o los implantes oftalmológicos.

Tal y como anunciara la ministra de Sanidad en el mes de octubre, las mamografías también seguirán siendo gratuitas. El Consejo Interterritorial también ratificaba la aportación del paciente en transporte sanitario no urgente, ortoprótesis y dietoterapia pese a la oposición de Asturias, País Vasco y Andalucía. El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acordaban un copago "simbólico" para el transporte sanitario no urgente de los pacientes con procesos "largos y complicados" que requieran un tratamiento "de larga duración", como los que están en tratamiento de diálisis o pacientes oncológicos, que será de 6, 12 ó 60 euros anuales en función de su renta

Documentación y fuentes

1. EL MÉDICO INTERACTIVO.
2. Europa Press.

El SNS ha sido muy hermético con la movilidad de los profesionales

José Javier Castrodeza

Director General de Ordenación Profesional

Texto Carmen Villodres

Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA

José Javier Castrodeza

El SNS ha sido muy hermético con la movilidad de los profesionales

Su formación es la de licenciado y doctor en Medicina y Cirugía, además de especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Es un hombre acostumbrado a la gestión, que ha desarrollado su carrera en la Junta de Castilla y León, en la que ha ocupado un par de direcciones generales. Cuando estaba al frente de la Dirección General de Planificación e Innovación de la Gerencia Regional de Salud, de la citada Junta castellano leonesa, fue fichado por la propia ministra del ramo, Ana Mato. Se trata de Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde enero de 2012. Es el profesional que tiene en sus manos la reconversión de las distintas profesiones y quehaceres del sector sanitario, un gestor que se anda con pies de plomo ante la situación convulsa que le está tocando vivir y una persona de consenso, al menos en el actual tramo del cargo, que remata casi cada mensaje más o menos comprometido con un "esto con el acuerdo de todas las partes implicadas en el tema".

Decía el secretario de estado de Servicios Sociales e Igualdad, Juan Manuel Moreno, en una entrevista concedida a EL MÉDICO hace unas semanas, que se ha emprendido la reforma sanitaria más profunda de los últimos 30 años. ¿Qué diría en lo que respecta a su área?

Es una reforma importante y profunda en el ámbito que me compete. Se trata de un trabajo apasionante que viene ocupando en los últimos meses a esta dirección general que abarca a dos subdirecciones, una de Ordenación Profesional y otra de Recursos Humanos. Estamos abordando modificaciones e incorporaciones de líneas de trabajo que creemos que pueden ser muy importantes de cara futuro del SNS. El 21 de febrero de 2012 en el primer Consejo Interterritorial que presidió la ministra fueron aprobados tres grupos de trabajo de desarrollo profesional, uno de los retos más importantes. Creo que el desarrollo profesional tiene que tener unos parámetros que marquen unos itinerarios objetivos, capaces de medir cualidades profesionales, aspectos formativos constantes, así como verificar la competencia y calidad de los profesionales. El desarrollo profesional es un reto apasionante. Otro tema importante que afecta a los RRHH es el de la movilidad del personal estatutario. El SNS, durante los últimos años, ha sido excesivamente hermético a la hora de abordar la movilidad de las personas. Creo que en el sistema sanitario es bueno que no crezcamos en el sitio donde hemos nacido. Es decir, que desde el punto de vista de pregrado, de la especialidad, de las actuaciones, el estar en distintos sitios da una visión mucho más amplia. Se está trabajando en un modelo que denominamos de equivalencias y categorías que facilite que el desarrollo, que se ha producido en las distintas CCAA por las transferencias que tienen asumidas en materia de estructuración de categorías profesionales, y no suponga una dificultad para dibujar un mapa de equivalencias que permita a un profesional del ámbito de la Medicina o de la enfermería, auxiliares, etc... trasladarse a otro sitio. De hecho, la mayoría de los entes autonómicos están colaborando activamente, y en el último y reciente Consejo Interterritorial se han establecido las bases que van a regir las nuevas categorías y equivalencias. En este campo o apartado solo queda por escuchar a los agentes sindicales y trasladarlo a una nueva norma jurídica, aún no se sabe cual, y publicarlo en el BOE.

Estamos abordando modificaciones y líneas de trabajo muy importantes para el futuro del SNS

¿Qué se está haciendo con respecto a las retribuciones?

Es el tercer modelo en el que se está trabajando, producto de las recomendaciones del Consejo Interterritorial. Se trata de incorporar un apartado lo más objetivo posible en el que se pueda reconocer o evaluar el nivel de implicación, la calidad del trabajo y, en fin, que el principio de excelencia quede constatado. Todavía tenemos trabajos muy incipientes en este apartado de modelo retributivo. En cambio, en el desarrollo profesional el Consejo Interterritorial ya conoce el primer documento que va a ser la matriz que marcará los itinerarios y los criterios de evaluación de esa competencia profesional. En el de las equivalencias y categorías creemos que en breve la ministra lo traslade al Consejo Interterritorial. Esos son los tres ejes del apartado de Recursos Humanos.

Otro tema importante es el que hace referencia al número de profesionales que pueden ejercer y su distribución por especialidades y comunidades autónomas. Éste es otro aspecto básico de la reforma...

El último Consejo Interterritorial ya ha dado el visto bueno a los trabajos sobre equivalencias y categorías y a los de movilidad profesional

Estamos con la creación de un Registro Estatal de Profesiones Sanitarias que responda a cuántos son en número y en características en el ámbito de las profesiones sanitarias, que abarca Medicina, Enfermería, Farmacia, Odontología... Tener un registro no es un trabajo de la noche a la mañana. Es necesario sentar las bases jurídicas. Desde febrero ya hay grupos que están trabajando con las CCAA.

Cuando se hace una norma básica se tienen en cuenta todos los aspectos del marco jurídico y se trata de colisionar lo menos posible, pero si se hace una norma básica consensuada, las CCAA tendrán que hacer la correspondiente adaptación de sus textos legislativos y ajustarlos a la norma básica.

Lo de la troncalidad viene de lejos, comenzó en el 2003, tuvo un período en el que se habló mucho de ella, allá por el 2006, y posteriormente quedó estancada...

En breve la troncalidad será una realidad. En efecto, el Real Decreto de Troncalidad es un mandato de la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) de 2003, que va a marcar el escenario de la formación de los especialistas en nuestro país. Todos sabemos que la formación vía MIR se va a seguir manteniendo aunque se va a cambiar el formato. No estamos hablando de un modelo que se vaya a hacer. Cuando los organismos del Ministerio y la Secretaría General Técnica den el visto bueno podrá pasar, con la aprobación de la ministra, a ser expuesto para el trámite de audiencia externa. En ese periodo de tiempo admitirá correcciones, aportaciones y sugerencia que enriquezcan el texto. Pero el trabajo ya está hecho. Es difícil saber cuánto va a tardar, pero puede estar para comienzos del 2013. La troncalidad hace referencia exclusivamente al procedimiento que se va a seguir de ahora en adelante para la formación de los nuevos especialistas. Hasta ahora, cuando uno hacía la especialidad a partir del MIR, se accedía a una especialidad y ya se formaba uno durante equis años. Ahora la troncalidad incorpora dos períodos. El primer periodo que hace referencia a un tronco común donde las especialidades se han agrupado, no todas, en distintos troncos: tronco del área médica, quirúrgica, de laboratorio, de imagen y un tronco de Psiquiatría. No son solo para las especialidades médicas, las hay también de enfermería, para biólogos, farmacéuticos, químicos...pero lo nuclear de la troncalidad afecta sobretodo a médicos, farmacéuticos, químicos y biólogos. Eso sí, hay algunas especialidades que quedan fuera y que se han dado en llamar especialidades no troncales, ya que no encajan de momento en los troncos.

¿Cómo va a afectar a los profesionales?

El alumno se va a presentar al examen MIR, va a adquirir una puntuación y va a elegir tronco, que tendrá una duración de dos años, y también elegirá centro. El alumno que quiera ir al área médica elegirá ese tronco y una vez supere esa etapa seleccionará la especialidad. Este nuevo formato, en el que habrá dos escalones, el tronco y la especialidad, permite una formación más integral del futuro especialista, un conocimiento mas pluridisciplinario, basado en los aspectos comunes a muchas especialidades, y sobre todo, la elección con conocimiento. A veces el profesional cuando se presenta al examen MIR no tiene claro qué espera de esa especialidad, y el tronco le va a permitir conocer los aspectos más generales. Así que entendemos que es una propuesta importante, porque puede solucionar algunas deficiencias que se estaban visibilizando al tener una formación desde el comienzo muy tubular y carecer de la perspectiva de lo que ocurría al lado. Evidentemente como en todos los cambios necesitará un período de adaptación, por supuesto, y como todos los cambios produce una situación de preocupación e incluso de rechazo en algunos sectores. Pero creo que el camino se hace andando y que los problemas que vayan surgiendo entre todos los iremos resolviendo. Si durante 30 años el sistema MIR ha generado un valor excelente en el SNS, nuestro sistema de especialidades, que se adecúa a la normativa europea, tiene que seguir produciendo muy cualificados profesionales.

¿Cómo se va a llevar a cabo la homologación de títulos de los extranjeros?

En el proceso de homologación de títulos de extranjeros estamos haciendo lo que marca el Real Decreto 459 de 2010, que es una norma de nuestro país que está en absoluta consonancia con la directiva 2005/ 36 de la Unión Europea, que dice que para la homologación se deben cumplir una serie de requisitos, o bien, que los extranjeros tienen que cumplir esos requisitos. No hay que olvidar que nuestro país es puerta de entrada de muchos de estos profesionales. Cuando hablamos de extranjeros hay que hacer la salvedad de que estamos hablando de extracomunitarios. Bruselas nos ha pedido expresamente que seamos cuidadosos con este cumplimiento y por lo tanto estamos aplicando la norma. Es cierto que los trámites administrativos son a veces tediosos, lentos; pero hay que entender el elevado nivel de complejidad y la gran variedad de procesos administrativos de los profesionales procedentes de los países extracomunitarios. A veces aportan información que no es completa y es necesario hacer un proceso de verificación complejo. Una vez que se pasa por este trámite existe una comisión que decide si esa persona reúne todos los requisitos de competencias o, por el contrario, tiene que pasar un período de formación complementaria o por una prueba de conjunto. Por lo tanto, es un proceso que trata de preservar que la equivalencia sea de acuerdo a la exigencia de nuestro Sistema Nacional Salud. Nosotros tenemos un sistema de formación de especialidad muy bien valorado a nivel internacional y por lo tanto en esta decisión de homologación tenemos que ser garantes de que la misma es equivalente también a nivel europeo.

¿Y la de los mestos?

Hemos mantenido varias reuniones con sus representantes y hemos constatado que la homologación de la especialidad es muy difícil. No obstante, estamos explorando formulas administrativas que pudieran, de alguna forma, preservar o avanzar en el ejercicio de lo que hasta ahora han venido haciendo. Pero la problemática de los mestos, que son profesionales que están realizando actividades, en su mayoría de Atención Primaria, y que carecen de una especialización, no es la misma en todas las CCAA. Por tanto no es una problemática homogénea. Además, la gran mayoría se podrían etiquetar como pre-95. Es decir que terminaron antes de 1995. En este sentido, la expectativa que hemos abierto es que hasta 31 de marzo de 2013 se puedan presentar a un examen para la obtención de una titularidad de médico de familia en España y aquellos que cumplan los requisitos creo que pueden solventar gran parte de este problema. Pero estos ciudadanos deben ser conscientes de que el sistema de especialidad en nuestro país es el que es y que estamos trabajando para ver cómo podemos resolver el problema, que no será la obtención de un título equivalente al nacional, ni de ningún otro título que pudiera causar confusión. Creo que el escenario es claro.

Como ya explicó al principio, otra de sus competencias se centra en la creación del tan reclamado Registro Estatal de Profesiones Sanitarias, que al parecer está resultando una labor ardua...

El Registro Estatal de Profesiones Sanitarias se articuló como de obligado cumplimiento en el Real Decreto 16/2012. Los profesionales se podrán inscribir en él a través de los colegios profesionales, de las comunidades autónomas o de instituciones privadas. Constará de unos ítems determinados por el Consejo Interterritorial y algunos de ellos estarán abiertos a la consulta del ciudadano como garantía de información y transparencia, respetando al mismo tiempo la protección de datos. Existen algunas experiencias o intentos de creación de registros en comunidades autónomas pero la Administración debe disponer de uno de ámbito estatal. Viene impuesto, entre otras circunstancias, porque la circulación de los profesionales en el ámbito europeo e internacional es cada vez mayor. Por esto es importante que ante cualquier incidencia relevante, ante cualquier petición de datos sobre personas, el Estado pueda responder desde una plataforma informática con unas características técnicas determinadas, actualizadas permanentemente. Pero sobre todo, para saber cuántos somos y de qué profesión. Son dos respuestas imprescindibles que hay que dar para poder planificar, pues cuando hablamos del sector sanitario estamos basándonos en estimaciones. Esto llevará tiempo, no va a estar de la noche a la mañana pero queremos dejarlo organizado.

¿Podría concretar cómo va a ser el modelo retributivo y la homologación de los puestos de trabajo?

En cuanto en la homologación o equivalencias de categorías no parece oportuno adelantar información, ya que seguimos un proceso por el que primero se elabora un documento que se somete a la aprobación que llevaremos, en breve, a la Comisión Técnica Delegada, y una vez que lo aprueba va al pleno de la Comisión de RRHH y al Consejo Interterritorial. Por tanto, creo que por respeto y por prudencia hasta que no sea conocido por el Consejo Interterritorial y por la ministra no se debe divulgar. Pero básicamente es un documento que trata de establecer una especie de parrilla de todas las equivalencias y categorías de todos los profesionales sanitarios que trabajan en las distintas comunidades autónomas, para que si un ciudadano se tiene que trasladar por razones laborales rápidamente pueda tener un trabajo equivalente en el lugar de destino. Actualmente no siempre se da esta circunstancia y esto es lo que intentamos paliar. Hay que recordar que la primavera pasada fue un tanto conflictiva por la contestación que los médicos de APD, de cupo y de zona, dieron al Real Decreto 16/2012, negándose a pasar a ser estatutarios. Las aguas quedaron un tanto amansadas con la consiguiente corrección de erratas al citado Real Decreto Ley, por la que se ampliaba el período de incorporación en un año y se les reconocían expresamente los derechos adquiridos y consolidados. Fue un tema solicitado por las comunidades autónomas en una reunión celebrada en el País Vasco, que trasladaron al Ministerio y que éste lo elevó a Real Decreto Ley. En estos momentos son las CCAA las que deberán articular los procedimientos de ordenación. En cuanto al modelo retributivo aún no hay ningún documento definitivo. Lo que está claro es que el día que se llegue a un nuevo modelo retributivo será con el acuerdo de las CCAA, agentes sindicales y sociedades sanitarias en su conjunto.

La troncalidad tendrá un período de adaptación

Los mestos se podrán presentar a un examen para obtener el título de médicos de familia

Y ahora una pregunta más política, menos técnica: ¿Qué opina de la actual agitación del sector? ¿Temen una posible reacción al Real Decreto de Troncalidad, por ejemplo?

Entre todos y, apelo también a los profesionales de la comunicación, creo en un escenario en el que todos estamos intentando trabajar lo mejor posible, dentro de las circunstancias, entiendo que la troncalidad no tiene por qué plantear ningún problema. Es un nuevo formato que recoge las aportaciones excelentes que tiene el sistema MIR e incorpora aspectos que pueden mejorar su funcionalidad y su formación y hacer que los profesionales del futuro tengan una formación más rica. Como todos los cambios puede producir cierta inquietud. El Real Decreto Ley planteaba algunas circunstancias que había que cambiar. Al respecto hay que hacer hincapié en el tema de farmacia, que se ha demostrado claramente que la modificación ha traído consecuencias positivas porque, según los últimos datos, se han ahorrado más de 800 millones (Ha aumentado a más de mil en estos momentos) de euros en cuatro meses. Ante esto uno no puede dejar de preguntarse ¿qué hubiera pasado si se hubieran tomado las medidas antes?

Sí pero parece haber un diálogo de sordos en el que el sector habla de privatización y la Administración de externalizar para ahorrar...

Yo me referiré a la actuación de este Ministerio que es la que conozco. Usted ha visto que el secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha estado en mi despacho trabajando toda la mañana. Creo que este Ministerio mantiene un diálogo fluido con las distintas partes y con los principales representantes de las profesiones sanitarias porque creo que entre todos tenemos que ayudar. La sostenibilidad no es solo tarea del Ministerio, sino de toda la ciudadanía. Pero no hay que olvidar que la razón de ser del SNS es la existencia de ciudadanos que están enfermos o que necesitan de nuestros cuidados. Nuestro sector tiene un valor añadido y es que trabajamos con la salud de las personas ■

Un colegiado que ejerza sin el respaldo de una institución como el colegio de médicos, no se debe de sentir seguro

Sonia López Arribas

Presidenta del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM)

Texto Silvia C. Carpallo Fotos Luis Domingo

ENTREVISTA

Sonia López Arribas

"Un colegiado que ejerza sin el respaldo de una institución como el colegio de médicos, no se debe de sentir seguro"

Especialista en Psiquiatría en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Sonia López Arribas pretende liderar una nueva etapa del Colegio de Médicos de Madrid, con alrededor de 39.000 colegiados. Su visión y misión de futuro pasa por hacer del colegio una institución útil para el médico, donde se pueda también hacer "más por menos", sin depender de empresas externas y con mayor transparencia. Pero a corto plazo, el reto que se ha encontrado ha sido el abordar el Plan de Sostenibilidad de la Consejería de Sanidad, sobre el que asegura, se sigue manteniendo el diálogo, ya que apuesta por la colaboración entre médicos y Administración, sobre todo ante la preocupación de posibles despidos de personal sanitario interino y eventual.

Fue la ganadora de las últimas elecciones, en las cuales aumentó la ya tradicional abstención de voto, ¿a qué cree que pudo ser debido?

Se debe a la sensación que tiene el colegiado sobre el colegio de médicos. Con mi equipo hemos estado trabajando estos dos últimos años en una serie de entrevistas para conocer cuál era la misma, y el resultado era devastador. Se consideraba que el colegio de médicos era un fraude, una institución que no servía para nada. En ese afán de mejorar, la que consideramos es la máxima institución en representación del colegiado, y además el garante para la calidad asistencial del ciudadano, iniciamos esta candidatura, con la que hemos salido elegidos.

¿Qué piensa hacer entonces para cambiar esta idea y acercar más el colegio a los médicos?

Entre nuestros objetivos nos hemos marcado el posicionar al médico en el centro de la toma de decisiones, porque entendemos que es el pilar fundamental de la Sanidad. Otra de las tareas que tenemos es sanear el colegio, y para eso necesitamos que las cuotas que paguen los colegiados sean lo menos cuantiosas posibles, pero a la vez lo más rentables, es decir, conseguir más por menos en nuestro concepto de colegiación útil. Queremos un colegio abierto, atractivo y transparente.

En cuanto a lo de hacer más por menos, en su campaña prometió hacer una revisión de los gastos innecesarios del colegio, para poder financiarse sin la ayuda de empresas externas, ¿cómo van estas gestiones?

Hemos realizado una serie de recortes en gastos que entendíamos eran prescindibles dada la situación económica actual. Nuestra idea ha pasado por cambiar los estatutos de tal forma que no exista dependencia de ningún tipo de empresa, ni agencias de viajes, ni bancos, ni entidades aseguradoras, y se está trabajando en este sentido para presentar una propuesta en la asamblea de compromisarios. Asimismo, la gran mayoría de los contratos que hemos encontrado son heredados de juntas anteriores, y a lo largo de este año lo que vamos a hacer es, como está establecido en la Administración Pública, una mesa de contratación con varias ofertas, y darle el contrato a la empresa que nos ofrezca mejor presupuesto, para así poder recortar gastos y rentabilizar los mismos. Para no dejar trabas a las siguientes juntas directivas hemos establecido como norma que la vigencia máxima de cualquier contrato sea misma que la propia junta directiva, para dejarlas libres de cargas.

Nosotros proponemos la revisión del Plan de Sostenibilidad, puesto que aunque entendemos que la situación económica es crítica, y que hay que recortar, nos preocupa la pérdida de puestos de trabajo

¿Qué otros objetivos se ha marcado en esta legislatura?

Uno de los principales es posicionar al colegio dentro de la sociedad, para que también pueda ser un punto de referencia para el ciudadano. Es decir, que en caso de que surja algún tipo de conflicto sanitario, por ejemplo, una pandemia, podamos ser un referente. Para este fin contamos con una serie de profesionales altamente cualificados que colaboran con nosotros. Otro aspecto importante para todo ello es la actualización de la página web, que hemos conseguido que esté operativa para conseguir certificados digitales, de manera que no sea sólo un portal de información, sino también para la acreditación, consiguiendo ya que los certificados de colegiación se tramiten sin tener que venir al colegio.

Otra de las propuestas en su programa era revisar las normas internas de funcionamiento y el derecho de acceso a la información pública...

Con ese objetivo hemos reestructurado totalmente todo el tema de comunicación que encontramos al llegar al colegio y contando con profesionales del más alto nivel para la misma. Hemos estado trabajando también en la página web, para que sea mucho más accesible al ciudadano también. Incluso pueden pedir datos, porque nosotros garantizamos que el facultativo que tenemos colegiado tiene su título vigente y la cualificación adecuada. De hecho cualquier ciudadano puede pedir al colegio la información sobre un médico concreto. A parte controlamos la apertura de clínicas, las licencias, los títulos, etc.

Abogaba también por la profesionalización de la figura del perito médico, ¿podría detallárnoslo?

La idea es que cuando un colegiado esté en una situación difícil encuentre a un

profesional que realice la peritación, pero que se trate realmente de un experto, con la mayor cualificación posible. Para ello hemos abierto una bolsa de peritos, con condiciones diferentes, siendo ahora mucho más exigentes, entre ellas, que el perito esté en ejercicio, porque entendemos que representará mejor al colegiado.

En esta misma línea, se crea la figura del defensor del médico, ¿cuáles serán las funciones de la misma?

A un mes de llegar a la legislatura creamos la figura del defensor del médico que ya tiene nombre y apellidos, es el Dr. Pedro Ruiz Barnes. Esta figura consiste en una persona que guía y dirige los problemas de un colegiado, utiliza al colegio de mediador, utilizando todos los instrumentos colegiales para su apoyo. Era un compromiso electoral que ya hemos cumplido, y es una de las persona que está recibiendo mayor número de peticiones.

Estamos hablando mucho de los médicos en el ejercicio de su profesión, ¿pero qué hay de la figura del estudiante de Medicina?

Hemos intentado que el estudiante de Medicina sienta que el colegio también está próximo a él, para lo que estamos organizando cursos pregrado y conferencias magistrales, para contactar ya al estudiante de Medicina con el colegio.

Precisamente, se celebraron recientemente en el propio Colegio las jornadas de Derecho Sanitario, ¿hace falta una reforma de la legislación para parar las prácticas de Medicina Defensiva? ¿Qué supone este problema en la sostenibilidad del sistema?

Como opinión personal, creo que la Medicina Defensiva nace de una desconfianza hacia la cualificación del profesional. Por eso el colegio quiere ser el garante de esa cualificación, y cuanto mayor sea la comunicación existente entre el colegio, como garante de esa calidad asistencial, y el ciudadano, menos denuncias habrá. Muchas denuncias se producen por desconocimiento, o desconfianza, y para eso hay que mejorar la comunicación.

La pregunta ineludible, ¿cree que la colegiación debería ser obligatoria?

En el último congreso de la profesión médica de la OMC, algunas de las diferentes comunidades con colegiación voluntaria, como por ejemplo Andalucía, explicaron que las bajas de colegiados habían sido unas cifras ridículas. En estos tiempos de crisis todo es convulso e inesperable, es cierto, pero un colegiado que ejerza sin el respaldo de una institución como el colegio de médicos no se debe de sentir seguro.

Sin embargo existen ya cifras de morosidad, de colegiados que no están pudiendo hacer frente a la cuota, ¿verdad?

Sí, se trata de una deuda de 3 millones y medio de euros en impagos, lo que corresponde a un total de 1.797 colegiados en si-

tuación de morosidad. Por todo ello uno de los objetivos que nos hemos marcado es la recuperación de esa morosidad, que es ya bastante importante. Creemos que es debida, en parte por la situación económica, pero también en parte por la mala gestión que se ha venido haciendo. Estatutariamente se sanciona a partir de un determinado momento con un 20 por ciento de recargo de la cuota colegial, pero si la situación continúa, y a través de una serie de procedimientos legales, se procede a la descolegiación del facultativo.

¿Qué opina de la iniciativa, que se está madurando desde la Administración, de extender el modelo gallego de colegiación obligatoria, sólo para los médicos con contacto directo con el paciente?

En este modelo, por ejemplo, quedarían fuera los gestores, y el gestor es un médico igualmente, si tiene que asistir a la población, por esa obligación moral de asistir a cualquier ciudadano, tiene que estar protegido de alguna forma. Aunque sea un director de hospital siempre se le va a exigir su responsabilidad como médico, y es el colegio el que la garantiza.

Tras la aprobación de los presupuestos de la CAM, ¿existe lugar ya para la negociación en cuanto al Plan de Sostenibilidad de la Sanidad con la Consejería?

Desde que se presentó el Plan de Sostenibilidad a finales de octubre, el Colegio de Médicos ha venido manteniendo diferentes reuniones con la Consejería de Sanidad. En ese sentido quería remarcar la línea directa que tenemos con la Consejería porque queremos ser el nexo de comunicación y el interlocutor válido entre los médicos y la Administración, sobre todo en momentos tan complicados como los que estamos viviendo. Una vez aprobados los presupuestos, la disposición de la corporación médica madrileña seguirá siendo la misma, de diálogo absoluto para trasladar a la Administración el posicionamiento de los colegiados y las medidas alternativas que los profesionales han elaborado y presentado. Además, los profesionales tienen mucho que decir en el desarrollo de las medidas incluidas en el Plan de la Consejería, y el Colegio estará ahí para defender esa postura.

Es claro su desacuerdo con estas medidas, ¿cuál es actualmente la postura del ICOMEM y qué medidas se piensa tomar al respecto?

Muchas denuncias se producen por desconocimiento, o desconfianza y para eso hay que mejorar la comunicación

El Icomem desde un principio ha mostrado su rechazo al Plan de Sostenibilidad, al entender que se había elaborado de espalda a los profesionales, y que algunas de las medidas comprometen la calidad asistencial y suponen una especie de despido encubierto de personal interino y eventual. Además, hemos participado en diferentes grupos de trabajo y se le ha puesto a la Administración sobre la mesa medidas alternativas a la externalización, que apenas han tenido en consideración. La postura del colegio será siempre la de reivindicar una urgente necesidad de diálogo por parte de todos los implicados con la finalidad de buscar una salida consensuada ante la complicada situación que está viviendo la Sanidad madrileña. Y así se le ha reiterado en varias ocasiones tanto al presidente autonómico, Ignacio González, como al consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty.

Si en este nuevo año viéramos implementarse este plan, ¿cuál sería al menos la mejor forma de llevarlo a cabo?

Sin lugar a dudas, con la colaboración y la participación más absoluta de los profesionales en el desarrollo de las medidas incluidas en dicho plan. Nosotros proponemos la revisión del Plan de Sostenibilidad, puesto que aunque entendemos que la situación económica es crítica, y que

hay que recortar, nos preocupa la pérdida de puestos de trabajo, que pensamos que podría producirse de una forma encubierta, tanto de interinos como de eventuales, que son al fin y al cabo nuestros colegiados, y es parte de ese personal altamente cualificado que trabaja para la Comunidad de Madrid, y no queremos perderlo. Lo que no sabemos aún es ninguna cifra, no tenemos una estimación, porque todo depende aún de la situación, aunque los puestos que más peligran evidentemente, como decía, son los interinos y eventuales ■

El Médico Interactivo

¡AÚN MEJOR!

- **Actualización permanente de la información**
- **Nuevas temáticas formativas**
- **Formato web 2.0**
- **Fácil navegabilidad**

Los comicios a la Presidencia de la OMC, epicentro del calendario electoral en los colegios de médicos en 2013

Texto Antonio Pais

RADIOGRAFÍA A...

Los comicios a la Presidencia de la OMC, epicentro del calendario electoral en los colegios de médicos en 2013

En la Permanente del Consejo General este año también habrá elecciones a los cargos de vicesecretario y tesorero; y además, a la Vocalía de Médicos con Empleo en Precario

Intensa actividad electoral en las instituciones provinciales: habrá comicios en 19 de ellos

El ya lejano 18 de abril del año 2009 se celebraron las elecciones a los cargos de presidente, vicesecretario y tesorero de la Organización Médica Colegial (OMC), la institución que agrupa a los distintos colegios de médicos de toda España. Cuatro años después, por lo tanto, llega el momento de celebrar nuevas elecciones. Éstas ya han sido convocadas y se celebrarán el 9 de marzo: el proceso de convocatoria, con la apertura de plazos para la presentación de candidaturas, aprobación de éstas y del periodo electoral consume alrededor de dos meses.

Será entonces cuando Juan José Rodríguez Sendín opte, si así lo decide, a su segunda legislatura en la Presidencia, a la que llegó tras su paso otros cuatro años por la Secretaría General de la institución. Nada ahora mismo hace pensar que no lo hará: la institución vive ahora mismo uno de los momentos más importantes que se le recuerda, con la OMC apareciendo con fuerza en todos los asuntos centrales de la profesión, negociando con distintas administraciones públicas las medidas a tomar para que ésta no se vea tan dañada y liderando incluso el movimiento de protesta que tendrá su momento cumbre en la manifestación de la profesión médica el día 23 de febrero de 2013 en Madrid.

Cuatro años después llega el momento de celebrar elecciones en la OMC. Será entonces cuando Juan José Rodríguez Sendín opte, si así lo decide, a su segunda legislatura en la Presidencia

Algo similar a lo que sucede con la Presidencia puede decirse para los otros dos cargos de la Comisión Permanente de la OMC para los que habrá elecciones en el año entrante: la Vicesecretaría de la institución, cargo que ha ostentado los últimos cuatro años Jerónimo A. Fernández Torrente, y la Tesorería, que ha dirigido José María Rodríguez Vicente.

Para el próximo año, 2014, quedan pendientes las elecciones a los otros dos cargos de la Permanente del Consejo General: la Vicepresidencia, cargo que ostenta Ricard Gutiérrez, y la Secretaría General, en la que hace lo propio Serafín Romero; ambos fueron elegidos para un mandato de cuatro años el pasado 10 de julio de 2010; en el caso del doctor Romero, éste ya había sido elegido para el cargo el 6 de julio de 2009 pero lo fue para un periodo de sólo un año: el puesto de secretario había quedado vacante tras la renuncia, quedando aún un año para completar la legislatura, de Juan José Rodríguez Sendín cuando decidió presentar su candidatura a la Presidencia.

En todo caso, en 2013 las elecciones a estos tres cargos de la Permanente de la institución colegial, que este año también deberá celebrar comicios a una de sus vocalías, la de Médicos con Empleo en Precario, cuyo representante los últimos cuatro años ha sido José Luis Santos, son esperadas con expectación y suponen el epicentro de la actividad electoral en el año que entra en el ámbito colegial.

Intensa actividad porque, además de las elecciones o rotaciones que pueda haber en los diversos consejos autonómicos de colegios de médicos, está previsto que hasta 19 instituciones provinciales celebren elecciones a la presidencia a lo largo del año.

La actividad a lo largo de 2012

No habrá elecciones en el Colegio de Médicos de Madrid, donde el pasado 27 de junio de 2012 Sonia López Arribas tomaba posesión de su cargo como presidenta, cargo que ostentará durante cuatro años tras su destacado triunfo en las elecciones que, como suele suceder en la corporación madrileña, estuvieron rodeadas de una gran expectación.

A lo largo de 2012 también hubo elecciones en los Colegios de Murcia (en marzo, triunfo de Isabel Montoya), en el de Alicante (Antonio Arroyo fue reelegido para dos años más, porque debido a un cambio en los estatutos de la corporación en 2014 se unificará el calendario electoral para toda la Junta Directiva), en el de Pontevedra (el 30 de noviembre Luis Campos Villarino tomaba posesión tras ser reelegido), en el de Ávila (en junio fue elegida presidenta Begoña Sahagún), en el de Granada (el 14 de diciembre tomaba posesión Francisco Javier de Teresa tras ser reelegido), en el de Tarragona (reelegido Fernando Vizcarro), en el de Cáceres (en noviembre fue reelegido Carlos Ramón Arjona y en el de Guipúzcoa (en julio fue elegido José María Urkia, quien sustituyó a Enrique Tellería, presidente durante 20 años).

Tanto en el Colegio de Médicos de Navarra como en el de La Rioja se dio la misma situación en octubre de 2012: las candidaturas de las presidentas durante los cuatro anteriores años, María Teresa Fortún en el colegio navarro e Inmaculada Martínez en el riojano, fueron las únicas que se presentaron a las elecciones, por lo que resultaron reelegidas para otra legislatura.

Más intensidad electoral en 2013

Pero si 2012 fue un año con una cierta intensidad electoral, más lo va a ser 2013. En

este punto, Galicia destaca porque en ella no habrá más comicios que los correspondientes al Consejo Autonómico, que ahora preside la institución de Lugo. Pero, además de lo comentado sobre el Colegio de Médicos de Pontevedra, en 2011 fue elegido presidente Luciano Vidal en el de A Coruña y para 2014 están previstas elecciones en las de Ourense (presidente, Pedro Trillo desde mayo de 2010) y Lugo (Ignacio Vidal).

En el Colegio de Médicos de Asturias, que preside María del Carmen Rodríguez, sí tocan elecciones en 2013. La candidatura de la actual presidenta fue la única que se presentó en los comicios previstos para abril de 2009. No habrá elecciones, por el contrario, en el Colegio de Médicos de Cantabria, que desde agosto de 2011 preside Tomás Cobo.

En el País Vasco, además de lo comentado respecto al Colegio de Médicos de Guipúzcoa, en 2013 se celebrarán elecciones en el de Vizcaya, que preside Cosme Naveda (13 de febrero) y en el de Álava, que preside Kepa Urigoitia. La institución alavesa será la que presida el Consejo Vasco de CM en 2013, que pasará a manos del Colegio guipuzcoano en 2014.

Intensa actividad para el año que entra está prevista en la Comunidad de Aragón. En septiembre u octubre está previsto que haya elecciones en el Colegio de Médicos de Zaragoza, que preside Enrique de la Figuera. También este año, hacia mayo, tocan elecciones en el Colegio de Médicos de Huesca, que preside el decano de los presidentes nacionales: José Ignacio Domínguez, presidente de la institución oscense desde hace 27 años. Hasta 2014 no tocan en el Colegio de Médicos de Teruel, que preside Ismael Sánchez. El Consejo Autonómico Aragonés sigue si tener estatutos propios y los colegios provinciales asumen la presidencia de forma rotatoria: en 2013 es turno de Zaragoza.

Nula actividad electoral en la Comunidad Valenciana: como ya se ha comentado, en el Colegio de Médicos de Alicante hubo comicios en 2012; en el de Valencia, Rosa Fuster fue elegida en junio de 2010 para cuatro años,

RADIOGRAFÍA A...

Los comicios a la Presidencia de la OMC, epicentro del calendario electoral en los colegios de médicos en 2013

mientras que en el de Castellón, José Antonio Herranz también finaliza legislatura en la Presidencia en 2014. El Colegio de Médicos de Alicante ostentará la Presidencia del Consejo Autonómico durante 2013 y 2014.

Tampoco en Cataluña habrá elecciones. En el Colegio de Médicos de Barcelona Miquel Vilardell cumplirá legislatura como presidente en 2014, e idéntica situación se da en el caso de Benjamí Pallarés en el Colegio de Médicos de Girona (fue elegido el 21 de julio de 2010). Rosa Pérez fue reelegida presidenta del Colegio de Médicos de Lleida en octubre de 2011. Respecto al Consejo Catalán de CM, cuya presidencia rota por los colegios provinciales, desde noviembre de 2012 y hasta noviembre de 2014 la ostenta el CM de Girona.

Si 2012 fue un año con una cierta intensidad electoral, más lo va a ser 2013. Habrá elecciones, entre otros, en el Colegio de Asturias, Guipúzcoa, Vizcaya, Zaragoza, Zamora y en gran parte de los Colegios andaluces

Elecciones en Andalucía y Castilla y León

Muchas elecciones están previstas en los colegios provinciales andaluces, aunque en la mayoría de los casos habrá que esperar a final de año. En el Colegio de Médicos de Sevilla, el pasado 25 de noviembre de 2009 Carlos Javier González Viladell era elegido presidente de la institución; a finales de 2013 acaba la legislatura. También a finales de año habrá elecciones en el Colegio de Médicos de Jaén, que preside Emilio Manuel García de la Torre, y en el CM de Córdoba, que presidía Cesáreo García Poyatos, fallecido a principios de enero.

En el CM de Málaga, Juan José Sánchez Luque fue elegido presidente el pasado 24 de septiembre de 2009: también acaba la legislatura este año. En el CM de Cádiz, que preside Miguel Morgado, los comicios deberán esperar a 2014. Pero en febrero o marzo de 2013 sí se esperan en el Colegio de Médicos de Huelva, que preside Juan Luis González. Y en julio de 2009, Francisco José Martínez Amo ganó las elecciones en el Colegio de Médicos de Almería: elecciones en 2013.

Respecto al Consejo Andaluz de CM, el propio doctor Martínez Amo fue elegido presidente para los próximos dos años tras ser el más votado en las elecciones de noviembre de 2012.

En Castilla y León, nada más comenzar 2013, el 27 de enero, se celebrarán elecciones en el Colegio de Médicos de Zamora, que preside desde hace cuatro años Sebastián Martínez. En el mes de mayo están previstas en el de Segovia, que durante las dos últimas legislaturas ha presidido Juan Manuel Garrote: él mismo modificó los estatutos de la institución para limitar los mandatos a dos, que cumple ahora, por lo que no presentará su candidatura. Y a finales de año habrá comicios en el Colegio de Médicos de Salamanca, que preside Manuel Gómez Benito desde hace doce años.

No habrá elecciones hasta 2014 en los Colegios de León (presidente, José Luis Díaz Villarig), de Valladolid (José Antonio Otero fue elegido presidente en mayo de 2010), de Palencia (Francisco José del Riego hasta 2014), de Burgos (Juan José Aliende hasta 2014) y de Soria (José Ramón Huerta hasta 2015).

Respecto al Consejo Autonómico, lo seguirá presidiendo el doctor Díaz Villarig (CM de León) al menos hasta junio de 2014, cuando se celebren elecciones. El pasado 2 de noviembre de 2012 el doctor José Ramón Huerta fue elegido nuevo vicepresidente del Consejo de Médicos de Castilla y León tras los comicios celebrados para la renovación de este cargo, vacante desde que el doctor Muñoz García de la Pastora culminara su mandato como presidente del CM de Ávila.

Comicios en Castilla-La Mancha y en Badajoz

Intensa actividad electoral la que habrá en 2013 en Castilla-La Mancha. En el Colegio de Médicos de Cuenca el proceso electoral está abierto (plazo de presentación de candidaturas entre el 1 y el 18 de enero) y las elecciones son el próximo 14 de febrero en la institución que preside Carlos Molina. También es inminente la convocatoria de elecciones en el CM de Ciudad Real, que preside Ramón Garrido. En el Colegio de Médicos de Toledo, cuyo presidente es Luis Rodríguez Radial, hacia el mes de junio también están previstas elecciones. Y en el de Albacete (presidente, Francisco Parra), están previstas para finales de año, hacia noviembre. Hasta 2014 no tocan en el CM de Guadalajara, que preside Ramón Ochoa.

En cuanto al Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha, en 2013 habrá elecciones en mayo (la última toma de posesión fue el 27 de mayo de 2011). Por estatutos, se vota entre los presidentes cuál de ellos ejerce el cargo, aunque de facto hay un cierto consenso y se van alternando en la presidencia todas las provincias; si se sigue el turno rotatorio, en 2013 le tocaría al CM de Guadalajara.

No habrá elecciones en el Colegio de Médicos de Madrid, donde el pasado 27 de junio de 2012 Sonia López Arribas tomaba posesión de su cargo como presidenta

En Extremadura, además de lo reseñado respecto al Colegio de Médicos de Cáceres, en el Colegio de Médicos de Badajoz, que preside Pedro Hidalgo desde el 4 de mayo de 2009, sí están previstas para 2013 al culminar la legislatura; previsiblemente tendrán lugar en el segundo trimestre del año. En relación al Consejo Autonómico, durante todo el 2013 la Presidencia del mismo, que rota cada dos años para que la ostente uno de los dos colegios provinciales, la ostentará el Colegio de Médicos de Badajoz.

En Canarias Rodrigo Martín seguirá presidiendo, al menos hasta 2014, el Colegio de Médicos de Tenerife, y la misma situación se da con Pedro Cabrera en el de Las Palmas: ambos fueron elegidos en 2010. En el Consejo Autonómico hay alternancia, y durante 2013 y 2014 la presidencia le corresponde al doctor Martín (Tenerife).

En Baleares será presidente hasta 2014 Antonio Bennasar (fue elegido en junio de 2010). El Colegio de Médicos de Ceuta seguirá presidido este año por Manuela Gómez, elegida el pasado 9 de noviembre de 2011. Y el de Melilla, Jesús Delgado, elegido en 2010 ■

Hay que gestionar mejor los hospitales para mantener los mismos servicios con menos recursos

Gregorio Achutegui

Presidente del XVIII Congreso Nacional de Hospitales

Texto Nekane Lauzirika Fotos SEDISA

Gregorio Achutegui

"Hay que gestionar mejor los hospitales para mantener los mismos servicios con menos recursos"

Bajo el lema "Creando Valor Sostenible", del 20 al 22 de febrero próximo se desarrollará en el Palacio Euskalduna de Bilbao el XVIII Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Esta cita, que se celebra por vez primera en el País Vasco, está organizada por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). En el Congreso, a lo largo de tres días más de 1.200 congresistas discutirán acerca de la prevención y la gestión del conocimiento en organizaciones sanitarias, así como sobre los cambios en la estructura de la sociedad. Conscientes del momento de crisis crucial en el que se halla inmersa la sociedad, las dos sociedades profesionales quieren contribuir decididamente "a facilitar el diálogo y el encuentro multidisciplinar desde un enfoque global de la gestión, para garantizar un futuro mejor a las organizaciones sanitarias, al servicio que prestan y, en definitiva, a la salud y satisfacción de los usuarios", explica a la revista El MÉDICO, el doctor Gregorio Achutegui, gerente del Hospital de Cruces y presidente del Congreso.

En el Congreso, que tiene lugar cada dos años, participarán especialistas provenientes de hospitales, administraciones, consultorías e instituciones hospitalarias y académicas, tanto del ámbito público como privado, con presencia destacada de profesionales en gestión sanitaria. "En la anterior edición la innovación fue el lema principal. Ésta no se descarta, pero siempre que genere valor añadido", explica Gregorio Achutegui.

En el evento, los congresistas de todo el Estado y también de centros europeos e Iberoamericanos intercambiarán experiencias e ideas en torno a un triángulo virtuoso de inversión innovadora, tangible o intangible, para aumentar el valor de la actividad sanitaria, tanto desde la perspectiva profesional como especialmente desde la personal del usuario, y con ello asegurar la sostenibilidad del sistema al nivel de calidad y equidad que demanda la sociedad. Uno de los principales objetivos del encuentro es fomentar las alianzas y nuevos proyectos entre la industria y las instituciones sanitarias, así como dar a conocer a la población la importancia de esta labor, además de la competencia de sus profesionales.

"Los directivos sanitarios ocupamos un lugar de privilegio en el conjunto de elementos y actores que interactúan por un lado en la relación profesional entre los pacientes y los profesionales sanitarios, y por otro, en la complejidad de las relaciones y actividades empresariales que sustentan las organizaciones sanitarias, sin las que, evidentemente, no se podría dar ni recibir un servicio acorde con el desarrollo social", asegura Achutegui. "Al promover este foro, desde ANDE y SEDISA se invita especialmente a las empresas y profesionales con responsabilidades directivas a exponer e intercambiar soluciones innovadoras, convirtiendo la crisis en oportunidad, al mismo tiempo que se transforman nuestras organizaciones en paradigmas de cooperación multidisciplinar y de adaptación a las nuevas realidades sociales y de adecuación a las nuevas tecnologías", añade el presidente del comité organizador.

El Congreso contará con un total de 24 mesas de debate, una mesa de Consejeros de Sanidad, un área de desayunos con expertos, 9 simposiums satélite, 8 talleres de trabajo, diversos actos de reconocimiento y entrega de premios, así como un espacio para la presentación de comunicaciones orales y pósters. Paralelamente al congreso, se desarrollará una exposición comercial, en la cual las empresas y firmas especializadas dispondrán de una ocasión excepcional para mostrar y comercializar sus productos y novedades, además de sus materiales afines a la temática del evento.

¿Cuál es el objetivo que se marca el Congreso?

Este evento bianual, -el último se celebró en Madrid-, nos sirve a los gestores sanitarios no solo para intercambiar experiencias y coger lo mejor de otros para aplicarlo a nuestra realidad, sino también para visualizar nuevas opciones adaptables a las necesidades asistenciales. Hay que combinar de forma adecuada todos los recursos disponibles con la calidad y mayor accesibilidad para la gente. Los hospitales son organizaciones complejas y no se pueden estandarizar todos los procesos, como en una empresa mecanizada, por lo que hay que mantener un margen de variabilidad y autonomía personal-profesional de los sanitarios.

Se desarrollarán 9 áreas temáticas, ¿alguna novedosa con respecto a ediciones anteriores?

La principal novedad será el abordaje de la Medicina personalizada, que supondrá un gran avance en el futuro, ya que proporcionará a los usuarios la posibilidad de poder elegir entre distintas alternativas. El aumento de la esperanza de vida y la cronicidad obligan a los gestores hospitalarios a aplicar nuevas fórmulas de éxito, donde las nuevas tecnologías son imprescindibles.

¿Los clínicos deben intervenir también en la gestión de los recursos sanitarios?

Yo creo que sí. Es imprescindible y la tendencia para hacer sostenible los centros hospitalarios va por ahí. No se trata solo de una exigencia de gestión, sino más bien casi de un compromiso ético. Se precisan nuevos perfiles de los jefes clínicos, con nuevas habilidades y competencias necesarias para la gestión moderna. Sin embargo, para poder compatibilizar con éxito y eficiencia su trabajo asistencial con estas tareas, estos profesionales deben contar con conocimiento,

además de con la formación y la motivación necesarias. Nosotros en Cruces estamos potenciando la formación de nuestros profesionales. Porque en realidad los clínicos están constantemente realizando tareas de gestión, aunque no sean conscientes de ello. Éste es el principal déficit; visualizar la importancia de la gestión realizada.

¿En tiempos de crisis como los actuales usted apuesta por fórmulas imaginativas para mantener los servicios sin recortes?

Existe un trabajo constante de mejora y utilización de las herramientas más eficaces de gestión actualmente casi desconocidas para muchos clínicos. Además, se debe hacer la integración de esas herramientas en el trabajo en equipo. Hoy esto es más necesario que nunca, dada la complejidad de las soluciones y la multidisciplinariedad de los esfuerzos. Nosotros, en los hospitales de Euskadi, aun manteniendo el mismo presupuesto que en años anteriores, hemos ofertado más prestaciones; no hemos aplicado el tijeretazo como ocurre en otras Comunidades Autónomas. ¿Cómo? Optimizando los recursos, utilizándolos de la manera más eficiente posible. La aplicación de las nuevas tecnologías en Osakidetza está teniendo mucho que ver en ello. Y aún nos queda mucho camino por recorrer en este sentido.

Los clínicos deben intervenir también en la gestión de los recursos sanitarios

Sin embargo, en otras CC.AA. como Madrid, Valencia... por falta de presupuesto se están privatizando los hospitales públicos...

En Euskadi, en términos relativos, la situación es buena; hay dificultades, pero se pueden solventar. Nosotros tenemos la transferencia de Sanidad desde el 88, mientas que otras Autonomías se hicieron con ella hacia el 2000. Luego ha habido una tendencia a que cada CC.AA. intentaba emular a otras, ser las mejores "en todo", pero los recursos no han acompañado. Ahora se están intentando corregir esos desequilibrios y las medidas están siendo muy traumáticas. Durante años ha habido ineficiencias, se crearon unidades nuevas y servicios de alta cualificación para los que no había profesionales instruidos en esas habilidades. Porque no solo tienen que estar formados, sino tener una experiencia. Hay excesivos servicios especializados; hay que racionalizarlos y reducirlos.

¿Lo entenderá así la población?

Hay que explicarlo bien. No se trata de cerrarlos por cerrarlos y por cuestiones económicas. Si se clausuran será por una cuestión de seguridad. Las sinergias tienen que funcionar. Por ejemplo, si el centro de referencia para trasplantes de corazón y pulmón está en Valdecilla (Cantabria), no tendría lógica que se creara otro en Cruces. Del mismo modo en otras CC.AA.

Usted aboga por mejorar y potenciar el sentido de responsabilidad individual y social ante la tarea asumida, y el grado de satisfacción obtenido en la evaluación del desempeño...

Sí. Porque ambas variables se pueden potenciar en sentido positivo o negativo. Aquí entra la tarea directiva. Se trata de lograr el círculo virtuoso de retroalimentación positiva entre los equipos y el trabajo asignado con los objetivos alcanzados.

Habla de fomentar las competencias y habilidades de gestión de los jefes de servicios de los hospitales...

Por supuesto. Son profesionales que se sitú-

© Juan Carlos Tomasi

Ayúdanos a salvar más vidas

Tú no estás allí, pero sin ti nosotros tampoco.
Hazte socio.

Con 5 € al mes durante un año podemos conseguir 200 raciones del alimento terapéutico que salvará la vida a niños desnutridos.

Con 10 € al mes durante un año podemos vacunar a 660 niños contra el sarampión.

Con 20 € al mes durante un año podemos potabilizar el agua que necesitarán 6.400 personas durante una semana.

902 250 902 **www.msf.es**

MEDICOS SIN FRONTERAS

an en una posición de directivos de segundo nivel, donde los conocimientos de su especialidad clínica están cada vez más perdiendo relevancia en relación a los conocimientos de gestión y sus habilidades directivas. Porque cada vez es menos frecuente que los jefes de servicio estén liberados de actividad clínica y se dediquen de forma plena a la gestión, es por lo que hay que fomentar sus habilidades de gestión intermedia.

Se precisan nuevos perfiles de los jefes clínicos, con nuevas habilidades y competencias necesarias para la gestión hospitalaria moderna

Entonces, ¿para usted es imprescindible involucrar a los clínicos en la sostenibilidad del sistema gerencial en general y de los hospitales en particular?

Sí, claro. Aunque evidentemente hay que dotarles, sobre todo a los jefes de servicio, de capacidades que estén vinculadas a la sostenibilidad de la organización hospitalaria. No puede ser que los sanitarios obvien estos aspectos. La gestión clínica tiene que ser un compromiso que ningún profesional puede dejar de lado.

Los clínicos están especializados, lógicamente, en clínica, ¿pero también están preparados para asumir la gestión clínica?

No, a pesar de que sea una necesidad. Aunque se está avanzando mucho en los últimos años, en general los clínicos españoles no están preparados para ello.

¿Entonces tal vez se requieran nuevos perfiles de los jefes clínicos?

Sí. Además, se deben asentar tanto en una cualificación profesional a través de una doble formación –en gestión general y específica hospitalaria–, como en un profundo conocimiento de la realidad hospitalaria y dotes de liderazgo, capacidad de diálogo, de negociación y orientación hacia la innovación e iniciativa para la toma de decisiones.

Aceptando que sin la implicación de los profesionales clínicos la gestión sanitaria es imposible llevarla a cabo. ¿Están ellos por la labor?

Hay que ponerse de acuerdo con ellos para abordar los cambios del sistema con el objetivo de lograr una gestión eficiente. Lo peor que se podría hacer es marginarles en la toma de decisiones. Sanitarios y gestores tienen que discutir y llegar a acuerdos para la sostenibilidad del sistema. Muchas veces no son conscientes de los costes de los procesos y esto es un problema para lograr el necesario equilibrio coste-beneficio.

En el Hospital de Cruces, del que usted es director gerente, han empezado ya el itinerario de la gestión clínica. ¿Cuándo veremos los frutos?

Seguro que en los próximos tres años. Hemos impulsado el interés por la excelencia, facilitando estancias a los profesionales fuera de Euskadi y del Estado. Les costeamos la formación que les aporte conocimiento de alto valor que luego revierta en nuestras organizaciones de Osakidetza. Porque lo que nos preocupa es la gestión eficiente, procurar emplear bien todo el dinero disponible. En Cruces es lo que hemos hecho: reducir ineficiencias y ese dinero ahorrado lo hemos invertido en equipamiento, tecnología. Lo estamos logrando. Con los mismos recursos hemos dado más y mejores servicios.

La tendencia es a reducir los ingresos urgentes en los hospitales. ¿Lo consiguen?

Sí. Se intenta que los ingresos sean programados; que cada vez menos pacientes tengan que ser ingresados por urgencias. Que estos casos bajen a menos del 50 por ciento. Lo ideal, además, es que esté el menor tiempo posible y que continúe, con apoyo médico, la recuperación en su casa o un centro. El problema de los hospitales es el fin de semana. La dotación de profesionales baja y es una cuestión difícil de solucionar.

Y el mal endémico de los hospitales, las Urgencias, ¿tienen solución?

En el Hospital Universitario de Cruces las hemos conseguido reducir este año. Ha habido menos urgencias leves. Además de la concienciación de la población para acudir a los Puntos de Atención Continuada los casos más leves, en este descenso ha tenido que ver la estrategia de cronicidad aplicada en Osakidetza y el centro multicanal donde los usuarios llaman para consultar cuestiones por las que antes iban a las urgencias.

¿Qué opinión le merece el decreto del Gobierno central que permite el copago de fármacos hospitalarios?

Es un problema tremendo. Supone más de la mitad del coste farmacéutico. Cuesta más lo que damos a los de fuera que todos los medicamentos de los pacientes ingresados. Esta medida la veo poco viable. Como el trasporte de ambulancias. Soy más partidario de una tasa anual por persona, en lugar de copagos cada vez que utilizas un servicio o tienes que acceder a un medicamento. Sería partidario de buscar otras fórmulas ya que el copago provoca en el sistema inequidades difícil de mantener.

¿Qué líneas rojas no se pueden traspasar en los hospitales?

La accesibilidad universal. Otra sería que no se debe reducir el funcionamiento ordinario quirúrgico por falta de medios económicos. Lo primero es la necesidad del paciente. Se podrán revisar las indicaciones, pero no retrasar las intervenciones según las garantías marcadas y establecidas ■

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

El envejecimiento activo, un desafío del siglo XXI

Texto | Jorge Sánchez Franco

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas del siglo XXI. A escala mundial, dos personas cumplen 60 años cada segundo que pasa, lo que supone un total anual de casi 58 millones de nuevos mayores. En el momento actual, una de cada nueve personas tiene 60 años o más, y las previsiones para 2050 apuntan a una de cada cinco. Igualmente, para ese mismo año se espera que en 65 países las personas mayores representen más del 30 por ciento de la población total de cada territorio.

REPORTAJE

El envejecimiento activo, un desafío del siglo XXI

Las oportunidades que ofrece la transición demográfica son tan amplias como las contribuciones que puede hacer una población saludable de personas mayores con activad social y económica. Esto es lo que se dice en el informe "Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío", publicado recientemente por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), de Nueva York, y HelpAge International, de Londres. En esta publicación se analiza la situación actual de las personas mayores y se examinan los progresos logrados tras la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en relación con las políticas y medidas adoptadas por los gobiernos y otros interesados directos, y con la ejecución del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En general, se hace palpable una preocupación creciente acerca de las capacidades de las sociedades para abordar los desafíos que conlleva esta transición demográfica.

Según datos del INE, el grupo de personas mayores de 64 años se incrementará en 7,2 millones de individuos hacia 2052 (un 89 por ciento), por lo que pasará a representar el 37 por ciento de la población total de España

Una importante constatación de este informe es la insospechada productividad de las personas de 60 años o más en calidad de cuidadores, votantes, voluntarios y empresarios, entre otras actividades destacadas. La publicación muestra cómo las generaciones actuales y futuras pueden cosechar en todo el mundo el dividendo de la longevidad cuando se adoptan medidas que aseguran una buena atención de la salud, ingresos regulares, redes sociales y protección jurídica para nuestros mayores. Además, la crisis económica mundial ha exacerbado la presión financiera para que se proteja tanto la seguridad económica en la vejez como el acceso a la atención sanitaria por parte de las personas de edad avanzada.

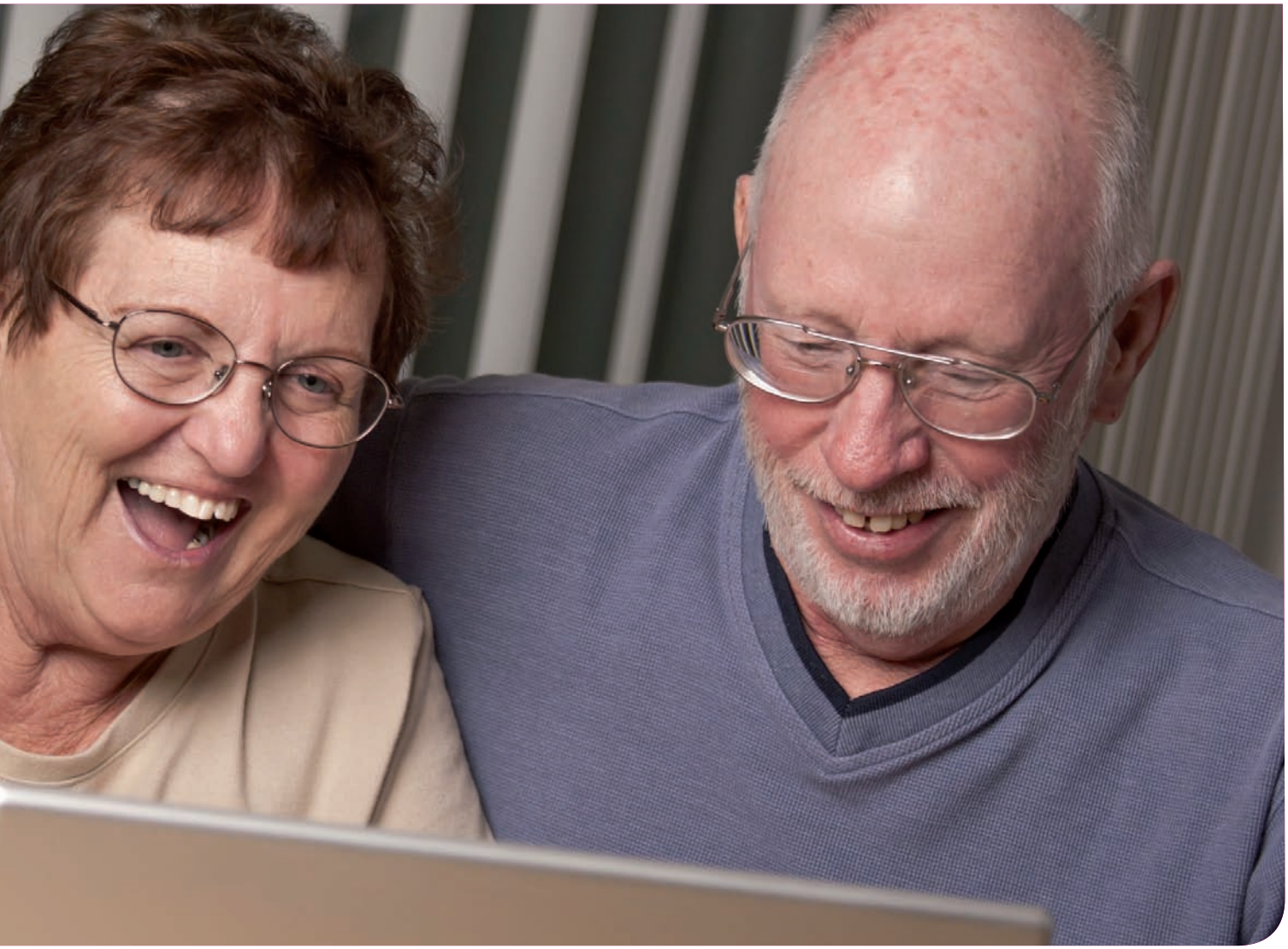
Con el objetivo de asegurar la vigencia del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, se hace necesario que las personas de edades avanzadas tengan acceso a los servicios de atención sanitaria. Una perspectiva que abarque toda la vida debe incluir la promoción de la salud y las actividades preventivas a fin de mantener la independencia de la gente mayor, prevenir y aplazar la enfermedad y la discapacidad, y ofrecer tratamiento. En este informe se pone de relieve la importancia de poner en marcha políticas que promuevan estilos de vida saludables, el uso de las nuevas tecnologías, la investigación médica y los servicios de rehabilitación. En definitiva, asegurar que las personas tengan vidas no solamente más largas, sino también más saludables, redundará en mayores oportunidades y menores costes para nuestros mayores, sus familiares y la sociedad en su conjunto.

La perspectiva europea del envejecimiento activo

El envejecimiento de la población "es uno de nuestros logros sociales más valiosos y supone un reto para la sociedad, con importantes implicaciones para las políticas y presupuestos públicos", apunta María Iglesia-Gómez, jefa de la Unidad de Innovación y Salud de la Dirección General SANCO de la Comisión Europea. En este contexto, "prolongar la actividad laboral y social de las personas mayores no solo reportará beneficios físicos y mentales a estos individuos, sino que también redundará en el bienestar de la sociedad en su conjunto", afirma. La política de I+D de la Unión Europea (UE), plasmada en la Estrategia Horizon 2020, tiene en cuenta este reto a través del Partenariado Público-Privado de Envejecimiento Activo y Saludable (EIP on AHA, en sus siglas inglesas), creado el 14 de febrero de 2011 con el objetivo de abordar diversos aspectos relacionados con el

envejecimiento. Igualmente, a mediados de 2013 se darán a conocer los nombres de las regiones europeas de referencia sobre envejecimiento.

España es uno de los países que más está participando en este partenariado, quizás por tener un de los más rápidos ritmos de envejecimiento. Aunque muchos de sus indicadores se sitúan por encima de la media de la UE -tal es el caso de la esperanza de vida o los años libres de enfermedad-, hay otros que tendrían que mejorarse, como los niveles de educación de la población. "Esto redundaría claramente en una mayor práctica de hábitos saludables y, por consiguiente, en un mejor nivel de salud", afirma la experta. Aún así, nuestro país destaca por haber puesto en marcha



iniciativas tan importantes como la organización de la Conferencia Europea sobre Envejecimiento Activo en 2010 o la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. "La eficiencia y calidad de los servicios sociosanitarios o la protección de la autonomía y la dignidad de las personas mayores son algunos de los objetivos prioritarios que debe contemplar cualquier plan integral de envejecimiento activo".

En relación con la actual situación de crisis económica, María Iglesia-Gómez cree que "puede ser la oportunidad y el incentivo para ser más creativos e innovadores en la forma de buscar soluciones que enfrenten el envejecimiento y logren sistemas sanitarios y sociales más eficientes". Al hilo de esto surge un nuevo paradigma: cada vez son más las personas mayores que están sanas y que participan activamente en la sociedad mucho después de llegar a la edad de jubilación. Por lo tanto, "es necesario reconocer la gran contribución de este grupo de población al bienestar social, además de promover y defender dicho reconocimiento para que todos podamos envejecer con dignidad, autonomía y bienestar", apunta. Por supuesto, "también hay que luchar por que los servicios sanitarios y sociales, junto con los sistemas de pensiones, den respuesta a las necesidades de esa otra gran parte de la población mayor que sí padece problemas de salud, incapacidades y/o privaciones económicas o afectivas".

Se estima que hay 6,8 millones de personas mayores de 60 años con algún tipo de demencia en la UE, lo que representa cerca del 6 por ciento dentro de dicho grupo de edad. Asimismo, entre los 80 y los 84 años la prevalencia asciende considerablemente hasta el 14 por ciento de la población. Es por ello que una de las más importantes líneas de trabajo del EIP on AHA se centra en el deterioro cognitivo de las personas mayores y cuenta ya con varios compromisos de trabajo en aspectos tales como la estimulación cognitiva o el ejercicio físico. "En España, por ejemplo, la Universidad de Valencia está elaborando sendas guías de práctica clínica para apoyar a los profesionales sanitarios en la evaluación del deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos y en el cribado de patología mental en personas mayores", afirma

El envejecimiento activo, un desafío del siglo XXI

SALUD VISUAL Y DOLOR CRÓNICO

Cuida tus ojos. Evita MAYORES problemas" es el mensaje lanzado por la Fundación Salud Visual y la SEGG con motivo de la "Semana de la Salud Visual". Ambas entidades aportan datos como que el 80 por ciento de los mayores de 60 años tiene problemas visuales y, sin embargo, la mayoría lo ignora. En palabras del doctor Primitivo Ramos, presidente de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología, "estos problemas no son consultados ni corregidos con la frecuencia y premura que requieren, a pesar de su alarmante incidencia". Por su parte, el secretario general de la Fundación Salud Visual, Luis Alfonso García, recuerda que "la pérdida de visión no es una consecuencia normal del envejecimiento".

Con respecto al incremento de la prevalencia del dolor en las personas mayores, se ha publicado recientemente el informe "El envejecimiento saludable en relación con el dolor crónico en la UE". Las primeras conclusiones de este documento, presentado durante la celebración del III Simposio Europeo sobre Impacto Social del Dolor (SIP 2012), muestran que la calidad de vida aumenta de forma significativa con la disminución del dolor. En cuanto a la estrecha relación entre el aumento de la edad y el dolor crónico, el abordaje adecuado de este grave problema sanitario puede llevar a una mejor calidad de vida y, por lo tanto, a un envejecimiento saludable y activo.

ción sobre este tipo de iniciativas y proyectos en https://webgate.ec.europa.eu/eipaha y en www.ec.europa.eu/active-healthy-ageing.

Año Europeo del Envejecimiento Activo

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolla sus políticas de envejecimiento activo a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Dentro de esta línea de acción se encuentran los programas de Turismo Social para Mayores y de Termalismo Social, con los que se pretende mejorar la calidad de vida de las personas mayores, al mismo tiempo que se fomenta la creación de empleo en el sector turístico nacional en temporada baja. Asimismo, para conmemorar el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, se han llevado a cabo en nuestro país un total de 44 actividades a lo largo de 2012, en colaboración con numerosas organizaciones no gubernamentales, asociaciones e instituciones públicas y privadas. Entre todas ellas destaca la puesta en marcha de un espacio web propio, ubicado en el portal del IMSERSO, con perfiles en facebook y twitter.

Coincidiendo con la clausura del Año Europeo del Envejecimiento y de la Solidaridad Intergeneracional, la ministra de Sanidad, Ana Mato, anunciaba que el Gobierno central "está sentando las bases y articulando los cauces para que los ciudadanos, independientemente de su edad, puedan participar en todos los ámbitos que les afecten" por medio del Estatuto del Mayor. Este documento "pretende servir de guía en la elaboración de las políticas públicas orientadas a promover un envejecimiento saludable y prevenir situaciones de dependencia", apunta César Antón, director general del IMSERSO. Además, "permitirá la creación de un espacio sociosanitario único por primera vez en España", añade. El primer borrador contempla diez áreas de actuación prioritarias: la atención sanitaria, la economía, los servicios sociales, las relaciones familiares e intergeneracionales, la formación, la actividad laboral posterior a la jubilación, la participación activa en la sociedad, los aspectos ético-jurídicos, la igualdad de oportunidades y las personas mayores en el medio rural.

Coincidiendo con la clausura del Año Europeo del Envejecimiento y de la Solidaridad Intergeneracional, la ministra de Sanidad, Ana Mato, anunciaba el Estatuto del Mayor

Antón cree que es importante concienciar a la sociedad en relación con estas políticas por el "continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica". Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el grupo de personas mayores de 64 años se incrementará en 7,2 millones de individuos hacia 2052 (un 89 por ciento), por lo que pasará a representar el 37 por ciento de la población total de España. Asimismo, en los próximos quince años se va a producir un cambio de perfil generacional en ese mismo colectivo: "hombres y mujeres más formados e informados, con una amplia experiencia laboral, redes sociales más extensas y consolidadas, y mayores ingresos económicos como consecuencia de la masiva incorporación de la mujer al mundo laboral". En el momento actual, nuestros mayores opinan e intervienen directamente en los asuntos que les atañen por medio del Consejo Estatal de las Personas Mayores, un órgano colegiado de carácter consultivo y asesor de la Administración General del Estado.

Las personas mayores y el mercado laboral

Según el director de Comunicación de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP), José Alberto Álvarez, "hay una conciencia clara de que las cosas van a cambiar mucho a causa del envejecimiento de la población, pero se echa de menos un plan de actuación bien definido para abordar este asunto". Es por esto que ve muy conveniente la implantación de una estrategia nacional sobre envejecimiento activo. "Los cambios necesarios deben abordarse en profundidad y cuanto antes", afirma. Asimismo, uno de los objetivos de dicho plan integral "tendría que ser el manteni-

miento de las personas mayores dentro del mercado laboral". Aunque la UDP demanda principalmente un sistema de protección social suficiente y sostenible, también sabe que "es necesario plantearse unos cuantos interrogantes sobre los sistemas de salud, de atención sociosanitaria y de participación social de los jubilados" en base a las previsiones demográficas.

Para este experto, el envejecimiento activo "es un concepto que aúna la promoción de hábitos de vida saludables con una mayor participación e integración de las personas mayores en la sociedad". Bajo estas mismas premisas, la UDP puso en marcha las campañas "Doce Causas para 2012" y "Está en tu mano" a lo largo del año pasado. La primera de ellas "se hizo en colaboración con el IMSERSO y consistió en la realización de varios informes sobre aquellos temas que más directamente afectan a nuestros mayores", explica José Alberto Álvarez. La segunda propuesta contó con el apoyo de la Fundación Vodafone y de la compañía biomédica Pfizer, y se centró en la grabación de diez anuncios publicitarios protagonizados por jubilados y pensionistas de diferentes ciudades de España y su posterior difusión a través de las redes sociales.

La visión de los geriatras

En los últimos años, el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento del número absoluto de personas dependientes están poniendo de manifiesto la importancia del envejecimiento activo, que no es otra cosa que "prevenir la discapacidad para continuar siendo independiente", apunta el doctor Jaime Rodríguez Salazar, vicesecretario de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Precisamente, una de las bases de la geriatría es la prevención de la dependencia. "Nos preocupamos por la calidad de vida de las personas mayores, de tal manera que intentamos dar vida a los años más que años a la vida", explica. Es por todo esto que "hay que potenciar la especialidad".

El experto ve necesaria una estrategia nacional de envejecimiento activo que implique a todos los profesionales sanitarios y a la población en su conjunto. "Se debe incidir en la concienciación de la sociedad en general y hay que establecer una serie de itinerarios y consejos básicos relacionados con este asunto", afirma. En el actual contexto de crisis económica, "tememos que se estén dejando de lado medidas muy beneficiosas a largo plazo" tanto en España como en el resto de Europa. En este contexto, "hay que tener claro que la prevención de la dependencia no se consigue en dos días" y que "las consecuencias serán mucho peores y más costosas para nuestros sistemas sanitarios en caso de no llevar a cabo dichas acciones".

Los geriatras "somos los profesionales sanitarios que más nos preocupamos por la funcionalidad de nuestros pacientes", señala el doctor Rodríguez Salazar. Por ello, y teniendo en cuenta que España cuenta con una de las poblaciones más longevas del mundo, el experto no entiende por qué la geriatría sigue sin estar plenamente implantada en todas las comunidades autónomas. "No sirve de nada una completa atención hospitalaria si el paciente mayor regresa después a su casa y no sigue los consejos y recomendaciones que se le dan", apunta. Es por ello que "la comunicación con los profesionales del primer nivel asistencial debe ser la base del manejo de estos pacientes, constituyendo sus familias el principal punto de apoyo".

La prevalencia de la depresión es especialmente significativa en este grupo de población. Según diversos estudios, las cifras van desde el 15 por ciento de las personas ancianas totales al 30 por ciento de los mayores hospitalizados. Igualmente, "entre el 30 y el 75 por ciento de los pacientes institucionalizados en residencias pueden verse afectados por esta patología", señala el experto. "Hay muchos factores implicados, pero uno de los más importantes es el deterioro funcional, que afecta directamente a la capacidad de valerse por sí mismo". Con todo esto, "es seguro que cuanto más activo se está menos depresión hay". La base para un envejecimiento saludable está en "un buen control de las enfermedades, una dieta apropia y una actividad física moderada"

Documentación y fuentes

1. Informe "Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío", del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International.
2. Entrevista con María Iglesia-Gómez, jefa de la Unidad de Innovación y Salud de la Dirección General SANCO de la Comisión Europea.
3. Entrevista con César Antón, director general del IMSERSO.
4. Entrevista con José Alberto Álvarez, director de Comunicación de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP).
5. Entrevista con Jaime Rodríguez Salazar, vicesecretario de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
6. Europa Press.
7. EL MÉDICO INTERACTIVO

Somos el primer centro de cáncer del mundo en número de publicaciones, pero nos gustaría estar también en el top 10 en cuanto a tratamientos

María Blasco

Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)

Texto y fotos | Ana Montero

ENTREVISTA

María Blasco

"Somos el primer centro de cáncer del mundo en número de publicaciones, pero nos gustaría estar también en el top 10 en cuanto a tratamientos"

María Blasco se acerca a los dos años como directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), centro de investigación del cáncer, número uno del mundo en cuanto a porcentaje e impacto de publicaciones de alta calidad científica. Entre sus retos de futuro figuran la creación de una fundación capaz de articular mecenazgos para el CNIO; la activación de convenios con hospitales públicos principalmente de la Comunidad de Madrid; y la búsqueda de alianzas con la industria farmacéutica para la potenciación de programas de terapias experimentales.

Ha pasado un año y medio desde que tomara posesión del cargo de directora en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), ¿cuál es el balance y qué ha ocurrido desde entonces?

Lo primero que quiero señalar son los cambios en el personal directivo producidos en esta última etapa, en este sentido, he ratificado en el cargo a Erwin Wagner, como vice-director de investigación básica, a cargo de los programas de Oncología molecular, de Biología celular del cáncer y de Biología estructural y biocomputación; y también he nombrado al prestigioso oncólogo Manuel Hidalgo como vice-director de una dirección nueva en el centro como es investigación traslacional, es decir, la que intenta trasladar los resultados de investigación básicos a cómo se previene, se diagnostica y se trata el cáncer, en definitiva, es un paso mucho más cerca de los pacientes de cáncer. Bajo esta subdirección se encuentran tres programas traslacionales como es el de patología molecular, centrado en nuevos métodos diagnósticos del cáncer; el programa de genética del cáncer, enfocado a la prevención y el diagnóstico; y el de investigación clínica. También ha habido una serie de cambios en los directores de programa de investigación, concretamente, me refiero a Manuel Serrano como nuevo director del programa de Oncología molecular, cargo que yo mantenía antes de mi nombramiento como directora del CNIO. Otro nombramiento ha sido el de Marisol Soengas, como directora del programa de patología molecular. Del mismo modo, quiero destacar una incorporación importante como es la de Marisol Quintero, como directora de innovación, que engloba los programas de Biotecnología, terapias experimentales y transferencia tecnológica y valorización, para los que ya se han conseguido acuerdos con la industria farmacéutica internacional. En este sentido, incluso se ha dado apoyo a Life Length, compañía derivada del CNIO que comercializa tecnología desarrollada internamente para medir la longitud de los telómeros como método innovador de predicción del riesgo de enfermedad, y a BioncoTech, que desarrolla un nuevo tratamiento para melanomas muy agresivos. Además, hemos hecho un acuerdo con el Instituto de Empresa para fomentar que haya una mayor creación de vocaciones y con el objetivo de que surjan más iniciativas e inquietudes empresariales desde la Ciencia.Por último, quiero referirme a Peter Klatt, como director del área de gestión científica, y a la labor de la dirección de comunicación del centro, que hasta ahora no existía, y desde la que se están haciendo esfuerzos por contar todo lo que hacemos, de hecho, el CNIO ya está presente en las redes sociales.

Para avanzar en tratamientos de cáncer personalizados es esencial la colaboración entre los hospitales y un centro como el CNIO

¿Qué papel desempeña actualmente el CNIO?

En estos momentos, el CNIO proporciona condiciones óptimas para llevar a la clínica los resultados de la investigación y, actualmente, el centro tiene 23 grupos de investigación, organizados en ocho programas de investigación, y varios hospitales asociados, de ahí que las acciones de transferencia de tecnología y de traslación sean una prioridad. Así pues, ejemplo de estas actividades son la unidad de diagnóstico molecular y la asesoría familiar del cáncer que ofreció consejo genético a más de un centenar de familias en 2011. Además, también me gustaría resaltar que el CNIO es el centro número uno del mundo en cuanto a porcentaje de publicaciones de alta calidad científicas e impacto de las mismas, concretamente en los últimos cinco años el CNIO ha producido 1.049 publicaciones. Estamos en el top 10 de los centros de investigación biomédica y en el puesto 1 en cáncer en el mundo, en cuanto a publicaciones, incluso por delante del Dana Farber Cancer Institute de Boston, y ahora nos gustaría estar también en el top 10 del mundo en cuanto a tratamientos del cáncer.

¿Y qué le falta al CNIO para llegar a liderar ese top 10?

Desde el CNIO lo tenemos todo preparado, lo que nos falta es la finalización de los convenios con hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, un proceso que está resultando lento y difícil, por toda la burocracia. Esos acuerdos sí los hemos hecho con hospitales privados, en los que ha sido mucho más fácil, pero con el sistema público queremos finalizar cuanto antes estos acuerdos de colaboración para poder empezar con más pacientes y que se beneficien más personas. Ese retraso en el proceso no creo que sea por una cuestión presupuestaria, es más de burocracia, de hecho, los ensayos clínicos en fase temprana en realidad no suponen un gasto para el sistema público porque, estas moléculas que se introducen en las fases de desarrollo clínico, vienen financiadas por las compañías farmacéuticas que tienen que desarrollarlos. No es un gasto, todo lo contra-

rio, es un ahorro y una fuente de financiación que otros países, como los anglosajones, suelen aprovechar de una manera muy eficiente. De hecho, los centros de investigación oncológica clínica más potentes están en centros de Estados Unidos, como Johns Hopkins, Memorial Sloan-Kettering, MD Anderson...

¿Cuáles son los retos de futuro?

En estos tiempos de recortes para todos, aunque, en nuestro caso, han sido relativamente modestos, desde un centro de investigación como es el CNIO, tenemos que hacer un esfuerzo por captar dinero de mecenazgo y acercarnos un poco a la cultura anglosajona donde los científicos intentan captar no sólo dinero de los organismos oficiales sino también a través de iniciativas de mecenazgo. En este sentido, uno de nuestros proyectos es la creación de una fundación, previsiblemente para 2013, capaz de articular todas estas acciones de mecenazgos para el CNIO. Para ello tenemos el apoyo firme de Carmen Vela, secretaria de Estado de Investigación y presidenta del patronato de la Fundación CNIO. Asimismo, me gustaría destacar el apoyo recibido este año por parte de la Fundación Severiano Ballesteros, interesada en apoyar la investigación en tumores del sistema nervioso central. Su ayuda ha sido sustanciosa y estamos orgullosos de haber sido el primer centro español que recibe este tipo de ayuda para, en este caso, poder atraer al centro nuevos grupos de investigación. Pensamos que es importante, en momentos en los que no podemos crecer por la situación de recortes que vivimos, crecer a base de donaciones. Esta ayuda nos ha permitido traernos a Massimo Squatrito, investigador del Memorial Sloan-Kettering de Nueva York, para trabajar aquí en tumores del sistema nervioso central. También gracias al mecenazgo, en este caso, procedente de la Asociación Española Contra el Cáncer y de la Fundación CRIS contra el Cáncer, hemos podido poner en marcha una nueva Unidad de Investigación Clínica de Cáncer de Próstata y atraer desde Reino Unido al investigador español David Olmos para dirigirla.

Los ensayos clínicos son la única manera de introducir los nuevos fármacos inteligentes y personalizados

Tal y como ha informado existen nuevos tratamientos contra el cáncer en los que se están utilizando "ratones avatar", ¿cuándo serán una realidad en la clínica?

El centro trabaja fundamentalmente en ensayos clínicos de fase temprana, sobre todo, en cánceres que no tienen un tratamiento estándar que funcione, y, al respecto, existe un nuevo programa que ensaya nuevos enfoques terapéuticos personalizados, fundamentalmente en cáncer de páncreas, basado en el análisis del genoma de cada paciente y en la generación de tumores derivados del paciente en ratones. En este sentido, me gustaría destacar que este nuevo procedimiento consiste en buscar los mejores fármacos para cada paciente, es decir, tratamientos de cáncer personalizados, de manera que se estudia la información genética del tumor de cada paciente, algo que sólo se puede conseguir gracias a la colaboración entre hospitales y un centro como el CNIO; luego se selecciona el mejor fármaco e, incluso, vamos más allá y cogemos el tumor del paciente y lo trasplantamos en "ratones avatar" que luego serán tratados con una batería de fármacos preseleccionados. Una vez definido cuál es el tratamiento más efectivo, éste es el que se le aplicará al paciente. Este programa ya es una realidad en Hospital de Madrid, en breve lo será en el Hospital de Fuenlabrada, y estamos deseando iniciarlo en hospitales públicos, de hecho, la Comunidad de Madrid tiene que acelerar estos trámites burocráticos para permitir que los hospitales públicos de la región realicen los diversos ensayos clíni-

cos y así se beneficien más pacientes. En definitiva, lo que queremos con este programa es posicionarnos entre los mejores centros del mundo en tratamientos personalizados del cáncer.

¿Cómo pueden afectar los recortes a la llegada de estos tratamientos a los hospitales?

Nuestro recorte se ha cifrado de nuevo este año en un 5 por ciento, lo que se ha traducido en recortes de personal en el centro, situándonos en niveles de 2006, concretamente en el centro hay actualmente cerca de 450 investigadores. Si tenemos en cuenta que, en global, la Ciencia española ha sufrido un recorte del 25 por ciento en los últimos años, nosotros, aunque lo hemos sufrido, éste ha sido modesto.
En esta línea, me gustaría destacar que la tasa de renovación de los grupos investigadores está en torno al 30 por ciento, respondiendo a los procesos normales de evaluación de los mismos. Esto se debe a que no somos un sistema de funcionarios, y para mantenerse no vale con ser muy bueno, hay que ser excelente para continuar y seguir siendo los mejores y los más competitivos, aun con menos dinero.

¿Es entonces, en este contexto de recorte de presupuestos, donde se enmarca la remodelación que ha sufrido en este último año el programa de terapias experimentales?

No tiene nada que ver. La tasa de renovación del CNIO, que como decía está en torno al 30 por ciento, tiene que ver con los grupos de investigación. La gente que salió del programa de terapias experimentales no eran investigadores de grupos de investigación del centro, eran personal de un programa de desarrollo de fármacos, la mayor parte personal técnico. Su salida no tuvo que ver tanto con el recorte, sino con un cambio de formato que ha habido en el programa, puesto que era muy grande y no sostenible en el tiempo. Para mí, como directora, y para el CNIO, es un valor muy importante tener un programa de desarrollo de fármacos, por lo que queríamos que se mantuviera de una manera rentable y

sostenible, lo que nos ha llevado a realizar unos pequeños ajustes de personal ya que había redundancias y duplicaciones entre el personal del programa de terapias y el personal científico del CNIO. Así, con esta nueva estructura queremos que el programa funcione integrado en la dinámica general del centro. Ahora pensamos que el programa de terapias experimentales es sostenible y, aunque no hemos buscado ninguna fórmula de financiación diferente a la del resto del CNIO, sí estamos buscando alianzas con la industria farmacéutica para que nos ayuden en el desarrollo de fármacos. En definitiva, el programa de terapias experimentales es un programa más dentro del centro y es susceptible de atraer financiación de diferentes fuentes, al igual que los son otros programas de investigación. De la misma manera, al igual que se evalúan otros programas del centro, también se evalúa el de terapias experimentales, y todos los directores de programa deciden qué proyectos aborda terapias experimentales y cuáles son las apuestas para el desarrollo de fármacos, porque es una decisión de centro. Toda esta rutina está generada y puesta en marcha y estamos muy satisfechos con esta nueva reformulación del programa.

Dentro de este programa de terapias experimentales, ¿hay alguna molécula en desarrollo más avanzado que incluso pueda ser candidata a un fármaco?

El programa tiene ahora mismo tres moléculas bastante avanzadas, una de ellas muy avanzada, para las que ya existen acuerdos cerrados con la industria farmacéutica que se anunciarán próximamente. Son dianas para distintos tipos de tumores, comunes a varios tipos de tumor. Aparte de estas tres en vía de salida, vamos a incorporar, seguramente, otras dos o tres dianas, que provienen de programas de investigación básica del CNIO. Esta es nuestra oportunidad, hacer fármacos en dianas donde el CNIO tiene una ventaja, porque lo hemos encontrado nosotros y porque hemos hecho los primeros descubrimientos. Los ensayos clínicos que va a realizar el CNIO son con moléculas generadas por grandes farmacéuticas y aquí el papel del centro es muy importante porque las moléculas se tienen que probar en los pacientes y eso lo hace un hospital, donde, por lo general, no tienen los servicios -de secuenciación, de proteómica...- que se requieren para hacer este tipo de estudios de tratamientos personalizados y por eso hace falta que haya alguien entre un centro de investigación de excelencia y un hospital. Ese alguien es, en nuestro caso, Manuel Hidalgo o los jefes de grupo de su programa.

¿En qué punto se encuentra el estudio e

investigación de las moléculas anunciadas por Mariano Barbacid que aseguraba que impedían la aparición y el desarrollo del cáncer de pulmón?

La "diana de Barbacid" la hemos estudiado en el programa de terapias experimentales, se ha evaluado, y se ha demostrado que, en este momento, no era realmente competitiva. Las hemos estudiado igual que el resto, pero se determinó que no era una diana de valor. En cualquier caso, quiero señalar que no es una cuestión de Mariano Barbacid, de hecho, otros cinco proyectos, de otros investigadores, no han pasado el filtro en el momento en que han sido evaluados. En este sentido, quiero explicar que hay una serie de características que se filtran en primera instancia y otras que se filtran en segunda. Una de esas características, en primera instancia, es que el centro pueda desarrollar realmente un programa de moléculas que permita hacer diana. En este sentido, se analiza la competitividad, se ve cómo de "ocupado" está el panorama con otras compañías, se evalúa la propiedad intelectual y otra serie de criterios, y si una diana no recibe la evaluación mínima no puede pasar al siguiente nivel. Es una decisión de centro y tenemos que asegurarnos que los proyectos que se empiezan podemos abordarlos y, por eso, se hacen evaluaciones de rutina. Esto no quiere decir que, dentro de un año, si el proyecto cumple las características mínimas, pueda ser abordado.

¿En qué fase se encuentran las terapias e investigaciones sobre envejecimiento dentro del centro?

El CNIO es un centro centrado en el estudio del cáncer y uno de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer es el envejecimiento del organismo. En este sentido, el envejecimiento de nuestras células es uno de los factores de riesgo más relevante para el desarrollo de cualquier tipo de enfermedad, incluido el cáncer. Concretamente, en el CNIO hay tres o cuatro grupos de investigación que estudian precisamente eso, envejecimiento y cáncer. Trabajamos en vías moleculares que impactan tanto en envejecimiento y cáncer; en telómeros y telomerasas; en senescencia celular; en moléculas importantes para la reparación del ADN... Con esto quiero decir que, para el CNIO, es uno de los temas de investigación básica importantes, entender el porqué la incidencia del cáncer empieza a partir de los 50 años.

En España todavía estamos aplicando, a veces, tratamientos de hace 20 años y usando quimioterapias que no van dirigidas y son inespecíficas

¿En qué consiste el programa de investigación de genética humana?

Este programa lo dirige el Dr. Javier Benítez, integrado bajo la vicedirección traslacional, y ahí tenemos una consulta de cáncer familiar, que está físicamente localizada en el Hospital de Fuenlabrada. Aquí acuden familias con muchos casos de cáncer, se les estudian las mutaciones y se les informa acerca del riesgo de cáncer que pueden padecer. Aparte de esta labor clínica, es decir, de impacto directo, está la tarea de búsqueda de nuevos genes responsables de cánceres familiares. Concretamente, se ha descubierto un nuevo gen, Max 1, que explica algunos tipos de cáncer familiar, de tumores neuroendocrinos. Las cosas que se descubren allí las podemos trasladar muy rápidamente al consejo genético para familias, a través de la consulta de cáncer familiar el Hospital de Fuenlabrada. Como decía, la asesoría familiar del cáncer ofreció consejo genético a más de cien familias el año pasado.

Los ensayos clínicos en fase temprana en realidad no suponen un gasto para el sistema público, todo lo contrario, es un ahorro

En los próximos años, ¿qué tratamientos efectivos contra el cáncer veremos?

Los ensayos clínicos son el cuello de botella para que la investigación más básica llegue a los enfermos. En este sentido, los ensayos clínicos consisten en emplear moléculas facilitadas por algunos laboratorios farmacéuticos, no desarrolladas por el propio CNIO, en pacientes con tumores muy avanzados, para los que no existe ningún tratamiento estándar disponible. Así pues, se puede seguir tratando a los enfermos con algo que sabemos que no va a funcionar o se puede secuenciar el tumor, mirar la expresión génica, y elegir la mejor solución de fármaco para el paciente. De este modo, conseguimos avanzar en el conocimiento del cáncer, en el desarrollo de nuevos fármacos, y además podemos alargar la vida de estos pacientes de cáncer. Hemos tenido casos de pacientes con cáncer terminal de páncreas, que tenían una esperanza de vida de meses, y que están vivos después de cinco años. Es la diferencia entre hacer algo de manera racional y basado en la investigación o, simplemente, dar un tratamiento que sabemos que no va a servir de nada. Hay que buscar el "match" entre el tumor de una persona y el mejor fármaco para ese tumor y todo eso requiere de investigación, hay que estratificar a los pacientes, no se puede hacer a ciegas. Esto es o será un antes y un después en el tratamiento del cáncer. Creo que en España todavía estamos aplicando, a veces, tratamientos de hace 20 años y usando quimioterapias que no van dirigidas y son completamente inespecíficas, no se está notando el desarrollo que está realizando la industria farmacéutica en estas terapias. Aunque hay claros avances, como en el caso del cáncer de pulmón o en melanoma, en otros tipos de cáncer existe esa especie de "cuello de botella". En definitiva, estos ensayos clínicos son la única manera de introducir los nuevos fármacos inteligentes y personalizados, es decir, aquellos que van a matar a la célula tumoral, y no a la sana, y que pueden suponer realmente una diferencia en el tratamiento del cáncer ■

La adherencia al tratamiento, un objetivo por cumplir

Aunque en círculos profesionales el tema de la adherencia al tratamiento no deja de preocupar, la celebración del Día Nacional de la Adherencia a finales de noviembre vuelve a poner sobre la mesa este tema, y no sólo para que se hable del problema, sino para dar respuestas con los datos. Según una encuesta basada en el test de Morosky-Green-Levine, realizada por el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT), el 90 por ciento de los adultos de entre 40 y 50 años incumple los tratamientos. A esta de por sí alarmante cifra hay que sumar el dato de que la mitad de los mayores de 60 años tampoco cumple con sus tratamientos, que el 42 por ciento se automedica, aunque existe la sospecha de que este dato puede ser mayor, puesto que entre los encuestados se encuentra personal sanitario.

Texto | Carmen Villodres

REPORTAJE

La adherencia al tratamiento, un objetivo por cumplir

Poco antes de la conmemoración del III Día Nacional de la Adherencia, celebrado el pasado noviembre, un grupo de profesionales auspició un par de iniciativas que abarcan el amplio abanico que compone el SNS, incluidas asociaciones de pacientes. Por un lado, se ha dado a conocer un documento de consenso llamado: "Aproximación multidisciplinaria al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro". Entre los objetivos del citado documento está conseguir una mayor fidelidad de los pacientes a las prescripciones, lograr una mejor relación entre el profesional y el paciente, mejorar los resultados en salud, un descenso de la morbimortalidad y una reducción en los costes, mejorando así la sostenibilidad del sistema. Por otro lado, un grupo de profesionales sanitarios ha creado "el Observatorio de la Adherencia del Tratamiento" (OAT) con el propósito de estudiar, observar y proponer líneas de actuación que cuenten con la implicación de las distintas administraciones y que mejoren las expectativas del paciente. Ya ha celebrado su I jornada científica interdisciplinar en la que han dado su primer diagnóstico: Las enfermedades con mayor tasa de adherencia son la diabetes, las cardíacas y los procesos oncológicos. Por el contrario, los más infieles con la medicación y las terapias son los que padecen trastornos depresivos y los enfermos mentales, en general. Una posible interpretación sería la estrecha relación entre el dolor o la percepción de gravedad de una enfermedad y la alta adherencia a la misma.

Los mayores de 60 incumplen su tratamiento en casi un 50 por ciento

El presidente del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, José Manuel Ribera, catedrático de Geriatría y académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), aprovechaba una ocasión como la de la celebración del III Día Nacional de la Adherencia para insistir en la importancia del tema. "La salud es el bien más preciado. Tenemos que conseguir que las indicaciones a nivel farmacológico y no farmacológico se cumplan de la mejor manera posible, ya que las posibilidades de recuperación son distintas según se hagan mal o bien". En su opinión, es muy importante incidir en la necesidad de una cultura sanitaria en la población, "enseñar a los pacientes que los medicamentos son buenos, pero que también tienen efectos secundarios y un mal manejo de ellos puede acarrear efectos adversos. Por ello, quiero hacer una llamada a la no automedicación, que no decidan los pacientes cuándo o cómo deben tomarla porque puede ser una causa de daño o empeoramiento de su enfermedad".

En cuanto a las causas del abandono de la terapia por parte del paciente, esgrime causas "extraordinariamente variadas" y las agrupa en las características del enfermo: olvidos, depresión, deterioro cognitivo, falta de fe en la acción del fármaco, cansancio... En las características del proceso: mayor o menor severidad del mismo, síntomas que se presentan o ausencia de ellos. Y por último, en los fármacos: coste, copago, comodidad de toma, posibles efectos colaterales. En cuanto a los profesionales, el doctor Ribera advierte que tienen, en ocasiones, poca comunicación y falta de explicaciones con el paciente, así como un mal seguimiento del mismo. En este sentido, señala que los profesionales deberían adaptarse a los llamados criterios Beers (que incluyen fármacos o familias de fármacos que se consideran inadecuados para su administración en personas mayores de 65 años) o los Stop-Start (criterios de evaluación de medicación inapropiada). "Acudiendo a estas recomendaciones no sólo vamos a mejorar la adherencia sino que también vamos a reducir el riesgo de reacciones adversas o no deseadas", recomienda.

El problema de la adherencia, que afecta al 50 por ciento de la población mundial, es considerado de una gran magnitud en términos de salud, económicos y sociales

Al relacionar reforma sanitaria y adherencia hace la salvedad de que más que de ley cabría hablar "de normas cambiantes casi siempre a peor". Considera el presidente del OAT que la tendencia progresiva hacia la privatización representa un paso atrás, ya que introduce elementos de confusión, puede multiplicar el número de interlocutores y prescriptores, generar desconfianza, y aumentar el costo para el usuario. Y señala al copago como un factor de riesgo para un buen seguimiento. También considera un entorpecimiento las medidas burocráticas excesivas que a veces dificultan el acceso al fármaco o a los productos terapéuticos.

Por su parte, la presidenta de la Sociedad Española de Neumología, Pilar de Lucas, hace la siguiente diferenciación entre terapia y adherencia: "cuando hablamos de cumplimiento de la terapia estamos refiriéndonos al grado en que el paciente sigue las instrucciones-recomendaciones de su médico. Si hablamos de adherencia, esto es algo más, porque implica ese cumplimiento basándose en la concordancia que existe entre el médico y el paciente en cuanto a la necesidad del tratamiento, los beneficios asociados al mismo y los riesgos derivados de un mal cumplimiento. Adherencia, por tanto, va más allá de la terapia".

Reconoce que no se produce una buena adherencia en esta especialidad, que muchas veces va asociada a otras enfermedades como alergias y rinitis, y denuncia la falta de estudios, "tan necesarios". No obstante, hace referencia a las guías de tratamiento que todos los profesionales manejan y cita como referente a la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), impulsada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), "en la que también participaron la sociedad de Alergia y las sociedades de Atención Primaria". Sin embargo, reconoce que es necesario el desarrollo de una estrategia nacional para el control de esta enfermedad.

Curiosamente, dentro de la Neumología existen datos sobre adherencia al tratamiento en pacientes con síndrome de

apnea del sueño, que pese a conllevar un tratamiento complejo, las cifras son superiores a lo habitual en enfermedades crónicas. Las tasas de buen cumplimiento en este caso son de entre un 65,4 por ciento y el 80 por ciento. Y pone el énfasis en que estas estupendas cifras se consigan gracias a los programas educativos, de comunicación y de seguimiento que se llevan a cabo en estos grupos de población. Así que la doctora De Lucas concluye: "Las especialidades médicas, en este caso la Neumología, tienen que liderar estas estrategias, por otra parte, multidisciplinarias"

La mitad de los crónicos incumple el tratamiento

Nuria Fernández de Cano Martín, de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), al igual que el profesor José Manuel Ribera, hace hincapié en que "ésta es una cadena en la que están implicados desde el profesional sanitario, responsable de la toma de decisiones en cuanto a prescripción, manejo y dispensación se refiere; pasando por la industria farmacéutica, que debe proporcionar aquellos medicamentos con la mayor eficacia; la administración sanitaria, garante de la eficiencia, hasta del propio paciente, del que depende realmente la efectividad de la medicación pautada".

Nuria Fernández, que es además miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento y Seguridad del Paciente, aclara al respecto que éste es un término muy amplio que engloba todas aquellas acciones encaminadas a recoger, analizar y prevenir cualquier error en la asistencia sanitaria "que pueda ocasionar un efecto adverso a paciente". Y destaca los estudios ENEAS y APEAS, este último referido a la Atención Primaria (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)

En lo referente a la falta de seguimiento al tratamiento por parte del paciente, Nuria Fernández arguye que es precisamente "en la Atención Primaria donde encontramos un mayor número de pacientes crónicos, que son los que presentan aproximadamente un 50 por ciento de una mala adherencia al tratamiento, y esto alcanza también a un 20 por ciento de los agudos". Resalta que éste es el nivel asistencial mejor posicionado a la hora de detectar el incumplimiento y trabajar con el paciente.

Según la doctora Fernández, en nuestro país la mayoría de los estudios se centran en la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipemia. Como dato relevante, resalta que el incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas en pacientes hipertensos está alrededor del 85 por ciento.

A la pregunta de si existe un perfil del paciente especialmente incumplidor, Nuria Fernández aclara que no se ha podido hallar un perfil claro. Sí que recomienda estar más alerta ante "un paciente mayor, afectado por varias enfermedades (sobre todo crónicas), generalmente mujer, muy dependiente del sistema sanitario y que entre sus patologías presenta problemas psíquicos, como por ejemplo, la depresión".

Como estrategias que mejoran la adherencia cita educar al paciente sobre su enfermedad con la implicación de todos los profesionales sanitarios, dotarle de las herramientas que le ayuden, como simplificación al máximo de los tratamientos, sistemas personalizados de dosificación, tarjetas calendario de control de la medicación, utilización de las nuevas tecnologías como recordatorios de la toma de medicación, programas de intervención telefónica...Y subraya que "lo más efectivo es siempre la utilización de una o varias de ellas".

En el lado opuesto se podría decir que se sitúa al paciente que acude a radioterapia. La doctora Ana Mañas, jefa del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de La Paz, observa que "el paciente oncológico con diagnóstico siente tal angustia e indefensión que está obligado a confiar en el oncólogo". Y resalta que existe una especial fidelización cuando el médico es capaz de transmitir qué se va a hacer, sobre todo en la especialidad radioterápica, muy desconocida y temida "ya que se asocia con radioactividad, pero tan efectiva que es el segundo tratamiento que más cura, después de la cirugía".

La adherencia al tratamiento, un objetivo por cumplir

La respuesta al problema de la adherencia, desde un punto de vista económico, la da el catedrático de Economía de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla, José Luis Pinto que a preguntas de EL MÉDICO sobre la relación que pueda tener el copago con la salud y con la economía contesta que la mayor evidencia de que el copago puede aumentar a medio plazo el coste total del sistema sanitario proviene de Estados Unidos, aunque matiza que hacer una extrapolación en sistemas sanitarios tan distintos es muy arriesgado. El doctor Pinto introduce el término farmaeconomía para explicar que las medidas son adecuadas o no en función de los costes y los beneficios. Y cita como aspectos positivos del copago que reduce el consumo y el gasto, "lo que es bueno, al menos a corto plazo" y que contribuye a hacer sostenible el gasto público y el estado de bienestar. El profesor Pinto pone el siguiente ejemplo al respecto: si el copago hace que las personas de riesgo no se vacunen contra la gripe puede tener efectos contraproducentes pero si se reduce el consumo en personas de bajo riesgo, nos ahorramos mucho dinero en vacunas y el coste de salud es muy pequeño. Por tanto, está bien desde el punto de vista de una asignación eficiente de los recursos. Aclara que el razonamiento se puede tachar de "economicista", pero "la postura de la farmaeconomía es que si hay pequeñas mejoras de salud no se pueden justificar determinados costes. Lo contrario lleva a la quiebra del sistema".

Sin embargo ve más problemática la decisión de incluir a los pensionistas en el copago, "ya que es en personas de edad avanzada donde se encuentran los grupos de más riesgo y baja renta". Y sitúa en este grupo donde los costes del copago pueden ser mayores que los beneficios. Pero el impacto más negativo del copago lo ve en los tratamientos preventivos, "al no existir en las personas síntomas que le recuerden que necesitan medicarse". Argumenta al respecto que no ve ningún sentido a poner copago a medicamentos para reducir el colesterol, ya que la conveniencia de seguir un tratamiento o no depende de unos parámetros clínicos objetivos. Así que insiste: "en los tratamientos preventivos que son coste-efectivos no debería existir copago, ya que la disminución a la adherencia es mala, tanto desde el punto de vista individual como social".

En cuanto al claro impacto que están teniendo las medidas recientemente aprobadas en la reducción del gasto farmacéutico, se muestra prudente y recomienda esperar a ver qué pasa cuando la gente se acostumbre a la nueva situación: "si se genera evidencia de que dichos cambios afectan a la salud".

Mas de 6 millones con dolor crónico

María de Madariaga, responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Infanta Sofía, se muestra alarmada por los datos de una encuesta de 2011 que sitúa la prevalencia del dolor crónico en nuestro país en un "alarmante" 17 por ciento, lo que quiere decir que algo más de 6 millones de españoles padecen dolor crónico. En esta encuesta, específica, se obtienen cifras del cumplimiento terapéutico en España que indican una elevada adherencia al mismo. "En la población que padecía un dolor moderado/severo fue obtenida una puntuación de Morisky de 0,99 (rango 0-4). Además, un 71,6 por ciento mostraba satisfacción con el tratamiento pautado dentro del grupo de pacientes con dolor moderado/severo".

Los 45 millones de envases de medicamentos almacenados en casa y los 200 millones de recetas no dispensadas pueden indicar un problema de salud

Describe al prototipo de paciente que frecuenta este tipo de unidades como una persona de más de 65 años, con dolor crónico en la columna, preferentemente lumbar, con alteración radicular o no (ciática) asociada, con un año o más de dolor continuo o casi continuo y con un importante grado de discapacidad asociado a este dolor. Así que es probado que la intensidad o severidad del dolor es determinante a la hora de seguir un tratamiento pautado, "cuanto más severo y continuo sea el dolor más probable es que el paciente cumpla la prescripción, al menos durante los primeros tres ó seis meses. Posteriormente, según el tipo de medicación prescrita y el resultado del alivio, se pueden dar modificaciones en el cumplimiento terapéutico".

La reorientación hacia el crónico

Para la vicepresidenta de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), Isabel Vallejo, es aceptado que los pacientes crónicos o los que tienen unos condicionantes sociológicos especiales son los que pueden presentar más problemas a la hora de comprender la enfermedad y su tratamiento. Por eso considera tan importante que la historia clínica sea única y vaya acompañada de un historial sociológico, y por ello recalca que "tenemos que enfocar nuestra visión profesional hacia el conjunto definido por el paciente, su patología y su entorno social".

La reorientación del SNS hacia la atención a los crónicos, asegura, es todavía una asignatura pendiente, aunque reconoce que se ha identificado el problema y que existen iniciativas aisladas en algunas administraciones

En su ponencia sobre la "Adherencia terapéutica desde la oficina de farmacia", Isabel Vallejo expone que el paciente tiene información de los médicos y tiene acceso a más información en la oficina de farmacia, "a la que acuden con mucha frecuencia". Por eso para esta profesional es tan importante que esa información sea compartida por parte de todos los profesionales que le atienden y sea interiorizada por parte del paciente, porque "tenemos que hablar de tratamiento integral del paciente y de funcionamiento integrado del sistema de salud". Según Isabel Vallejo desde un ámbito político, sanitario y social, se ha puesto de manifiesto que tenemos un sistema diseñado para la atención a procesos agudos y que la evolución social y patológica nos lleva a una necesaria reorientación enfocada a la atención de los pacientes crónicos, que ya son una alta proporción de nuestra población. Especial hincapié pone en que "tanto médicos como farmacéuticos somos conscientes de que las personas ma-

yores, polimedicadas, que viven solas o al cuidado de distintas personas y que pueden padecer pérdidas de memoria, precisan una atención especial". En este sentido, hace una llamada en pro de aprovechar la experiencia basada en las 15 y hasta 30 veces que esos pacientes visitan al año al médico "y que acude casi cada semana a la farmacia".

Al exponer el dato de los 45 millones de envases de medicamentos que los españoles tenemos en casa, hace el siguiente razonamiento:" si esos medicamentos están indicados para síndromes menores como dolor de cabeza, gripe o fiebre, estaríamos dentro de la normalidad, pero si esos envases corresponden a tratamientos instaurados por un médico después de un diagnóstico y no han sido administrados, estamos ante un problema de salud". Abundando en las estadísticas, prosigue: "existen 200 millones de recetas prescritas pero no dispensadas, tenemos que entender que corresponden a tratamientos propuestos después de un diagnóstico clínico y que el paciente ha decidido no tomar, lo cual también representa otro problema de salud. Así que nos enfrentamos a problemas de salud bien por abandono, por negación o por duplicidad de tratamientos, que pueden conducir a un agravamiento de la enfermedad o a que se desencadenen otros procesos patológicos o a ingresos hospitalarios no programados". Por todo ello propone el establecimiento de mecanismos de coordinación y canales accesibles de comunicación "entre los distintos niveles asistenciales que pivoten sobre la Atención Primaria y la oficina de farmacia como estructuras sanitarias más próximas y accesibles a los pacientes".

En cuanto a la relación que pudiera existir entre el copago y la falta de adherencia, Isabel Vallejo recuerda que hasta hace unos meses "el copago era mínimo en tratamientos crónicos o no existía en todos los tratamientos de pacientes de más de 65 años, que solo ellos representan el 80 por ciento del gasto en medicamentos". Por tanto, concluye que la falta de adherencia no tiene relación directa con el copago "porque es un problema detectado con anterioridad a su modificación aunque, actualmente y debido a la crisis económica puede tener un pequeño efecto en la contracción de la demanda".

Se muestra reacia al reenvasado de medicamentos en sistemas personalizados de dispensación (SPDs), "ya que supone una intervención no autorizada del farmacéutico en la cadena de seguridad del medicamento, que dificulta la farmacovigilancia, la trazabilidad y rompe las garantías de información e identificación del medicamento, tal como establece la legislación vigente". Y advierte que, realizados estudios sobre la estabilidad del medicamento, esta puede verse comprometida en parámetros de uniformidad de masa, higroscopicidad, tiempo de disgregación y friabilidad.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria aporta el dato de que el 21 por ciento de los pacientes confiesa no haber tomado sus medicamentos en el último mes y recuerda que la baja adherencia conlleva a un mayor número de ingresos hospitalarios. Aprovechando el III Día de la Adherencia e Información de Medicamentos esta organización distribuyó en más de 70 centros hospitalarios de toda España folletos que con su información pretenden obtener los máximos beneficios de los medicamentos y reducir sus riesgos. Parece después de todo que las fechas conmemorativas son útiles

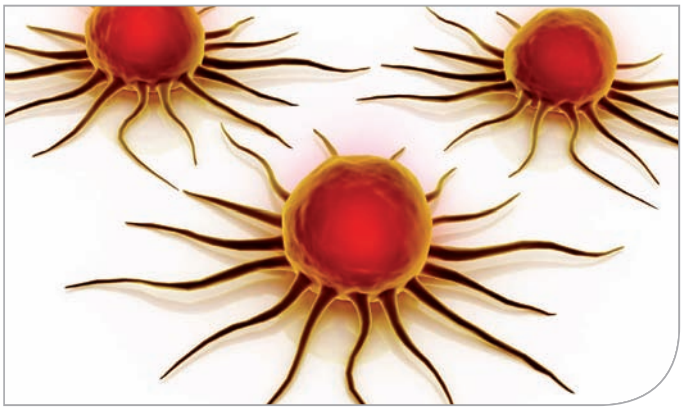
Documentación y fuentes

1. Entrevista a José Manuel Rivera. Presidente del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, catedrático de geriatría y académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM).
2. Entrevista a Julio Zarco. OAT y coordinación I Jornadas Científicas.
3. Pilar de Lucas. Presidenta de la Sociedad Española de Neumología.
4. Entrevista a Nuria Fernández de Cano Martín. De la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento y Seguridad del Paciente.
5. Entrevista a Ana Mañas. Jefa del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de La Paz.
6. Entrevista a José Luís Pinto. Catedrático de Economía de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla
7. Entrevista a María de Madariaga. Responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Infanta Sofía.
8. Entrevista a Isabel Vallejo. Vicepresidenta de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE ponente I Jornada Científica sobre Adherencia al Tratamiento).
9. Encuesta del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
10. Laboratorios Abbott.
11. Grupo de Trabajo del Departamento de Economía. Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo Olavide y Centro de Estudios Andaluces.
12. Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia. Trabajo "Farmaeconomía: El gran reto de la Sanidad pública".
13. Documento de consenso 'Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro'.
14. Encuesta realizada por el Observatorio de la Adherencia.
15. Estudios ENEAS Y APEAS.

RUSSIA
KAZAKHSTAN
ARAL SEA
UZBEKISTAN
TURKMENISTAN
KYRGYZSTAN
TAJIKISTAN
MONGOLIA
ASIA
IRAN
AFGHANISTAN
PAKISTAN
CHINA
NEPAL
BHUTAN
BANGLADESH
INDIA
ARABIAN SEA
MYANMAR (BURMA)
LAOS
THAILAND
VIETNAM
SOUTH CHINA SEA
BAY OF BENGAL
SRI LANKA

inst

La antánea médica



Terapias combinadas y tratamiento individualizado para mejorar en mieloma múltiple

La estrategia de futuro para el manejo del mieloma múltiple, sobre la base de los nuevos datos moleculares, deberá pasar por el uso del mejor arsenal terapéutico de forma precoz, con combinaciones efectivas de los nuevos medicamentos, con el fin de mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. Otro de los puntos clave de su abordaje se centra en intentar retrasar o incluso prevenir las recaídas con tratamientos personalizados, adaptados a cada paciente. Así lo ponía de manifiesto Brian G.M. Durie, de la Fundación Internacional del Mieloma, en el 54 Congreso de la Asociación Americana de Hematología (ASH) que ha tenido lugar en Atlanta. Como explicaba, muchas de las ponencias de ASH12 se han centrado en lograr una reducción del tumor con el primer tratamiento para obtener una respuesta completa, y en la importancia de mantener dicha respuesta con terapia continua de mantenimiento para intentar llegar a un receso.

Paul Richardson, profesor asociado de Medicina de la Harvard Medical School y director clínico del Jerome Lipper Center for Multiple Myeloma del Dana-Farber Center Cancer Institute, de EEUU, abordaba las nuevas combinaciones y terapias emergentes. Como explicaba, "sabemos que a pesar de los éxitos iniciales, el mieloma vuelve siempre, por tanto es necesario tener opciones disponibles para los pacientes". Mientras incidía en los "grandes progresos" alcanzados en las últimas tres décadas, señalaba que con el tiempo pocos pacientes sobreviven, pero con las terapias de inducción se puede incrementar el periodo de supervivencia. Por ello coincidía con el Dr. Durie en la importancia del tratamiento precoz. "No se pueden mantener las mejores armas en reserva. Hay que disparar fuerte desde el principio", comentaba.

Para el Dr. Richardson la terapia combinada también es clave en el manejo de esta enfermedad, ya que se trata de una patología muy heterogénea y es importante tener en cuenta a la hora de su abordaje que los tumores son múltiples. Al referirse a los nuevos tratamientos, el experto norteamericano destacaba los nuevos anticuerpos monoclonales: bevacizumab y daratumumab. En cuanto a la combinación de terapias, apuntaba la de lenalidomida, bortezomib y dexametasona, que obtiene muy buenos resultados, que llegan a ser "impresionantes" cuando se realiza una cuádruple combinación con vorinostat. Asimismo otra buena opción sería, según lo expuesto en ASH, la combinación de elotusumab con lenalidomida y dexametasona en baja dosis, a la que se podría añadir daratumumab, que en algunos tipos de tumor ha multiplicado por tres la supervivencia. Además, cuando se combina pomalidomida con dexametasona en bajas dosis el resultado "es espectacular", señalaba el Dr. Richardson, que también destacaba otra combinación con el inhibidor carfilzomib.

El Dr. Xavier Leleu, profesor asociado del Departamento de Hematología del Hospital Claude Huriez, en Francia, analizaba el papel de un nuevo compuesto del que se han hecho varias presentaciones en ASH12: la pomalidomida. En su opinión, "lo más nuevo e interesante". Con respecto a este compuesto destacaba su combinación con dexametasona en dosis bajas, que duplica la supervivencia libre de progresión en el mieloma múltiple. Según lo presentado por Leleu, el 50 por ciento de los pacientes se beneficiaron de esta terapia y después de un año la respuesta seguía siendo positiva. Otra combinación que destacaba el profesor francés era la de pomalidomida, ciclofosamida y prednisona, bien tolerada y con excelentes resultados en las fases I y II, que incluía a pacientes refractarios a lenalidomida, y que obtuvo una tasa de respuesta parcial del 65'5 por ciento.

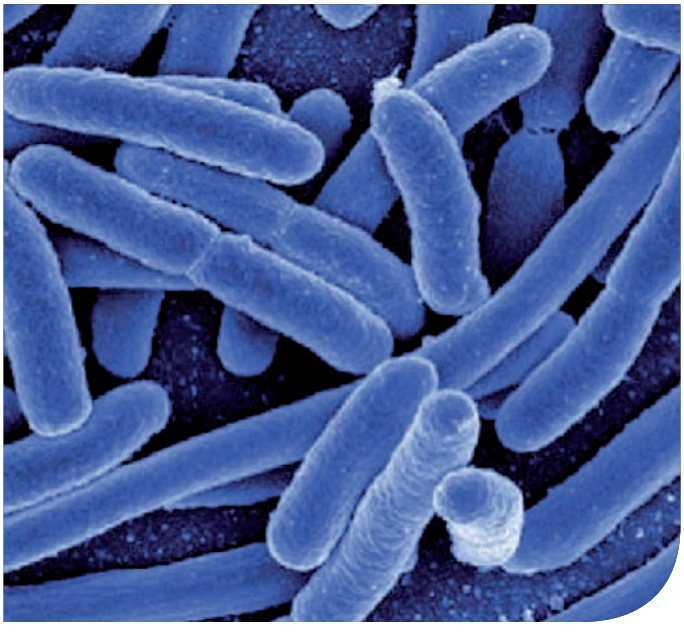
La presentación del profesor Robert Orlowski, profesor asociado del Departamento de Linfoma/Mieloma y Terapias Experimentales de la División de Medicina Oncológica de la Universidad de Tejas. MD Anderson Cancer Center en Houston, se centró en un fármaco aprobado en julio de este año por la FDA, el carfilzomib (Kyprolis) para pacientes con mieloma resistente a al menos dos tratamientos anteriores. El carfilzomib se une e inhibe las enzimas llamadas proteasomas, las cuales se encargan de degradar las proteínas celulares. Al inhibir este proceso se produce la muerte celular y se bloquea el crecimiento del tumor. El profesor americano ha presentado diversos estudios de su combinación con pomalidomida y dexometasona, que han incrementado la tasa de respuesta en un 50 por ciento.

A lo largo de su presentación, el experto norteamericano ponía sobre la mesa las ventajas de otro nuevo medicamento, el AARY-520, una sustancia que se ha mostrado eficaz en los ensayos clínicos administrado solo o en combinación con otros fármacos, como una opción terapéutica para los pacientes con mieloma múltiple resistente. En combinación con dexometazona, y en mielomas resistentes a dexometazona en combinación con lenalidomida, sobre todo. Si se combina con carfilzomib la tasa de respuesta llega al 60 por ciento en muchos tumores, según se ha concluido.

Otro aspecto destacado por el Dr. Orlowski ha sido el papel de la proteína KSP en la evolución del mieloma o la combinación de dos fármacos similares para superar las resistencias, como en el caso de la combinación de lenalidomida con dexometasona, para la que algunos tumores terminaban presentando resistencias. Algunos estudios han demostrado que añadir talidomida ayudaba a superar dichas resistencias ■

Animales y seres humanos seleccionan su flora intestinal

Los animales, incluyendo los seres humanos, seleccionan activamente los microrganismos intestinales que son sus mejores socios y los cultivan con secreciones nutritivas, según sugiere un nuevo estudio dirigido por la Universidad de Oxford (Reino Unido), publicado en la revista Plos Biology. El equipo de investigadores creó un modelo informático evolutivo de las interacciones entre los microbios intestinales y el reves-



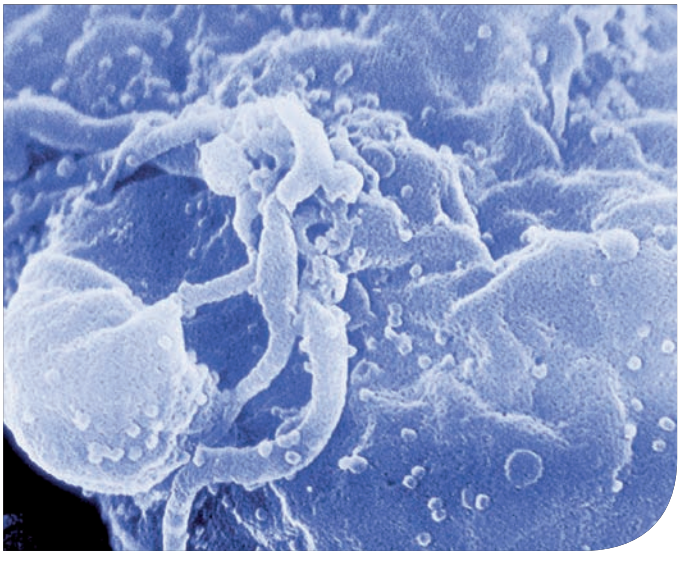
timiento intestinal, con lo que mostró que los microrganismos beneficiosos que son de crecimiento lento se pierden rápidamente y tienen que ser ayudados por las secreciones de acogida, tales como nutrientes, que favorecen a las bacterias beneficiosas sobre las dañinas. "Sabemos que muchos microbios intestinales son muy beneficiosos para nosotros, que nos protegen de los agentes patógenos y ayudan con la digestión, pero se desconocía cómo evoluciona y se mantiene una relación de beneficio mutuo", dijo el profesor Kevin Foster, del Departamento de Zoología de la Universidad de Oxford y autor del documento. Según este experto, esto demuestra que los nutrientes son más potentes cuando se liberan por la capa epitelial de la célula huésped que cuando vienen de los alimentos en el intestino y sugiere que el control de los microbios es más fácil de lo que se pensaba previamente", concreta Foster. Las simulaciones del equipo investigador muestran que las células afectadas por la selección anfitriona epitelial es menos probable que se pierdan y en su lugar persisten por más tiempo, causando una "amplificación de la selectividad", por lo que cambios relativamente pequeños iniciados por el anfitrión pueden ser amplificados para producir un efecto a gran escala ■

Los avisos por teléfono y mail para recoger medicamentos en la farmacia aumentan la adherencia a los tratamientos

Los pacientes a los que se les recetó recientemente un medicamento para reducir el colesterol fueron más propensos a recogerlo en la farmacia y por lo tanto tomarlo si recibieron un aviso automatizado por teléfono o por correo electrónico, según un estudio publicado en la revista Archives of Internal Medicine. El estudio de 5.216 pacientes encontró que los que recibieron un recordatorio automatizado tenían 1,6 veces más de probabilidades de recoger las recetas de estatinas para reducir el colesterol que aquellos que no recibieron un recordatorio. Se generaron automáticamente llamadas telefónicas informativas y alentadoras si un paciente no recogía su medicamento en una o dos semanas desde la cita con el médico en la que le expidió la receta y, si a la semana el paciente no iba a la farmacia, se les envió un recordatorio. El gasto de esos sistemas automatizados alcanza un costo de 1,3 euros por participante en el estudio, pero el porcentaje de pacientes que recogieron su medicamento tras la intervención de esos mecanismos aumentó del 26 al 42 por ciento, según la investigación. Aunque esta investigación examinó la adherencia a medicamentos exclusivamente en pacientes del centro 'Kaiser Permanente Southern California' que reciben su primera receta para un medicamento de estatina, el método de bajo costo es probable que sea viable para poblaciones grandes, otras enfermedades crónicas y otros medicamentos, según los autores ■

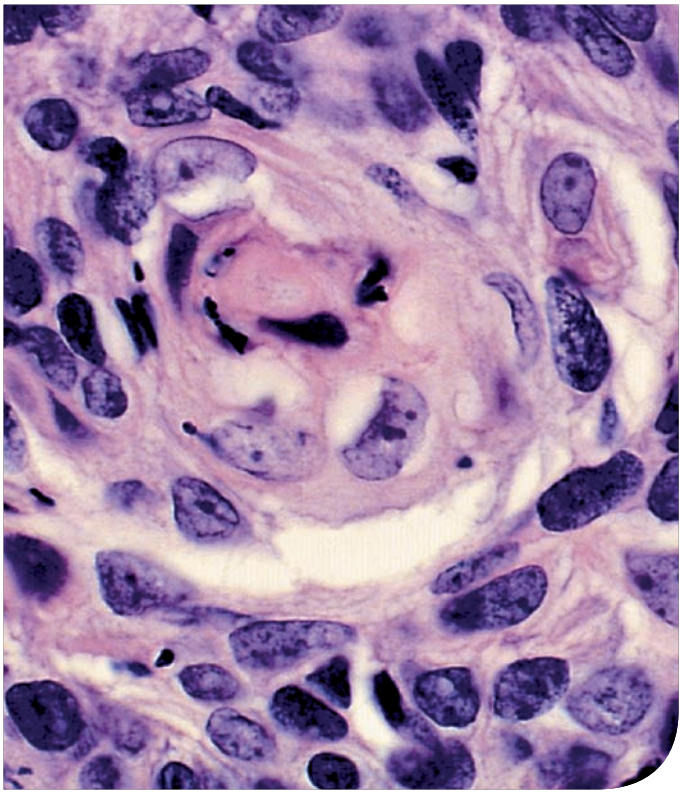
Consiguen una vacuna capaz de controlar la replicación del virus del sida de forma temporal

Miembros del proyecto de investigación de la vacuna del sida Hivacat han testado en pacientes la eficacia de una vacuna terapéutica que es capaz de controlar la replicación del virus de forma temporal, una nueva estrategia que, aunque no supone una curación total, sí representa un paso más en la búsqueda de una solución definitiva para una enfermedad que afecta a entre 25 y 30 millones de personas en todo el mundo. En rueda de prensa, los investigadores de Enfermedades Infecciosas y Sida del Hospital Clínic de Barcelona Josep Maria Gatell y Felipe García han explicado que la vacuna utiliza las células dendríticas del paciente "pulsadas" con el virus del mismo enfermo, que ha sido previamente inactivado por calor en el laboratorio, lo que provoca que la infección frene su expansión. Sin esta acción, las células dendríticas contaminadas actúan como un caballo de troya y llevan el virus hasta los ganglios linfáticos, donde infectan el sistema inmunitario, y aunque los mismos investigadores reconocen que la vacuna presentada en la revista '*Science Translational Medicine*' no cura totalmente, sí logra reducir en cerca del 90 por ciento la carga viral del enfermo. Los científicos utilizaron este sistema con 24 infectados por VIH, y comprobaron que era efectivo en el 95 por ciento de los casos, frente a los 12 pacientes del grupo control que fueron tratados con células dendríticas sin pulsar y que mantuvieron sus niveles de carga viral suficientemente elevados como para proseguir con la infección. Gatell ha explicado que la reducción del virus se produce durante cerca de un año, especialmente a partir de la semana 14 desde que se recibe la vacuna, pero el virus vuelve a hacerse presente de forma paulatina. "Nada que no sea lograr una carga retroviral indetectable es aceptable", ha resumido Gatell, que en todo caso ha defendido que la vacuna definitiva será presumiblemente una combinación de diferentes estrategias, por lo que la vacuna presentada ahora es científicamente importante y abre la puerta a estrategias más completas que las actuales



Descubren como ralentizar el envejecimiento del cerebro

La ausencia de la polimerasa mi (en referencia a la letra del alfabeto griego) ralentiza el envejecimiento del cerebro, según advierte una investigación en la que ha participado el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y que ha sido publicada en la revista especializada 'PLoS ONE'. La actividad de ésta, que también es conocida como gen Polmi, y la reparación celular "están relacionadas con la capacidad de los modelos experimentales de aprender y recordar a edades avanzadas", explican los expertos ahondando en los pormenores de este trabajo. En concreto, los resultados del mismo indican que los ratones carentes de este gen "presentan un aumento de su vida media y mejores condiciones fisiológicas y metabólicas que los animales control", aseguran. Durante el análisis realizado también se ha atestiguado que los animales deficientes en este gen "presentan un nivel significativamente reducido de actividad reparadora del material genético", explican los expertos. A esto último, se suma el hecho de que su actividad mitocondrial "es más eficiente", afirman. Aunque no existe un mecanismo exacto que explique el fenómeno en su conjunto, "una consecuencia definitiva del proceso de envejecimiento es el deterioro de las funciones cognitivas". Esa es su conclusión tras finalizar el estudio en el que también han participado especialistas del Centro Nacional de Biotecnología del CSIC, del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa del CSIC y la Universidad Autónoma de Madrid, del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares y de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla



Científicos españoles descubren que el empleo de antagonistas de la sustancia P podría evitar la progresión de tumores

Científicos del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (Incyl) de la Universidad de Salamanca han descubierto que la utilización de antagonistas de la sustancia P podría evitar la progresión de tumores. Así lo han atestiguado los expertos tras probar el uso de esta molécula en el sistema nervioso de un modelo experimental, y ver que "favorece la proliferación de las células tumorales", explican en declaraciones realizadas por los investigadores. "Los antagonistas se unen a los receptores de la sustancia P en las células tumorales y los bloquean", sostienen. Uno de los científicos que ha participado en este estudio ha sido el miembro del Incyl, el doctor Rafael Coveñas, mantiene que las células tumorales "sintetizan la sustancia P y la liberan al exterior, pero esta molécula también llega a partir de las terminaciones nerviosas, porque se encuentra distribuida por todo el sistema nervioso". Además, asegura que esta molécula "es un neurotransmisor con funciones importantes, como transmitir el dolor". En los casos de cáncer, la sustancia P "se une a los receptores NK1, que se encuentra en la membrana plasmática de las células, y esto se traduce en un aumento de la actividad mitogénica". Por tanto, en este punto se halla "el comienzo de la división celular y la multiplicación de las células tumorales", afirma

La Federación Internacional de Diabetes alerta del rápido incremento de la diabetes tipo 1 en menores de 14 años

La Federación Internacional de Diabetes ha alertado en un informe, recogido por la BBC, del "rápido incremento" de la diabetes tipo 1 en los menores de 14 años, convirtiéndose en una de las enfermedades endocrinas y metabólicas más comunes en la niñez. En concreto, ha informado de que en los últimos años ha habido un crecimiento del 3 por ciento. El principal aumento ha ocurrido en Europa central y del este y aunque no hay estudios sobre la incidencia en otras partes del mundo, se cree que las tendencias son similares globalmente. Además, se calcula que unos 78.000 menores de 15 años desarrollan la enfermedad cada año. Asimismo, el informe ha mostrado que cerca de 25 por ciento de los niños que desarrollan diabetes tipo 1 son diagnosticados cuando ya están seriamente enfermos. Por ello, los expertos han recomendado a los padres que conozcan cuáles son los síntomas de la enfermedad, al tiempo que han recordado que entre los principales síntomas destaca la necesidad frecuente de orinar, mucha sed, cansancio extremo y una pérdida inexplicable de peso. La diabetes ocurre cuando el organismo no puede producir o utilizar eficientemente insulina, una hormona que permite que el azúcar de los alimentos sea procesada por las células y convertida en energía para que los tejidos y órganos funcionen apropiadamente

EN PREVISIÓN
Citas de interés

Interés General

18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Bilbao. Fecha inicio: 20/02/2013. Fecha fin: 22/02/2013. Secretaría Técnica: American Express Barceló Viajes. C/Juan Ignacio Luca de Tena, 17. 28027 Madrid. Tel: 902 095 777. Fax: 902 095 778. Correo electrónico: 18congresohospitales@amexbarcelo.com Referencia web: http://18congresohospitales.org/

Atención Primaria

XX Congreso Nacional y XIV Internacional de Medicina General

Zaragoza. Fecha inicio: 22/05/2013. Fecha fin: 25/05/2013. Secretaría Técnica: Medgen S.A. Paseo Imperial 10-12. 1ª Planta. 28005 Madrid. Tel: 913 644 120. Fax: 913 657 660. Correo electrónico: congreso_semg@semg.es Referencia web: http://www.semg.es/

XXXIII Congreso semFYC

Granada. Fecha inicio: 06/06/2013. Fecha fin: 08/06/2013. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi, 11. Pl 2ª. Of 13.

08002 Barcelona. Tel: 933 177 129. Correo electrónico: congresos@semfyc.es Referencia web: http://www.semfyc2013.com

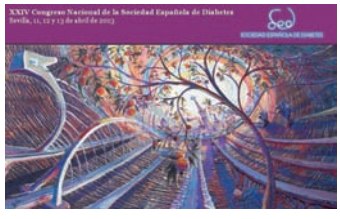
35º Congreso Nacional Semergen Barcelona 2013

Barcelona. Fecha inicio: 23/10/2013. Fecha fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: AP CONGRESS. Narváez 15, 1º. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Correo electrónico: info@apcongress.es Referencia web: www.semergenbarcelona2013.com

Endocrinología

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes

Sevilla. Fecha inicio: 11/04/2013. Fecha fin: 13/04/2013. Secretaría técnica:



Triana Congresos. Pagés del Corro, 80- 3ª planta. 41010 Sevilla. Tel: 954 574 240. Fax: 955 067 479. Correo electrónico: sed2013@viajestriana.com Referencia web: http://www.trianacongresos.com/sed2013/

Ginecología

IX Simposio Internacional de GEICAM

Valencia. Fecha inicio: 18/04/2013. Fecha fin: 19/04/2013. Secretaría técnica: Doctaforum. C/ Monasterios de Suso y Yuso, 34. 28049 Madrid. Tel: 913 720 203. Correo electrónico: simposiogeicam2013@doctaforum.net Referencia web: http://www.geicam.org/

Medicina Interna

VII Reunión Diabetes y Obesidad

Valladolid. Fecha inicio: 24/01/2013. Fecha fin:

25/01/2013. Secretaría técnica: S&H Medical Science Service. C/Espronceda 27, entreplanta. 28003 Madrid. Tel: 915 357 183. Fax: 911 817 616. Correo electrónico: congresos@shmedical.es Referencia web: http://www.fesemi.org/

Neumología

46º Congreso Nacional SEPAR

Barcelona. Fecha inicio: 14/06/2013. Fecha fin: 17/06/2013. Secretaría técnica: Viajes El Corte Inglés. Dpto. de Congresos de Sociedades Científico Médicas. Tel: 913 300 725. Correo electrónico:

separ@viajeseci.es Referencia web: http://www.congresosepar2013.com

Pediatría

62 Congreso de la Asociación Española de Pediatría

Sevilla . Fecha inicio: 06/06/2013. Fecha fin: 08/06/2013. Secretaría Técnica: Asociación Española De Pediatría. C/Aguirre, 1 – bajo derecha. 28009 Madrid. Tel: 914 354 916. Correo electrónico: pediatria@viajeseci.es Referencia web: http://www.aeped.es/

Spiraxin®

(rifaximina-α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia: Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción teratógena, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes (≥10%), Frecuentes (de ≥ 1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥ 0,1% a <1%), Raras (de ≥ 0,01% a < 0,1%), Muy raras, incluyendo casos aislados (≤ 0,01%) ***Ensayos clínicos:*** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. ***Exploraciones complementarias:*** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. ***Trastornos cardíacos:*** Poco frecuentes: Palpitaciones. ***Trastornos de la sangre y del sistema linfático:*** Poco frecuentes: Limfocitosis, monocitosis, neutropenia. ***Trastornos del sistema nervioso:*** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. ***Trastornos oculares:*** Poco frecuentes: Diplopia. ***Trastornos del oído y del laberinto:*** Poco frecuentes: Vértigo. ***Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:*** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringeolaringal. ***Trastornos gastrointestinales:*** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, nauseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. ***Trastornos renales y urinarios:*** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. ***Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:*** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. ***Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:*** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. ***Trastornos del metabolismo y de la nutrición:*** Poco frecuentes: Anorexia. ***Infecciones e infestaciones:*** Poco frecuentes: Candidiasis. ***Trastornos vasculares:*** Poco frecuentes: Sofocos. ***Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:*** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. ***Trastornos 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, nauseas, 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 eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. Uso pediátrico: La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizada por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 – Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

Imagen en contraportada

BAMA – GEVE

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

PRÓXIMO NÚMERO
Febrero 2013

REPORTAJE

EN PORTADA

Los derechos de los médicos, los grandes desconocidos

En el momento actual, a pesar de que los avances científicos han logrado resultados exitosos en el abordaje y curación de muchas patologías, el profesional sanitario ve condicionada cada vez más su actividad profesional tanto por la limitación de los recursos sanitarios disponibles, la dependencia de su institución y la necesaria integración en equipos de trabajo, como por las cada vez mayores exigencias en el tratamiento y curación por parte de los pacientes y sus familiares. La confusión entre el derecho a la atención médica, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar, generan cada vez mayores conflictos en al relación médico-paciente. Una encuesta realizada por EL MÉDICO INTERACTIVO entre sus lectores ha puesto de manifiesto que más del 50 por ciento de los consultados cree encontrarse muy indefenso en el desarrollo del ejercicio profesional: 54'5 por ciento frente a los familiares, 56'6 frente a los pacientes,y 53'6 ante la institución para la que trabaja. Asimismo, casi el 70 por ciento de quienes han respondido la encuesta cree que la sensación de indefensión afecta mucho o regular a su ejercicio profesional.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Fernando Molina Guerrero

Presidente del Sector Nacional de Sanidad de CSI.F:
"Cohesión y sostenibilidad del SNS"

Antonio Otero Rodríguez

Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid:
"La importancia de la Atención Primaria en las estrategias de prevención"

Enrique Lázaro Fontanet

Presidente del CEEM:
"La formación en Medicina"

Juan Casado

Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid:
"El dolor en niños hospitalizados"

ENTREVISTAS

Antonio López-Burgos

Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Lina Badimón

Directora del Centro de Investigación Cardiovascular. CSIC-ICCC

Carina Vance

Ministra de Sanidad de Ecuador

OTROS TEMAS

RADIOGRAFÍA

La Salud de la mujer

REPORTAJE

Las cuentas sanitarias para 2013

NECESITAMOS TU APOYO PARA DEFENDER LA SANIDAD UNIVERSAL Y GRATUITA:

La reforma sanitaria ya está dejando a muchas personas sin acceso a los servicios de salud. Cada día se aprueban nuevas medidas hacia la privatización de la sanidad que hacen que perdamos el derecho a una sanidad universal y gratuita por la que hemos estado trabajando durante décadas. En Médicos del Mundo trabajamos para defender la salud como derecho universal, exigir al Estado que garantice ese derecho y acompañar a las personas que están siendo rechazadas en la sanidad pública. **NECESITAMOS TU APOYO.**

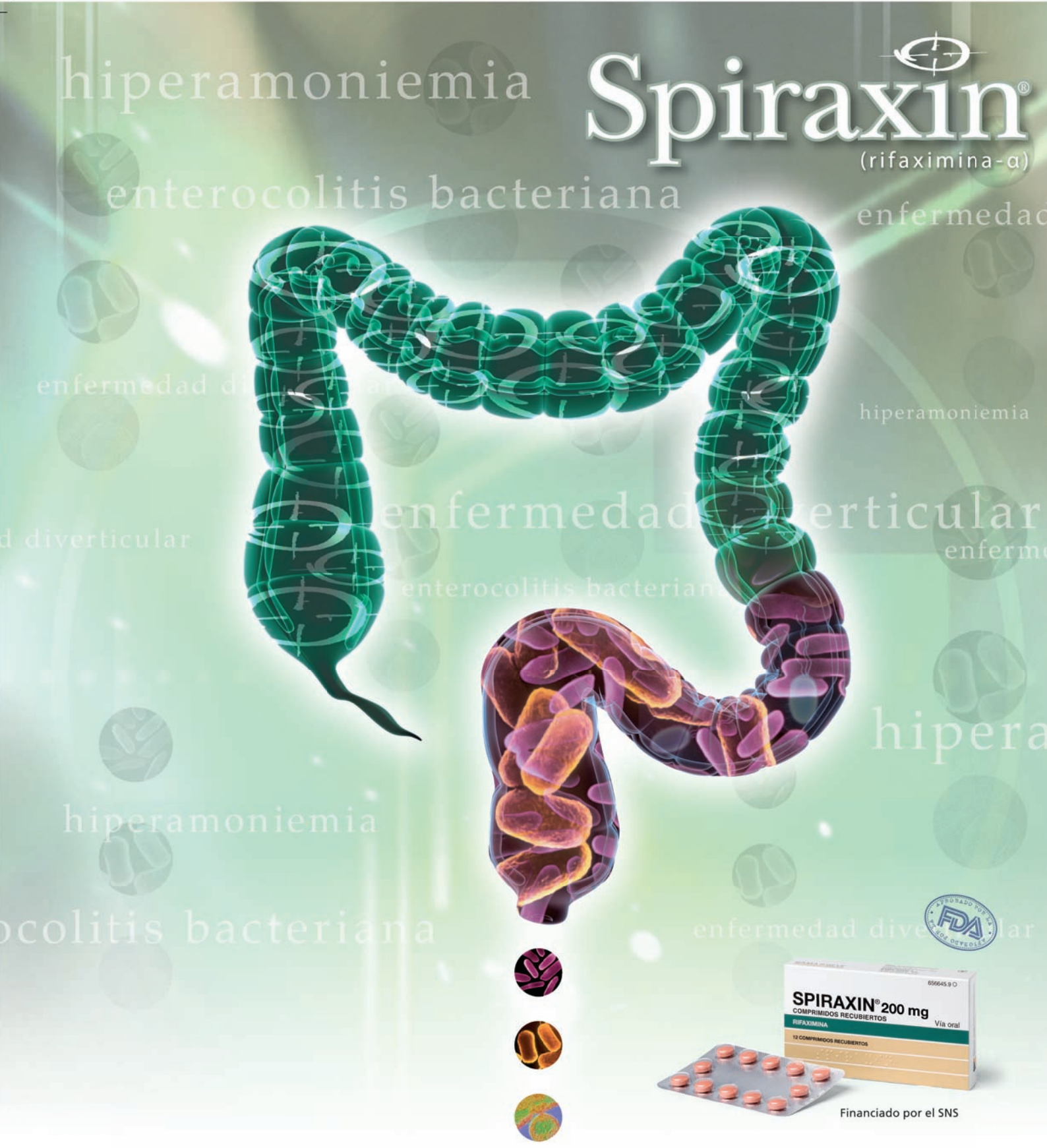
VISITA NUESTRA WEB PARA HACERTE SOCIO/A O CONSULTAR OTRAS POSIBLES FORMAS DE COLABORAR.

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA.

www.medicosdelmundo.org Tel. 902 286 286 Síguenos en

Spiraxin®

(rifaximina-α)



ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA – GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97