



Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

Entrevistas

Antonio López Burgos, presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Lina Badimón, directora del Centro Cardiovascular (CSIC-ICCC)

Eduardo García Prieto, director gerente regional de Salud de Castilla y León (Sacyl)

Reportaje

Presupuestos 2013: los recortes sanitarios se generalizan

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

Conocer los **derechos** para mejorar la calidad

La calidad asistencial no puede limitarse a la correcta prestación de la asistencia desde el punto de vista técnico y científico, sino que debe necesariamente completarse con el establecimiento de una relación entre todos los participantes en la actividad asistencial (médicos u otros profesionales, pacientes, familiares, etc.) que esté basada en la seguridad de los profesionales en su toma de decisiones y en una confianza mutua imprescindible. En el momento actual, a pesar de que los avances científicos han logrado resultados exitosos en el abordaje y curación de muchas patologías, la relación médico-paciente se ha venido deteriorando progresivamente (deterioro más acusado en la relación con los familiares de pacientes) debido a diversas causas. Entre otras, el desconocimiento del médico de los derechos que le asisten en el ejercicio de su actividad, lo que le puede llevar a actuaciones justificadas por una Medicina defensiva.



Hace algo más de un año, EL MÉDICO INTERACTIVO lanzó una encuesta entre todos sus lectores a la que respondieron en torno a los 3.000 médicos de todas las comunidades autónomas y especialidades. En ella, el 93'4 por ciento declaró conocer poco o regular sus derechos, el 69,8 dijo desconocer si sus derechos se recogen en alguna normativa concreta; y el 54,1 por ciento declaró no saber a quién dirigirse para ejercitar esos derechos. Más de la mitad de los consultados comentó encontrarse muy indefenso en el desarrollo del ejercicio profesional y casi el 70 por ciento consideraba que esta situación afecta mucho o regular a su ejercicio profesional. A este asunto se dedica el tema central de la revista de febrero.

Este número hacemos, además, un repaso a cómo han quedado los presupuestos que las diferentes Comunidades Autónomas han destinado a Sanidad. Y como era de esperar, todas han recortado su dotación para esta partida, con una media de un 6'8 por ciento menos de dinero destinado a cuidar la salud de los ciudadanos. Pese al recorte, las autonomías dedican una media del 35 por ciento de sus presupuestos totales a este área, casi tanto como en 2012.

En apartado de entrevistas, recogemos las opiniones del presidente de la Sociedad de Sanidad Penitenciaria y de una investigadora de la talla de Lina Badimón. Y en las secciones dedicadas a la gestión, incluimos las declaraciones del director gerente regional de Salud de Castilla y León (Sacyl); y de los presidentes de los directivos de hospitales y enfermería (SEDISA y ANDE). Estos últimos realizan un avance del próximo congreso nacional de hospitales que se va a celebrar en Bilbao.

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 ■

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos. ¿grandes desconocidos?
20



Numerosas leyes reconocen los derechos de los pacientes, como el derecho a la información, el consentimiento informado o la intimidad de la información relativa a la salud, pero los médicos también están asistidos por una serie de derechos a lo largo del proceso asistencial, cuyo conocimiento permitirá el desarrollo de una actividad más justa, más segura y de mayor calidad, redundando en un evidente beneficio tanto para el paciente como para el profesional.

ENTREVISTAS



Antonio López Burgos
Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria
34



Lina Badimón
Directora del Centro Cardiovascular (CSIC-ICCC)
46

FORO DE EXPERTOS

FERNANDO MOLINA

Presidente del Sector Nacional de Sanidad de CSI.F
10



J. CASADO FLORES

Titular de Pediatría de la UAM. Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid
12



ENRIQUE LÁZARO FONTANET

Presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)
16



PERFILES MÉDICOS



TOMÁS FERNÁNDEZ JAÉN
Servicio de Traumatología y Medicina del Deporte de la Clínica CENTRO
72

REPORTAJE

Presupuestos 2013: los recortes sanitarios se generalizan
40



Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

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

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

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

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



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

ENTREVISTAS



Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)



Jesús Sanz, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)
60

BIOTECNOLOGÍA



Entrevista a Antonio Sevilla
Director de ventas de Genómica.
Grupo Zeltia
66

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Eduardo García Prieto



Director Gerente Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl)
54

OTROS TEMAS

Presentación

3

Fue noticia

78

La Instantánea Médica

82

Entorno farmacéutico

85

Actualizaciones EL MÉDICO

92

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

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, 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.

Empresa Periodística 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 disponible para Movistar, Orange y Vodafone



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org

 **FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia

A stack of white papers is shown in a shallow depth of field, with the top pages slightly blurred. Two pens, one gold and one silver, are resting on the papers. The gold pen is in the foreground, and the silver pen is behind it. The text 'La mirad' is overlaid on the papers in a serif font.

La
mirad

a maestra de la actualidad



Fernando
Molina Guerrero



J. Casado
Flores



Enrique
Lázaro Fontanet



Cohesión y sostenibilidad del SNS

Autor | Fernando Molina Guerrero. Presidente del Sector Nacional de Sanidad de CSI-F

La profunda y prolongada crisis que padecemos ha llevado al Gobierno a efectuar serios recortes del gasto público, a poner en marcha una nueva reforma laboral y a incrementar los ingresos vía impuestos directos e indirectos. A este carro se han sumado inmediatamente las CCAA, pese a las críticas vertidas al Gobierno central, añadiendo a los obligados por éste, otros recortes adicionales de índole regional.



Fernando Molina Guerrero

Evidentemente a nivel del sector sanitario a estos mismos recortes se han sumado modificaciones en las condiciones laborales, que afectan a retribuciones, permisos, jornada laboral, condiciones de la incapacidad temporal, copago farmacéutico y un largo etc....

Questionamos estos recortes en Sanidad puesto que el gasto sanitario de España en relación al PIB es sensiblemente más bajo que el de la mayoría de países europeos, y aún más cuando se produce desviación a otras partidas de los presupuestos destinados a Sanidad al no ser estos finalistas tal y como ha solicitado el sector de Sanidad de CSI-F.

Questionamos los recortes en Sanidad puesto que el gasto sanitario en España en relación al PIB es sensiblemente más bajo que el de la mayoría de los países europeos

Los expertos en análisis de la situación del SNS insisten en la necesidad de los recortes, pero también recomiendan introducir

medidas estructurales, que inevitablemente pasan por una gestión distinta de la Sanidad, con especial incidencia en los recursos humanos y en mejoras en la financiación y la cohesión o coordinación del SNS. En recursos humanos abogan por un claro aumento en la productividad (que distintos estudios señalan como mala), mediante diferentes fórmulas, que pasarían por una mejor gestión del absentismo laboral, por la adecuación real de las plantillas a las necesidades y a modelos retributivos de incentivación en función de resultados en salud.

Es en esta dicotomía de ingresos-gastos, donde aparece de lleno el tan debatido y demagógico tema del copago. Insistíamos hace tiempo que estaba al llegar, como fi-

nalmente ha sucedido. Esta tasa es tachada por sus detractores como ineficaz, al no haber demostrado aumento en los ingresos, ni efecto disuasorio sobre el consumo, e insolidaria, puesto que afecta a las capas sociales más desfavorecidas y a los enfermos crónicos. Igualmente se piensa que existen otros medios para llegar al mismo fin, como el incremento de la productividad, de la que ya hemos hablado, la lucha contra el fraude fiscal, la economía sumergida, o incluso, como veremos después, mediante la racionalización y unificación de la cartera de servicios financiada por la Administración. No obstante, nuestros hábitos de consumo sanitario son muy elevados si los comparamos con países de nuestro entorno europeo, socialmente avanzados, que sí tienen establecido el copago, siendo España junto al Reino Unido y Dinamarca los únicos que no contemplan un copago distinto del farmacéutico.

Asimismo los expertos recomendaban otros cambios estructurales como una cartera bá-

sica de servicios, posteriormente incluida en el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y la que consideran necesaria colaboración público-privada, como nueva fórmula de gestión de los servicios sanitarios, así como una mejor coordinación del SNS por parte del Ministerio.

CSI-F ha solicitado en numerosas ocasiones una cartera única de servicios sanitarios, que impida que estos dependan del lugar de residencia, estableciéndose una clara discriminación entre territorios. Pero, apreciamos, que proponen el aseguramiento universal de una cartera básica de prestaciones, unificando la cartera a la “baja”, es decir, eliminando prestaciones mediante criterios de eficiencia.

La gestión de los servicios sanitarios en España se realiza a través de distintas fórmulas, siendo la más común la gestión directa, tradicional. En cuanto a la gestión indirecta es hoy muy habitual la del concierto, mediante el cual se realiza la prestación de servicios empleando medios ajenos a la Administración sanitaria como el caso de MUFACE. Estos conciertos son muy habituales, incluso en CCAA de signo político contrario a la “privatización” como puede ser Andalucía.

Pero en la actualidad la fórmula que se está extendiendo más es la de la concesión administrativa, modelo conocido como colaboración público-privada.

En España, la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión, votada en el parlamento estatal por PP, PSOE, PNV, CiU y CC establece que todo hospital, centro sociosanitario o centro de salud puede ser gestionado por cualquier tipo de entidades existentes en derecho; es decir, permite la en-

trada masiva de la empresa privada directamente en la gestión y provisión de servicios, lo que choca frontalmente con el “rasgar de vestiduras” actual de determinados partidos políticos, ante el hecho consumado de que algunas CCAA opten o profundicen en este modelo de gestión.

Los expertos insisten en la necesidad de los recortes, pero también recomiendan introducir medidas estructurales, con especial incidencia en los recursos humanos, en la financiación y la cohesión y coordinación del Sistema Nacional de Salud

Debemos suponer que CCAA que aún no han optado por este modelo en la Sanidad, y azuzadas por la crisis, lo terminen haciendo, ya que han apostado por este modelo en otras áreas.

Brevemente diremos que estos modelos no son considerados por los expertos como una privatización de la Sanidad, ya que el suelo sobre el que se construye es público, el bien y su equipamiento revierte a lo público transcurrido el plazo del contrato en perfecto estado de mantenimiento, la financiación es pública, y la prestación del servicio gratuita y universal.

Este tema será debatido en nuestro sindicato a fin de adelantarnos a los acontecimientos, con una visión estratégica de lo que supone y va a suponer el personal laboral, público o privado.

Desde 2009 CSI-F viene manifestando la ineficiencia de los órganos encargados de velar por la cohesión del SNS, como el Consejo Interterritorial, la Comisión de Recursos Humanos o la Alta Inspección. Este criterio de CSI-F se vio reforzado con los informes emitidos posteriormente por el Consejo Económico y Social de España (01/2010), o por el propio Senado.

Resulta evidente, por tanto, que nuestra sociedad va a experimentar una serie de cambios con clara repercusión en el ámbito sanitario, que demandarán de CSI-F nuevos retos, que estoy seguro sabremos, como lo hemos hecho hasta ahora, asumir ■





Dolor en los niños hospitalizados

La visión de los niños

Autor J. Casado Flores. Profesor Titular de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

A pesar de que el alivio del dolor ha sido desde siempre uno de los pilares de la Medicina (curar, aliviar y confortar), también ha sido el gran olvidado a lo largo de cientos de años. Hasta las dos últimas décadas no han aparecido suficientes investigaciones en adultos, que han profundizado en el conocimiento de la epidemiología, fisiopatología y tratamiento del dolor y que han considerado al dolor, no solo como un síntoma, sino como un síndrome con entidad propia. El conocimiento en niños ha sido aún más tardío.



J. Casado Flores

El conocimiento del dolor en los niños, especialmente en neonatos y lactantes, ha sido aún menor y más tardío que en adultos, no sólo porque el número de investigaciones realizadas ha sido escaso, también porque el grado de formación del personal sanitario, respecto a la medición, repercusión y tratamiento del dolor agudo y crónico en los niños es insuficiente. Este desconocimiento hace que los niños reciban poca analgesia postquirúrgica en comparación con los adultos y que se continúen realizando en la actualidad con demasiada frecuencia procedimientos dolorosos sin

Casi la mitad de los niños hospitalizados (41 por ciento) dicen haber sentido dolor o molestias durante su ingreso, frecuencia confirmada por padres o cuidadores que refieren que los niños sienten dolor (39,4 por ciento) al menos una vez al día

analgesia ni sedación, como por ejemplo circuncisión, punción lumbar o reducción de fracturas óseas.

Si la sensibilización y conocimientos del dolor de los niños hospitalizados por parte de los médicos en general y de los pediatras en particular es escaso, la visión e interpretación por los niños es prácticamente inexistente.

Para conocer cómo perciben y manifiestan el dolor los niños, se ha realizado un estudio en niños hospitalizados en centros españoles. El estudio

ha sido posible gracias al liderazgo y patrocinio de la Fundación Antena3 y de la Fundación Grünenthal, sensibilizadas con la infancia y con el dolor respectivamente, y apoyo del Dr. Fernando Reinoso de la Unidad del Dolor del Hospital Infantil de La Paz y del personal sanitario de los hospitales participantes.

El estudio se realizó en 391 niños de ambos sexos, hospitalizados en 20 centros, de edades comprendidas entre 7 y 12 años (Tabla I), mediante encuestas de preguntas realizadas directamente a los niños y a sus padres o tutores. Las entrevistas fueron hechas por el personal sanitario del centro y realizadas durante el periodo de hospitalización de los niños, en la primavera del año 2012.

A pesar de la corta edad, 3 de cada 5

Tabla I. Hospitales participantes

Hospital General Universitario de Albacete
Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
Galicia Hospital de Ferrol
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital San Pedro de Logroño
Complejo Asistencial de León
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid
Hospital 12 de octubre de Madrid
Hospital La Paz de Madrid
Hospital Arrixaca de Murcia
Hospital Virgen del Camino de Navarra
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
Hospital La Fe de Valencia
Hospital Río Hortega de Valladolid
Hospital Materno Infantil de Canarias
Complejo Asistencial de Burgos
Hospital Universitario de Asturias

Tabla II. Porcentaje de hospitalización

(por ciento)	Total	Edad del niño	
		7-9	10-12
Primera vez	40,7	42,5	39,2
Con anterioridad	59,2	57,5	60,8

niños encuestados habían sido hospitalizados al menos una vez antes (Tabla II y Fig. 1).

Durante la hospitalización, la mayoría de estos niños, dos de cada tres, estaban acompañados por sus madres, algunos por sus padres (23 por ciento). Menos de la mitad de los niños (41 por ciento) fueron informados con detalle del tratamiento que iban a recibir en el hospital, información que es imprescindible para reducir la ansiedad de las personas hospitalizadas, sean niños o adultos.

Cuando se les pregunta a los niños qué es lo que menos les gusta del hospital, el 28 por ciento responde que los “pinchazos” (31 por ciento los hospitalizados por

Figura 1. Frecuencia de hospitalización

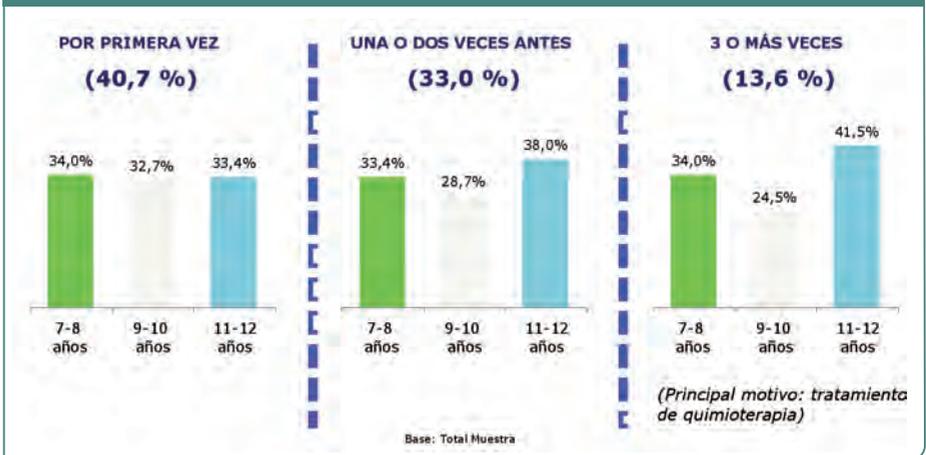
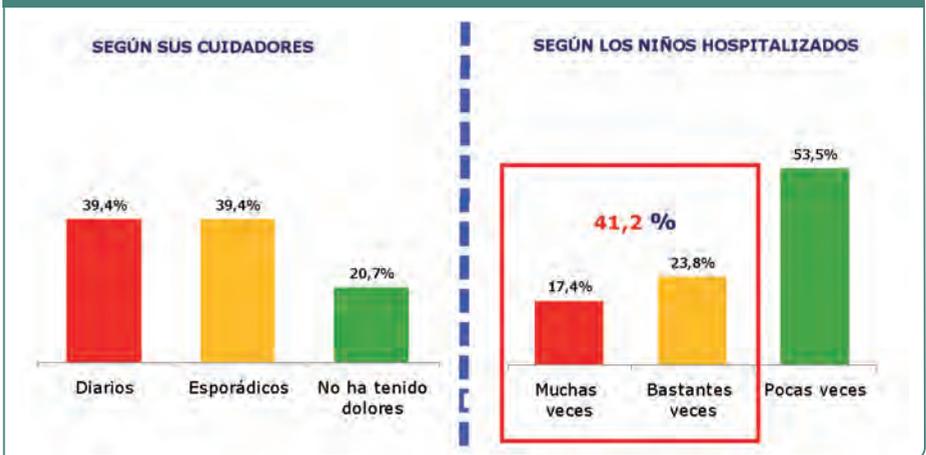


Figura 2. Frecuencia del dolor



primera vez), la comida (17 por ciento) y los tratamientos (8,4 por ciento), mientras que los que más les gusta es el colegio (15 por ciento), el trato personal, los juegos y ver la televisión, aspectos que lógicamente deberían ser cuidados, y potenciados por los gestores de los hospitales pediátricos.

Casi la mitad de los niños hospitalizados (41 por ciento) dicen haber sentido dolor o molestias durante su ingreso (Fig. 2), frecuencia confirmada por padres o cuidadores que refieren que sus

hijos sienten dolor (39,4 por ciento) al menos una vez al día. Según estos, uno de cada 10 niños sufren dolor continuo, uno de cada cinco dolor varias veces al día y solo uno de cada cinco no ha sentido ningún dolor. Respecto a la intensidad del dolor se les ha preguntado que lo cuantifiquen según una escala validada de 0 a 10, cero ningún dolor, 10 dolor insoportable. El resultado de esta pre-

gunta es sorprendente porque casi uno de cada cuatro refiere haber sentido un dolor de 8 y 9 (Tabla III y Fig. 3).

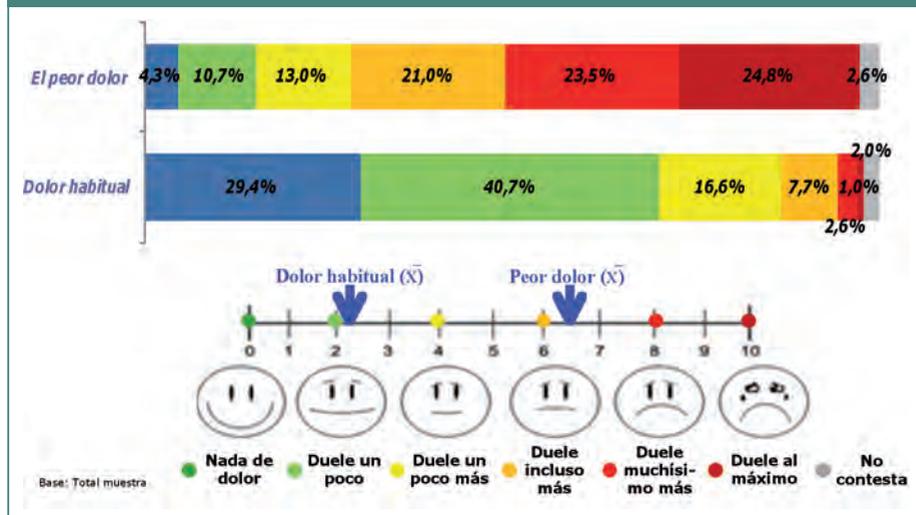
Uno de cada tres niños hospitalizados tratan de hacer frente al dolor mediante el sueño o resistiendo, algunos respirando hondo o apretando sobre la herida



Tabla III. Intensidad del dolor

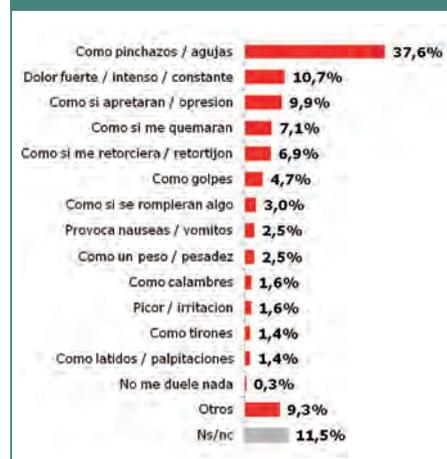
(por ciento)	0 Nada	2 Un poco	4 Un poco más	6 Incluso más	8 Muchísimo más	10 Al máximo	X
Peor dolor que ha sentido desde que está en el hospital	4,3	10,7	13,0	21,0	23,5	24,8	6,5
Dolor que tiene ahora, a lo largo del día	29,4	40,7	16,6	7,7	2,6	1,0	2,3

Figura 3. Intensidad del dolor



Cuando se les pregunta que describan el dolor, la mayoría (37,6 por ciento) lo refieren asociado a pinchazos o agujas “como si me pincharan muy fuerte con algo grande y pesado”, “parece que te cortan”, duele muchísimo, quema y se me retuercen las tripas” (Fig. 4). Uno de cada dos niños asocia el dolor a la curación (Fig. 5).

Figura 4. Describe el dolor



Los niños hospitalizados con dolor elaboran estrategias que consisten en pedir ayuda a sus familiares (21,5), al personal sanitario (7 por ciento), lloran (17 por ciento) o se quejan (12 por ciento). Uno de cada tres tratan de hacer frente al dolor mediante el sueño o resistiendo, algunos respirando hondo (5 por ciento) o apretando sobre la herida. Los niños que han sido

Figura 5. Significado del dolor para los niños

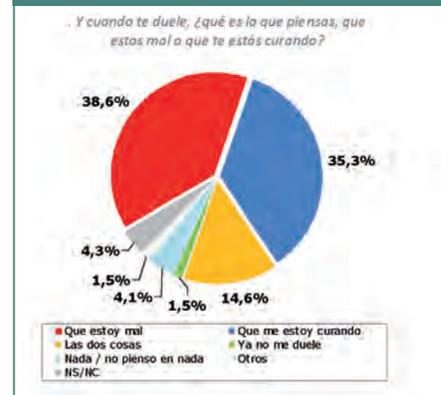


Figura 6. Sentimientos que genera el dolor



Figura 7. Miedos y temores

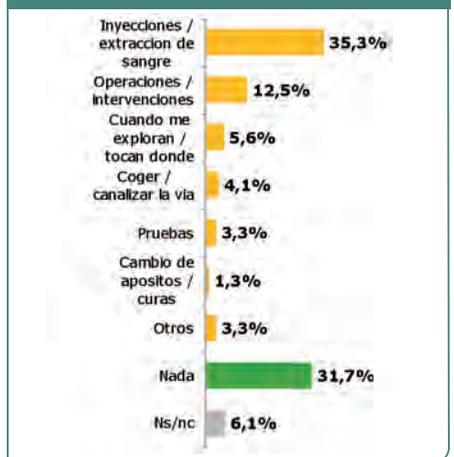
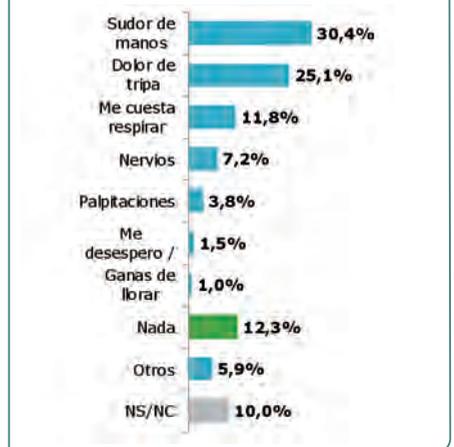


Figura 8. Cuando algo te da miedo, ¿qué sientes?



hospitalizados varias veces utilizan más la estrategia de pedir ayuda al médico (15 por ciento) frente a los que se hospitalizan por primera vez (7 por ciento), posiblemente porque desconocen esta posibilidad.

Los sentimientos que generan en los padres y cuidadores el dolor de sus hijos es

tristeza, nerviosismo, miedo, rabia o impotencia (Fig. 6)

Determinadas prácticas hospitalarias son especialmente temidas por los niños. Cuando se les pregunta de las cosas que te hacen en el hospital, ¿hay algunas a las que tengas miedo? Uno de cada tres responde que las inyecciones o la extracción de sangre (Fig. 7). Cuando se les pregunta ¿cuándo algo te da miedo, qué sientes? Casi uno de cada 3 responde que sudor de manos y uno de cada cuatro dolor de tripa (Fig. 8).

Los niños se intercambian información para afrontar el dolor. A la pregunta ¿qué consejos le darías a otros niños que tienen dolor para que se les pase? Casi la mitad (42,5 por ciento) contesta intentar dormir o distraerse, estrategia que utilizan más los más experimentados por ingresos anteriores, 53 por ciento los que han sido hospitalizados en tres o más ocasiones *versus* 38 por ciento los ingresado por primera vez.

En el hospital los niños emplean su tiempo en distraerse siendo las actividades más útiles hablar con las visitas, ver la TV y jugar. Por ello los hospitales pediátricos deberían preparar el mobiliario y la organización para facilitar tanto las visitas de familiares, hermanos y amigos, ver la TV y jugar. Cuatro de cada cinco niños hospitalizados respondieron que cuando hacían alguna actividad para distraerse “le dolía menos”, como un olvido transitorio de la sensación de disconfor o sufrimiento.

En resumen, el dolor y el dolor intenso es excesivamente frecuente entre los niños hospitalizados, estos sienten con frecuencia dolor durante su estancia en el hospital y en ocasiones la intensidad del dolor es elevada, 6,5 en una escala de 0 a 10. Los dolores más intensos lo perciben como pinchazos o quemazón. Los niños desarrollan estrategias tendentes a paliar este sufrimiento. Los hospitales y el personal sanitario, que atienden a los niños hospitalizados, deberían adecuar sus instalaciones y su trato para que la estancia hospitalaria sea lo menos dolorosa posible, se debería tender a tener hospitales sin dolor, hospitales de colores y risas, abiertos a padres, hermanos y amigos ■





Estudiar Medicina

Autor Enrique Lázaro Fontanet. Presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)

La situación como estudiantes de Medicina y como futuros profesionales de la Sanidad es compleja. Está llena de incertidumbre y sin unas esperanzas de futuro consolidadas. Por un lado, los recortes en Educación y el aumento de tasas hacen que la calidad educativa se vea mermada y que resulte más difícil acceder a los estudios superiores, por otro, los reajustes en el SNS generan dudas sobre el futuro profesional y laboral.



Enrique Lázaro Fontanet

Me llamo Enrique Lázaro Fontanet y soy estudiante de 4º de Medicina en la Universitat de Barcelona, Campus de Bellvitge. Desde hace unos dos meses ostento la presidencia del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), asociación en la que llevo trabajando como representante de los estudiantes de mi facultad desde hace casi tres años.

La situación que tenemos actualmente, como estudiantes de Medicina y como futuros profesionales de la Sanidad, es compleja. Está llena de incertidumbre y sin unas esperanzas de futuro consolidadas.

Por un lado, los recortes en Educación y el aumento de tasas hacen que la calidad educativa se vea mermada y que resulte más difícil acceder a los estudios superiores. La universidad pública es la única que garantiza la equidad de posibilidades entre

El Máster en Medicina es aún un proyecto prometido y negociado con el Ministerio de Educación, pero sin fruto aparente

los estudiantes y es algo que no debemos olvidar. Por otro, los reajustes en el Sistema Nacional de Salud generan dudas sobre nuestro futuro profesional y laboral. La imposibilidad de encontrar empleo como mé-

dico en el Estado o tener unas condiciones laborales malas después de una formación tan amplia plantea la posibilidad a los estudiantes de, una vez terminado su proceso formativo, salir del

país para buscar una mejor situación laboral. Es algo preocupante para la profesión y debería serlo también para los pacientes, ya que la sociedad está invirtiendo unos recursos en formar unos titulados sin una recompensa real en la misma.

En este mar de inestabilidad, que tememos que se cronifique, los estudiantes no debe-

mos olvidar tantos otros temas que nos afectan directamente y que tenemos que solucionar.

El Máster en Medicina es aún un proyecto prometido y negociado con el Ministerio de Educación, pero sin fruto aparente. El año pasado se graduaron los primeros estudiantes con "Grado de Medicina" y sin la titulación de máster. La promesa del Ministerio es dar velocidad a este tema, pero tememos que caiga en el olvido. Pedimos velocidad y concreción, puesto que el problema de la propuesta no es de contenido, se encuentra estancado por asuntos meramente burocráticos.

Otro de los temas que más interesa a los estudiantes y nos repercute mucho a todos es la apertura indiscriminada de facultades de Medicina que se ha producido en los últimos años. Consideramos que el proceso mediante el que se está haciendo no es justificable y tememos que esto se esté produ-

ciendo por intereses de algunas ciudades o comunidades, u otros entes; y no por una necesidad real de profesionales. La educación no es un negocio, y no se debe jugar con el futuro y las esperanzas profesionales de los estudiantes, ni de Medicina ni de ningún otro ámbito. Por eso, proponemos al Ministerio de Sanidad, concretamente a la Comisión de Recursos Humanos, que haga un estudio riguroso y con perspectivas de futuro sobre la necesidad de profesionales médicos que permita evaluar si esta necesidad es real o si simplemente estamos engañando a los estudiantes.

Entendemos que en la situación actual, al existir 40 facultades de Medicina en todo el Estado, resulte difícil tomar medidas para controlar esto, pero tenemos que continuar luchando por ello, para que como mínimo no se abran más sin una justificación clara y demostrada.

La troncalidad afecta de lleno a los estudiantes de Medicina que están ahora en las facultades ya que seremos las primeras generaciones que nos veremos envueltos por este cambio de modelo en la formación especializada. El CEEM siempre ha mostrado su compromiso en trabajar con el Ministerio en este tema, y nos sentimos muy escuchados por parte del mismo. El posicionamiento del CEEM en troncalidad ha estado claro: "Troncalidad sí, pero con garantías de calidad". Es por ello que hemos analizado todos los borradores de troncalidad que se han propuesto y hemos presentado alegaciones a los mismos según nuestros posicionamientos y criterios. El compromiso del CEEM por la formación especializada de calidad y por los estudiantes es firme, y así ha demostrado.

Aunque hay muchas de las peticiones que vertebran el actual borrador de troncalidad que han estado defendidas por el Consejo desde hace tiempo y han sido admitidas, creemos que aún faltan muchos "fleclos por recortar". Algunos de estos detalles por definir, presentados en nuestras alegaciones, serían la definición de unidad docente troncal y la evaluación troncal, la concreción del acceso a las Áreas de Capacitación Específica, y demás.



Decidir sobre el reparto de las especialidades en troncos o la creación de ACE es un tema que no creemos que competa a los estudiantes decidir. Consideramos que no tenemos el conocimiento científico específico sobre el tema para mostrar una opinión firme y deberían ser los profesionales competentes en la materia los que opinen. No obstante, recomendamos al Ministerio que para evitar que esta discusión continúe alargándose, se elabore un mapa de competencias sobre cada especialidad con la finalidad de tener un documento de evidencia científica suficiente con el que poder organizar las especialidades con competencias comunes en troncos y defen-

der o no la creación de nuevas especialidades. Seguiremos mostrando nuestro interés en participar en este tema con el Ministerio y trabajando las diferentes propuestas que se elaboren.

El posicionamiento del CEEM en troncalidad ha estado claro: "Troncalidad sí, pero con garantías de calidad"

En relación al examen MIR también tenemos una opinión clara y ánimos de mejora y trabajo. El examen MIR hace tiempo que está definido y se

actualiza en cada convocatoria con pequeñas modificaciones que se ajusten a la búsqueda de los requisitos precisados. Tales son el requisito de conocimiento en lengua española por parte de los extracomunitarios no hispanohablantes, la introducción de un cupo para extracomunitarios



rios, la introducción de imágenes en las preguntas del examen, etc. No obstante, tras tanto cambio, creemos que es un buen momento para hacer una revisión general del examen. Dejar de hacer pequeñas modificaciones y trabajarlo todo, replanteándose incluso qué se pretende buscar con el examen MIR: si una mera clasificación de los estudiantes por un criterio objetivo o si además pretende evaluarlos.

Desde el Consejo, creemos que el examen MIR es una prueba meramente clasificadora y es por ello que estamos en contra de la medida puesta por el Ministerio de Sanidad en la convocatoria de este año acerca de exigir un mínimo porcentaje de preguntas respuestas correctamente para poder acceder a una especialidad. Es competencia de las facultades de Medicina la de evaluar a los egresados que salen de ellas con el título de médico y del Ministerio de Educación el de dar validez a los títulos obtenidos fuera del Estado Español, con lo cual no entendemos esta función que se le ha querido otorgar al examen MIR en esta convocatoria. En caso de que esto quisiera hacerse, proponemos revisar todo el examen de punta a punta, haciendo una actualización intensa y por la cual pedimos que se escuche a los profesionales, a expertos en educación médica y a los estudiantes.

Sobre la situación de la educación médica, teníamos la esperanza de que Bolonia fuera el momento para cambiar el paradigma que hay actualmente, dejarse de centrar exclusivamente en la teoría durante el periodo estudiantil e introducir más competencias y habilidades de una forma más precoz, pero la verdad es que creemos que esta posibilidad se ha desaprovechado. No obstante, esto no significa que tiremos la toalla, desde el Consejo tenemos el compromi-

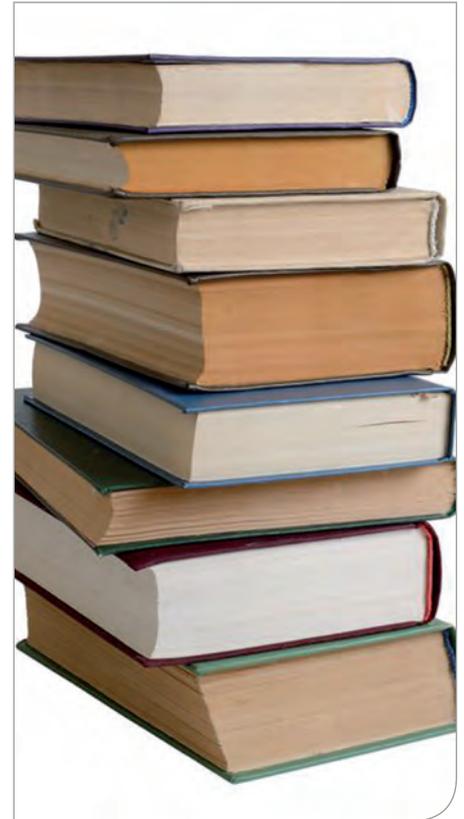
so de trabajar con las facultades y los decanos para mejorar la educación médica ofrecida en ellas, centrarse tanto en la teoría como en las habilidades, y preparar a los estudiantes para el ejercicio profesional al que se van a enfrentar. También hay que ampliar la formación ofrecida, no solamente en aquellos temas puramente científicos o técnicos, sino también enseñar de forma precoz en las facultades habilidades comunicativas, gestión clínica, manejo emocional de uno mismo, aspectos bioéticos del paciente, etc., con la finalidad de tener profesionales con un conocimiento más amplio y más preparados.

Aunque, como decimos, se ha desaprovechado esta oportunidad aún hay esperanzas para cambiar esto y desde el Consejo trabajamos activamente en la mejora de la educación médica.

En relación a la docencia que se imparte en las facultades, también estamos interesados en que los estudiantes tengan una visión global de la Medicina. Creemos que deben conocer las salidas profesionales que tienen, refiriéndonos a asistencia, investigación y docencia. Las facultades de Medicina deben velar para que el estu-

diente se integre en dichas actividades y que pueda complementar con éxito tu formación de grado. Sobre la asistencial, el estudiante de Medicina debe ser considerado como un integrante más del equipo médico del hospital universitario, algo que en muchos hospitales y servicios no se tiene previsto y afecta negativamente en el aprendizaje práctico

del estudiante. Criticamos profundamente este tipo de conductas por parte de algunos profesionales y estamos trabajando en que se regule la figura del estudiante de Medicina en prácticas por parte del Ministerio de Sanidad para evitarlo.



Estos y tantos otros problemas y asuntos son los que afectan a los estudiantes de Medicina hoy en día, una vorágine de incerteza e incertidumbre en muchos campos, pero que no debe ser desesperanzador en ninguno de los casos.

Desde el Consejo queremos reiterar nuestro compromiso de trabajo y esfuerzo en pro de la calidad educativa y de las oportunidades que se ofrecen a los estudiantes de Medicina, que como finalidad última recaerá en la mejora de la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes. La finalidad del ejercicio profesional del médico es curar y sanar al paciente, con el que adquiere un compromiso muy importante, y desde el CEEM nos sentimos comprometidos con la tarea profesional que llevaremos a cabo en un futuro, y en consecuencia, con nuestros futuros pacientes. Debemos estar lo mejor preparados posible para poder afrontar con éxito nuestro devenir profesional y personal, y debemos ser nosotros los primeros interesados en ello.

Con esperanza e ilusión, por el futuro de la Medicina ■

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

4,8 CRÉDITOS

Módulo 2 Derechos en relación con estudio/diagnóstico

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

MÓDULOS 2-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

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



Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

Numerosas leyes reconocen los derechos de los pacientes, como el derecho a la información, el consentimiento informado o la intimidad de la información relativa a la salud, pero los médicos también están asistidos por una serie de derechos a lo largo del proceso asistencial, cuyo conocimiento permitirá el desarrollo de una actividad más justa, más segura y de mayor calidad, redundando en un evidente beneficio tanto para el paciente como para el profesional.

Texto | Ana Montero



REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

Javier Moreno Alemán y Eduardo Asensi Pallarés, presidente ejecutivo y socio director, respectivamente, de Asjusa Letramed, referente en España en derecho sanitario y farmacéutico, explican cómo el hecho de que el derecho sanitario se haya centrado más en el análisis de cuáles son los derechos de los pacientes y, en consecuencia, las obligaciones de los médicos, ha favorecido que se analicen las posturas de unos y otros como si estuvieran enfrentadas, cuando en realidad no debe ser así. Y es que el enfoque y el análisis ha de ser integrador de ambas posturas, tal y como ha aseverado Javier Moreno, “en no pocas ocasiones, los derechos de los médicos se han entendido como una herramienta de defensa, o incluso de ataque, contra los pacientes, y todo lo contrario, entendemos que es esencial que el médico conozca sus derechos para que desde dicha información, pueda llevar a cabo un ejercicio de la profesión más tranquilo y seguro y que ello redunde en beneficio del paciente y de la seguridad de éste”.

La bioética y la abundante normativa reguladora de la actividad asistencial se ha centrado, en no pocas ocasiones, en los derechos de los pacientes (información, consentimiento informado, confidencialidad, etc.), pero los médicos también están asistidos por una serie de derechos a lo largo del proceso asistencial. El derecho a la objeción de conciencia; los derechos del médico en las relaciones interprofesionales; los derechos que integran la *lex artis*, entre los que destacan los relacionados con el secreto médico y la confidencialidad de los datos clínicos, son algunos de los aspectos que más preocupan a los profesionales sanitarios.

En este contexto, dentro de los derechos personales del médico, hay que referir el derecho al libre ejercicio de la profesión, los derechos que asisten a los diversos profesionales que integran los equipos asisten-

ciales, tanto en sentido horizontal (relación entre médicos especialistas con idéntico nivel de cualificación), como en sentido vertical (relaciones jerárquicas entre profesionales sanitarios, relaciones con los MIR, etc.), que pueden generar conflictos que el

Según una encuesta realizada por EL MÉDICO INTERACTIVO a 3.000 médicos de toda España, más del 50 por ciento de los consultados cree encontrarse muy indefenso en el desarrollo del ejercicio profesional

legislador invita a resolver por la vía del pacto interprofesional; el derecho a la salvaguarda del honor y el prestigio profesional, donde el médico cuenta con mecanismos legales para prevenir, minimizar o detener el posible daño; el derecho a la objeción de conciencia; el derecho a la protección de la salud; y el derecho a la protección frente a amenazas, injurias y agresiones.

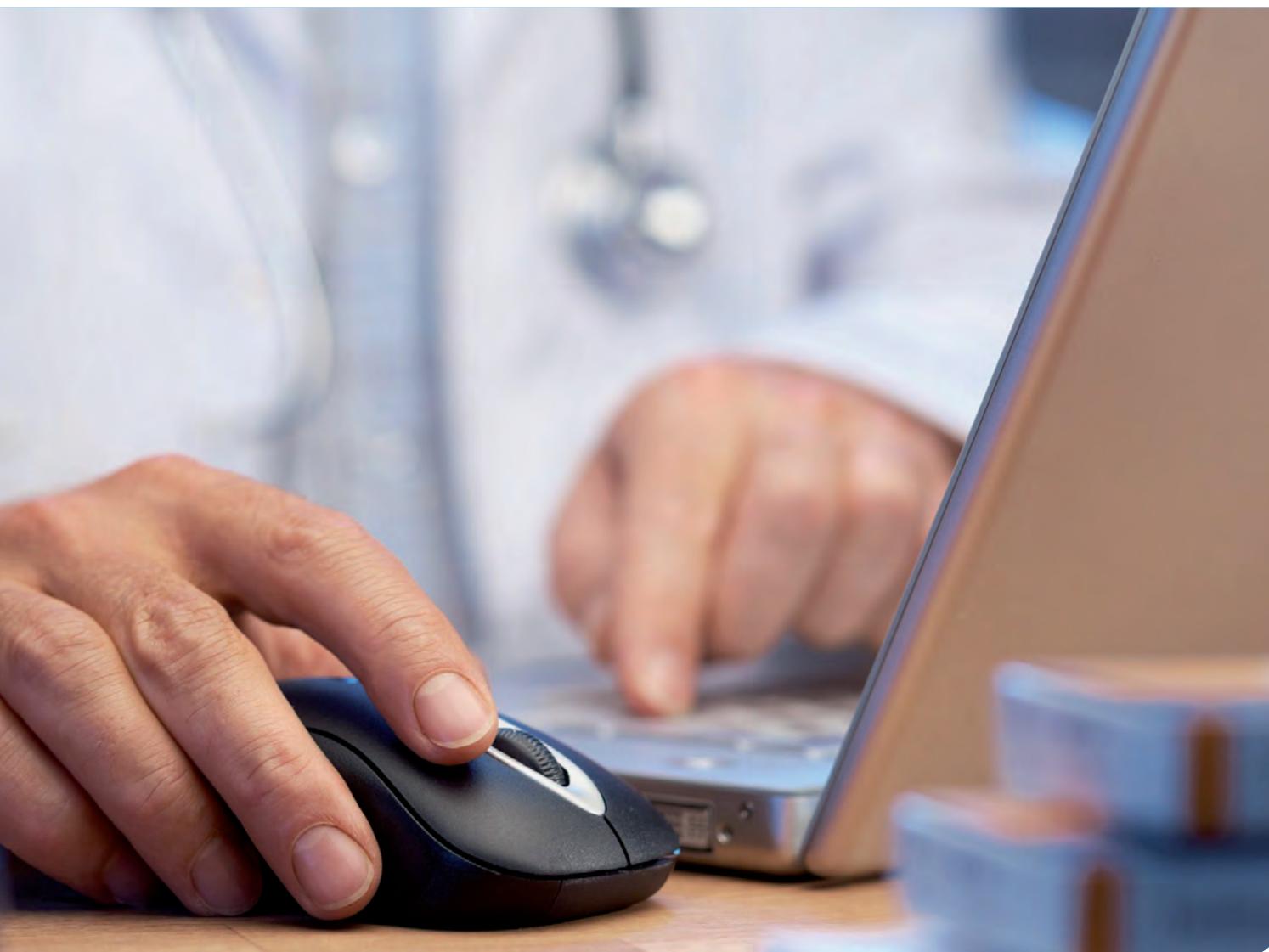
En este último caso, es importante señalar que la presión asistencial ha generado el aumento de fenómenos de agresión al personal sanitario; en este marco, surge el derecho del médico a la protección frente a amenazas, injurias y agresiones y la progresiva labor en el fomento de la protección jurídica del personal sanitario por parte de diferentes instancias autonómicas, colegiadas y judiciales. Al hilo, uno de los cambios recientes más significativos en el enjuiciamiento de los episodios violentos contra el personal sanitario adscrito al sistema público de salud ha sido el reconocimiento por parte del Tribunal Supremo de la condición de “autoridad pública a todos los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones”. Sin embargo, en relación con los profesionales sanitarios que prestan servicios en la privada, no existe una valoración equivalente en este sentido, por lo que resulta una asignatura pendiente la protección de este colectivo frente a las agresiones o amenazas.

“En la Sanidad pública es donde se producen la mayoría de este tipo de conductas violentas, con un 89 por ciento de los casos, mientras que en el sector privado se ha producido el 11 por ciento restante, porcentaje



que ha aumentado respecto a 2010, año en el que se registraron el 9 por ciento de los casos en el sector privado frente al 91 por ciento que se produjeron en el sector público”, ha recordado Moreno Alemán, quien también ha explicado que el bien jurídico protegido en el delito de atentado es el orden público, entendido como aquella situación que permite el ejercicio pacífico de los derechos y libertades públicas y el correcto funcionamiento de las instituciones y organismos públicos, por tanto, no es el profesional concreto e individualizado quien se ve protegido por la consideración de autoridad pública sino la función que representa. En este sentido, la jurisprudencia ha empleado un criterio muy amplio y, en general, ha entendido que son funciones públicas las realizadas por entes públicos, con sometimiento al Derecho público y desarrolladas con la pretensión de satisfacer intereses públicos.

Sin embargo, en el ámbito privado, es compleja la consideración de autoridad pública porque no se actúa por cuenta del interés



general sino de las directrices de un determinado marco empresarial. En definitiva, “es difícil que al médico que ejerce en la Medicina privada se le considere autoridad pública, pero es importante avanzar en garantizar el respeto del profesional médico sea cual sea el ámbito de su actuación profesional, pues todos actúan en interés de la salud, y proteger la relación de confianza médico-paciente”, concluía Moreno Alemán.

Del mismo modo, aunque sólo podrán ser consideradas delito de atentado las agresiones o acometimientos más graves, los tribunales vienen reconociendo medidas de protección adicionales a los profesionales agredidos, tales como la prohibición de comunicación del paciente agresor con el profesional agredido, sin merma, por supuesto, del derecho a la asistencia del agresor.

Por ello, es de capital importancia que la adopción de medidas dirigidas, por un lado, a formar a los profesionales en la defensa de sus derechos y, por otro, a concienciar y educar a los pacientes sobre los usos, lími-

tes y finalidades de los distintos recursos sanitarios.

“Aunque en pocos años ha habido avances importantes en la protección jurídica de los profesionales sanitarios ante agresiones, no podemos darnos por satisfechos, pues el problema no está, ni mucho menos, resuelto. De hecho, en 2011, las agresiones al colectivo médico se incrementaron en un 9,2 por ciento respecto de 2010, según datos del Observatorio de Agresiones de la OMC, que recoge los hechos de violencia notificados que los médicos sufren en el ejercicio de su profesión en toda España, recopilados a través de los 52 colegios oficiales de médicos que representan a un colectivo de 225.000 profesiona-

les”, ha recordado el experto, quien también ha añadido que existen programas de atención, fundamentalmente jurídica, a profesionales sanitarios víctimas de agresiones en muchos servicios autonómicos de salud, del

que es un buen ejemplo el Plan Perseo para los profesionales sanitarios del SESCAM.

“Se trata, además, de implantar medidas preventivas, acciones concretas que eviten las situaciones conflictivas que pueden degenerar en situaciones de violencia. Es muy importante que

desde las instituciones se fomente el respeto al profesional”, ha manifestado el presidente de Asjusa, pero este tema es también responsabilidad de las asociaciones de pacientes: “Es preciso que los usuarios conoz-

**Javier Moreno Alemán,
presidente ejecutivo de
Asjusa Letramed: “Es
esencial que el médico
conozca sus derechos para
que pueda llevar a cabo un
ejercicio de la profesión
más tranquilo y seguro
y que ello redunde en
beneficio de la seguridad
del paciente”**



REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

can sus derechos pero también sus deberes, así, el paciente debe aceptar la decisión médica con respeto, puesto que la indicación que hace el profesional siempre debe asumirse que busca el mayor beneficio del paciente”, señalaba Moreno Alemán, del mismo modo que argumentaba que los profesionales pueden prevenir estas situaciones conflictivas introduciendo mejoras en la información asistencial, “ésta debe ser clara, comprensible cercana y basarse en la mutua confianza”.

Derecho a la objeción de conciencia

Otro de los derechos de los médicos es el derecho a la objeción de conciencia, una figura jurídicamente muy compleja y que, según los expertos, su solución traspasa las propias fronteras de la Medicina. En este sentido, el Código de Deontología Médica (CDM) de 2011 recoge una definición de objeción de conciencia que se expresa como la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia. De este modo, para que pueda hablarse de objeción de conciencia debe concurrir un previo deber legal, si bien es cierto que existen algunos casos muy comunes en los que se emplea el término objeción de conciencia de manera errónea, como sería la negativa de un paciente a tratarse médicamente.

“La objeción de conciencia, en sí, es un tema polémico, ya que, en su ejercicio surge un conflicto de intereses. Por una parte, el profesional sanitario debe cumplir lo mandado en el ordenamiento jurídico sobre su actividad y, por otro, entiende que su cumplimiento es incompatible con el respeto a un determinado valor ético o moral percibido por su propia conciencia”, ha manifestado Eduardo Asensi.

Nuestra Constitución solamente regula la objeción de conciencia al servicio militar (artículo 30), el problema entonces es determinar en qué casos se admite y en cuáles no: una posibilidad es que sea el Parlamen-

to el que, a través de una ley, determine en qué supuestos pudiera admitirse la objeción de conciencia (así lo ha establecido expresamente la Ley Orgánica 2/2010 en la interrupción voluntaria del embarazo-IVE), o bien que sean los tribunales los que en cada caso concreto decidan.

Otra cuestión de máximo interés es determinar si sólo es posible la objeción a título individual o si es posible la objeción a través de colectivos. Asensi explicaba que si bien es cierto que, tradicionalmente la objeción de conciencia se ha venido considerando un derecho de ejercicio personalísimo (el propio CDM en su artículo 32.2 establece que “no es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”), el Tribunal Constitucional (TC) ha ido admitiendo otras modalidades de objeción de conciencia en base a la libertad ideológica y religiosa del artículo 16 de nuestra Constitución. Como dichas libertades, a criterio del TC, tienen una dimensión tanto individual como

colectiva, difícilmente se puede negar la objeción de conciencia a personas jurídicas (colegios profesionales, sindicatos profesionales, etc.), pues dichas libertades se ejercen tanto en el plano individual como en el plano colectivo. “Ahora bien, no hay que dejar de reconocer que la objeción de conciencia en su dimensión colectiva resulta muy compleja desde el punto de vista práctico y no puede amparar ejercicios abusivos de tal derecho”, ha concluido el experto.

Respecto a quiénes pueden objetar, la Ley Orgánica 2/2010 recoge una regulación específica de la objeción de conciencia en IVE, según la cual, solamente podrán objetar los profesionales directamente involucrados en la práctica de dicha interrupción. De este modo, sólo se le reconocería al personal sanitario y, en concreto, al que la norma discutida obliga a hacer algo contrario a su conciencia. Afectaría, por ejemplo, al personal facultativo o no facultativo en el tema del aborto, pero no al personal administrati-



vo. Por lo que al personal de Enfermería se refiere, una sentencia de un Tribunal Superior de Justicia de 1998 declaró que la participación de las matronas en actos tales como la administración de anestesia y oxitocina o el control de constantes vitales durante la práctica del aborto suponen contribución necesaria y, por tanto, cabe admitir la objeción de conciencia.

Así pues, la objeción de conciencia representa, en sí misma, un conflicto, cuya solución pasa por una decisión ponderada que garantice tanto la libertad ideológica del objetor como los derechos del usuario. Se trataría, en el ámbito sanitario, de fijar límites para evitar un ejercicio abusivo del derecho por parte de los profesionales sanitarios que pueda afectar negativamente a los derechos de los pacientes.

De este modo, en IVE, la Ley Orgánica 2/2010 dispone que el ejercicio de la objeción de conciencia no puede hacerse con

menoscabo de los derechos de acceso y a la calidad asistencial de la prestación de los que es titular la mujer embarazada, así pues, la objeción de conciencia no alcanza al deber de informar a la paciente, aunque en alguna comunidad autónoma se ha permitido que los médicos de Atención Primaria objeten en relación al deber de informar a la mujer acerca de la práctica del aborto y de cómo ha de actuar para acceder a dicha prestación.

Otro límite a la objeción de conciencia vendría referido al deber del médico de actuar respecto de las complicaciones derivadas de la práctica del aborto. “Una vez se ha practicado el aborto, no cabe extender la objeción de conciencia más allá, de modo que las incidencias producidas por el aborto no quedarían amparadas por la objeción de conciencia”, ha matizado Asensi. Así se ha reconocido por nuestros tribunales, por la propia Ley Orgánica 2/2010 -“en todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”- y por el CDM, en su art. 34.3, “aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada”.

Por lo que se refiere a la objeción en AP, en la prescripción de la píldora postcoital, no existe ninguna norma que recoja una previsión específica al respecto, aunque sí existe alguna decisión judicial que sí parece am-

pararlo. En este sentido, el art. 28 del Código de Ética y Deontología de la Profesión Farmacéutica dice que “la responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta

para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y a la salud del paciente”; en todo caso, tal objeción no podría ir en detrimento del derecho de la mujer a recibir dicha prestación, de modo que, en tales casos, recaería sobre la Administración un deber de garantizar

la misma, sin perjuicio del debido respeto a la objeción.

Otro derecho esencial de los médicos es el derecho a la salud laboral del médico, donde cobra especial importancia la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. En este ámbito, en general, los riesgos laborales que más preocupan a los profesionales, como ha evidenciado Asensi, son aquellos relacionados con

las agresiones, la fatiga mental y el estrés, lo que se traduce en mayor riesgo laboral, menor rendimiento y elevado absentismo laboral. De hecho, muchos médicos de AP refieren haber sufrido problemas psicológicos asociados a

la actividad laboral, en mucha mayor medida que los accidentes biológicos o las enfermedades cardiovasculares. En este sentido, “las instituciones deben adoptar planes de prevención de riesgos laborales, que incluyan vigilancia de la salud y formación e información a los profesionales en materia de salud laboral”, en palabras del experto, quien, del mismo modo, ha identificado que los factores de riesgo están relacionados con el lugar de trabajo y el ambiente labo-

Una de las novedades más importantes en materia de información es la necesidad de informar al paciente incapaz, en función de su grado de entendimiento, siendo responsabilidad del médico que presta la asistencia emitir ese juicio de capacidad

La responsabilidad deontológica no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipos asistenciales, y esta forma de trabajo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas





REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

DERECHOS DE LOS MIR

No exento de problemática legal está también la figura del residente, de hecho, según la Asociación Española de Médicos Internos Residentes (AEMIR), en torno al 12,5 por ciento de los residentes se han visto involucrados en reclamaciones o denuncias como consecuencia del ejercicio de su actividad. Las dos cuestiones fundamentales sobre las que, tradicionalmente, ha pivotado la problemática legal de los residentes han sido: la supervisión (según AEMIR el 33,7 por ciento de los residentes sólo está supervisado durante parte de la guardia y el 10,5 por ciento no tiene ninguna supervisión) y la capacidad legal de firmar informes de alta, concretamente, según esta misma fuente, el 37,9 por ciento de las altas las rubrica el MIR a falta de un adjunto.

Entiende Javier Moreno que el nuevo marco normativo que regula la figura del residente (Real Decreto 1146/2006 y Real Decreto 183/2008, en relación con la LOPS) ha resuelto muchos de los puntos críticos que afectaban negativamente a la responsabilidad profesional de los MIR. En primer lugar, se ha aclarado que el residente tiene facultades legales para llevar a cabo tareas asistenciales, "no son simples educandos", como ha matizado, si bien dicha actividad debe ser tutelada y supervisada por el tutor y demás especialistas, quienes asumirán la responsabilidad del residente si no cumplen con los deberes de instrucción, supervisión y control. Eso sí, la supervisión de presencia física queda limitada tan sólo al primer año, siendo a partir del segundo año decreciente la supervisión, a medida que el MIR va asumiendo progresivamente responsabilidades según avanza el programa formativo. En cualquier caso, es evidente que este sistema basado en la asistencia tutelada, controlada y supervisada tiene, lógicamente, que llevar consigo cierto grado de autonomía para el médico en formación, cuyas actuaciones no pueden siempre ser controladas por el adjunto.

Por lo que se refiere a la polémica de si el residente puede o no firmar altas, con los RD 1146/2006 y 183/2008 se resuelve la misma, pues ambas normas dejan claro que los residentes la capacidad de firmar altas, si bien esta facultad queda condicionada durante el primer año de residencia a la supervisión de presencia física y al visto bueno del adjunto en los informes de alta.

A criterio de Moreno Alemán, la normativa reguladora de la actividad del residente ha aportado seguridad jurídica y con ella se habrían evitado numerosas condenas basadas en la falta de capacidad asistencial del MIR, en la exigencia de supervisión de forma permanente hasta la finalización del periodo de residencia, o en la falta de capacidad legal para firmar informes de altas.

ral, o con factores de la propia organización o con la interacción con materiales químicos o biológicos.

En la esfera de la organización del trabajo, el ritmo de trabajo y la falta de posibilidades de promoción, son otros factores capaces de alterar el bienestar del médico trabajador, ha apuntado Asensi. Asimismo, el riesgo de contraer infecciones es otro factor de salud laboral, precisamente frente al que mayores medidas preventivas se adoptan. El desconocimiento de los riesgos derivados de la actividad laboral y de las medidas pre-

ventivas pre y post-exposición constituyen en sí mismos un factor de riesgo laboral, en la medida en que difícilmente se van a adoptar, ante un riesgo cuya existencia se desconoce, medidas preventivas. De esta forma, el médico debe estar informado de los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto, como a cada tipo de puesto de trabajo o función, de las concretas medidas y actividades de protección y prevención aplicables. Además tiene derecho a participar en las cuestiones que afectan a la seguridad y a la salud en el trabajo.

Igualmente, el médico tiene derecho a recibir formación teórica y práctica adecuada en materia preventiva.

Derechos del médico entre sí y en relación con otros profesionales

El CDM dedica un capítulo a regular las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios, fijando un breve catálogo de derechos-deberes de las relaciones personales y profesionales de los médicos. Así, se regula el derecho-deber de confraternidad y al mismo se le otorga la máxima importancia, pues sobre él sólo se establece la preferencia de los derechos del paciente. Este derecho-deber se concreta en que los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fue la relación jerárquica que exista entre ellos; tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas; se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas; las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público; se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega; compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes... En definitiva, los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología no habitual.

Además, el CDM establece un derecho-deber de no interferencia en la atención que un médico esté dispensando a un paciente, no considerándose interferencia la atención de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, aunque advertirá al paciente del perjuicio de una asistencia médica múltiple no consensuada. Por lo que se refiere a los derechos en relación con la segunda opinión, cuando el médico considere necesario una segunda opinión, puede proponer al colega que considere más adecuado como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difieren sustancialmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente queda liberado de continuar su asistencia. Estos

derechos del médico deben entenderse sin perjuicio de la regulación que cada servicio de salud haya establecido para dar cauce al derecho del paciente a una segunda opinión dentro del Sistema Nacional de Salud.

Además, el CDM configura el derecho a no ser discriminado por parte de los médicos que ostentan cargos directivos.

Por otro lado, la responsabilidad deontológica no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipos asistenciales y esta forma de trabajo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas. En opinión de Javier Moreno Alemán, el concepto de equipo que manejan nuestros tribunales es más amplio del que se establece por la propia norma, así los tribunales vienen entendiendo por equipo médico el formado por todos aquellos profesionales, médicos (de distintas especialidades), per-

sonal sanitario auxiliar y médicos en formación que, de forma simultánea o sucesiva, atienden al paciente en un determinado proceso asistencial.

Así, el ejercicio de la Medicina en equipo, tal y como entiende Moreno Alemán, genera un complejo entramado de derechos-deberes entre los que integran el equipo médico y, además, tiene consecuencias importantes sobre la responsabilidad profesional, ya que es necesario modular la responsabilidad de cada uno de los miembros -facultativos y auxiliares- que integran el equipo y cuando no se puedan individualizar las responsabilidades de los miembros del equipo médico,

La objeción de conciencia representa, en sí misma, un conflicto, cuya solución pasa por una decisión ponderada que garantice tanto la libertad ideológica del objetor como los derechos del usuario

responderán todos de manera solidaria. La modulación de estas cuestiones se ha efectuado sobre la base de dos principios ya consolidados en nuestro Derecho, como son

el principio de confianza y el principio de división del trabajo o de la propia responsabilidad. Estos dos principios, cuyo origen está en la doctrina de los tribunales, han encontrado plasmación legal en Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), según el cual,

cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso, al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de la accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

En este aspecto, al jefe del equipo médico le corresponden, además de las funciones propias de su especialidad, las tareas de instrucción, coordinación, control y vigilancia de las actuaciones de los subordinados. Sin embargo, a criterio de Javier Moreno, “no puede recaer en el jefe del equipo toda la responsabilidad por cada uno de los actos de sus colaboradores, porque estos gozan de una amplia autonomía dentro de sus funciones específicas”.

Por lo que se refiere al personal de Enfermería, debidamente delimitadas sus funciones, éste será plenamente responsable de las irregularidades que se produzcan en el ámbito de sus competencias propias, pues el ejercicio de las profesiones sanitarias se establece con plena autonomía técnica y científica.

Derechos en relación con la información y el consentimiento

Desde la entrada en vigor de la Ley





REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

PERCEPCIÓN SOBRE LOS DERECHOS

Según una encuesta sobre la "Evaluación de la percepción del conocimiento que tienen los médicos de sus derechos", realizada por EL MÉDICO INTERACTIVO entre mayo y junio de 2011, a 3.000 médicos de toda España, 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. 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. Ante la respuesta múltiple de quién debería defender sus derechos, los consultados consideran que la institución para la que trabajan en un 88'2 por ciento y los colegios profesionales el 90'5.

El 6,5 por ciento sabe mucho sobre sus derechos; un 48,3 por ciento regular; y un 45,1 por ciento reconoce saber poco sobre sus derechos. Asimismo, un 74,4 por ciento de los entrevistados reconoce que sabe cuáles son sus derechos ante los pacientes; un 66,3 por ciento refiere que sí conoce cuáles son ante los familiares de sus pacientes; un 73,8 por ciento sabe cuáles son ante la institución para la que trabaja; y un 63,7 por ciento sabe cuáles son sus derechos ante otros profesionales.

En dicha encuesta se recoge también que un 69,8 por ciento de los encuestados no sabe si estos derechos se plasman en alguna normativa concreta; que el 54,1 por ciento reconoce que para el ejercicio de estos derechos no sabría a quién dirigirse; que el 51 por ciento cree que la institución para la que trabaja le respalda poco en el ejercicio de estos derechos; y que el 67,4 por ciento cree que con una normativa clara y concisa acerca de sus derechos como médico mejoraría su ejercicio.

Del mismo modo, en el informe se refleja que el 46,9 por ciento de los profesionales considera que la falta de conocimiento de sus derechos en la asistencia contribuye a la práctica de una Medicina defensiva; que es la fase de tratamiento y seguimiento del paciente la que mayores dudas origina respecto al ejercicio de estos derechos, con un 51,2 por ciento, y la de información asistencial y consentimiento la que menos; y, en definitiva, que el 97,7 por ciento tiene interés en adquirir un mayor conocimiento acerca de sus derechos.

41/2002, hace diez años, se ha transformado la relación médico-paciente en materia de información y consentimiento. El principal cambio de la Ley 41/2002 es que los deberes información y documentación integran la *lex artis* de los profesionales, en el mismo plano que la correcta prestación de sus técnicas. En análogo sentido se pronuncia el CDM de 2011.

La información y el consentimiento informado han calado en la práctica asistencial, generalizándose, y profesionales y pacientes son conscientes de su importancia. De hecho, según afirma Javier Moreno Alemán, "buena parte de las reclamaciones que se interponen por la asistencia, traen causa o están relacionadas con defectos en la infor-

mación y en el consentimiento informado". Ahora bien, en opinión del experto, hay que evitar los excesos de formalismo en relación con el documento de consentimiento informado y prestar más atención a la realidad de la información.

El médico debe respetar la voluntad del paciente de no ser informado y/o de no informar a familiares o relaciones de hecho; asimismo, por privilegio terapéutico, el médico puede actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas, el conocimiento de su situación pueda perjudicar gravemente la salud del paciente, lo que comunicará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho y lo anotará en la historia clínica. Finalmente,

el médico tiene derecho a comunicar datos sobre la salud de un paciente sin su autorización, cuando estos afecten a la Salud Pública y a la colectividad.

El paciente, una vez recibida la información de forma adecuada, en ejercicio de su autonomía, será quien decida sobre las propuestas de diagnóstico y tratamiento y, caso de rechazarlas, el médico puede desistir de la asistencia, una vez que haya informado al paciente de las consecuencias de abandonar la asistencia.

Una de las novedades más importantes en materia de información es la necesidad de informar al paciente incapaz, en función de su grado de entendimiento, siendo responsabilidad del médico valorar el grado de competencia. Uno de los errores más frecuentes, tal y como señala Moreno Alemán, es pensar que la valoración de la capacidad del paciente le corresponde, en todo caso, al psiquiatra, cuando lo cierto es que debe ser el médico que presta la asistencia quien debe emitir ese juicio de capacidad.

Respecto a lo derechos en relación con la documentación clínica, el médico tiene derecho de confección, acceso, custodia y conservación de la misma, y debe disponer de los medios para ello. Por lo que se refiere a la titularidad de la historia clínica, "a lo largo de los años se ha producido un debate en torno a la propiedad intelectual de la historia clínica; de hecho, históricamente se consideraba únicamente como un instrumento de trabajo del médico, del que era su legítimo propietario, por tanto, era sólo él el que accedía y disponía de la misma". La Ley General de Sanidad y, especialmente, la Ley 41/2002 zanjaron el debate de la titularidad de la historia clínica, pese a no hablar en términos de propiedad sino de acceso, en el artículo 18.1 se establece que el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que en ella se contienen. "Ya no importa de quién es la historia clínica, sino quienes tienen acceso a ella", ha concluido el experto.

Ahora bien, destaca Javier Moreno, "el acceso tanto para profesionales como para pa-

cientes, está sujeto a límites”. En efecto, sólo podrán acceder a la historia clínica aquellos profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente, sin perjuicio del acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos o de Salud Pública, y el personal de administración y gestión sólo podrá acceder a aquellos datos que sean necesarios para el desarrollo de sus funciones. Incluso el paciente puede negar la posibilidad de transmisión de sus datos a otros profesionales, tanto del mismo nivel asistencial como de otros niveles, en cuyo caso el médico debe respetar la decisión del paciente, si bien debe informarle de las consecuencias asistenciales que puede conllevar su decisión y dejar constancia en la historia clínica de la voluntad expresa del paciente.

En relación con el acceso de los profesionales sanitarios, destaca el experto, si bien las nuevas tecnologías facilitan el acceso de éstos a las historias clínicas, deben evitarse los accesos indebidos, que quedan registrados en los sistemas informáticos y pueden ser fuente de conflictos.

Por otra parte, el paciente tiene limitado su acceso a las anotaciones subjetivas del médico. Estas anotaciones no están exentas de problemas, por un lado, el propio concepto de anotaciones subjetivas, pues a veces se pretende calificar como subjetivas anotaciones que, en realidad, son impropias de una historia clínica y, por otro, las dificultades que supone la entrega al paciente de la historia clínica sin dichas anotaciones.

Según Javier Moreno, “en muy pocos años se ha observado una mejoría considerable en la calidad de las historias clínicas y posiblemente tenga que ver con la cuestión del acceso, así como con la judicialización de la asistencia; así se corre el riesgo de que los profesionales complimenten la historia clínica pensando que la misma puede acabar siendo un medio de prueba en un proceso judicial. Esto es, a nuestro entender, erróneo pues la

historia clínica es ante todo y sobre todo un instrumento de trabajo del médico que refleja las actuaciones de los profesionales en relación con un paciente y que facilita la continuidad asistencial, aspecto éste esencial en una Medicina que se ejerce de

forma generalizada en equipo; estos y no otros deben ser los criterios que se empleen en cumplir las historias, evitando anotaciones defensivas”.

Por lo que respecta a los certificados

médicos, el médico tiene derecho a negarse a emitir certificados tendenciosos, no veraces o cuando su contenido exceda de su competencia; tiene derecho a negarse a entregar el certificado a persona distinta del peticionario; y le ampara el derecho a negarse a emitir y entregar certificados médicos a las compañías aseguradoras sin consentimiento explícito del paciente. Igualmente, el médico tiene derecho a no emitir

Otro derecho esencial de los médicos es el derecho a la salud laboral, donde cobra especial importancia la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales





REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

el certificado de defunción para los familiares o personas vinculadas cuando conozca o tenga indicios de muerte violenta.

Guías clínicas y protocolos

Los tribunales, acertadamente, en opinión de Javier Moreno Alemán, reconocen que existe un margen de discrecionalidad dentro de la actuación en el ámbito asistencial, ya que “los protocolos no tienen efectos jurídicos vinculantes”, por lo que si bien es recomendable su uso, se presume que la actuación que es conforme a protocolos se ajusta a la *lex artis*, siempre adaptándose a las circunstancias del paciente y a los medios asistenciales de los que se disponga, ello no impide que el profesional dentro de su derecho a la libertad en el ejercicio profesional actúe conforme a su criterio que, en muchas ocasiones, puede no estar justificado en una guía clínica.

El uso generalizado de los protocolos puede favorecer prácticas de Medicina defensiva, “es una consecuencia que debe contemplarse, la aplicación generalizada de protocolos puede determinar la realización de pruebas y la prescripción de tratamientos que, tal vez de manera individualizada, y bajo el prisma de la experiencia profesional el médico no pautaría”, ha expuesto Moreno Alemán. Es muy importante, tener presente que hay que adaptar el protocolo a las circunstancias concretas del paciente y a los medios disponibles en un determinado contexto. En este sentido, podría decirse que el peor protocolo es el que las condiciones concretas del centro o de los profesionales no permiten su aplicación, pues establece un estándar de conducta inalcanzable, según ha concluido el experto.

Derecho al secreto médico y confidencialidad de los datos

Secreto médico y confidencialidad son, al

mismo tiempo, derechos y deberes, tanto desde el punto de vista ético, como desde el punto de vista legal. En este sentido, si bien es cierto que en el día a día de los centros sanitarios que albergan datos de salud, el tratamiento de los mismos obedece

El Código de Deontología Médica regula el deber de confraternidad y al mismo se le otorga la máxima importancia, pues sobre él sólo se establece la preferencia de los derechos del paciente

a fines legítimos, no es menos cierto que tales fines no pueden justificar un trato discrecional y arbitrario de dicha información, sin contemplar la obligación del deber de secreto que pesa sobre los propios profesionales y los centros, como responsables de dicha información. Además, estas obligaciones de secreto y confidencialidad también exigen que se adopten por los responsables medidas de seguridad, so pena de que una pérdida o revelación a terceros no autorizados de este tipo de información puede, al margen de constituir distintas infracciones legales, conllevar importantes perjuicios para los afectados.

Respecto a las implicaciones legales de la revelación de secretos médicos, Eduardo Asensi señalaba que “desde el juramento hipocrático hasta nuestros días, el secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, inherente al ejercicio de la profesión y basado en la mutua confianza, revelar un secreto médico puede tener implicaciones muy graves, y responsabilidad de muy diversa índole”. Comenzando por lo más grave, el Código Penal castiga la infracción del deber de secreto con pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años. Asimismo, y de manera incluso concurrente, supone una infracción de tipo disciplinario muy grave, punible tanto desde el punto de vista deontológico por el colegio profesional o, tras un procedimiento sancionador, por la Administración. Además, frente a la revelación de secreto médico cabe interponer deman-

da civil y exigir indemnización de daños y perjuicios en función del daño que haya supuesto la violación del derecho fundamental al honor del paciente.

Respecto a la excepción a la obligación de mantener el secreto profesional, según Asensi, “no se trata de un derecho absoluto, de hecho existen circunstancias en las que el médico está habilitado para revelar a un tercero información personal de un paciente sin su consentimiento previo. Entre otros, cabe hacerlo en supuestos de enfermedades de declaración obligatoria; en certificaciones de nacimiento y defunción, cuando con el silencio del médico se diera lugar a un perjuicio del paciente o de otras personas o a un peligro colectivo; cuando el médico se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente; en casos de malos tratos o de conocimiento de un supuesto hecho delictivo; cuando sea llamado por el colegio profesional para testificar en materia disciplinaria; y en todos aquellos supuestos por imperativo legal”.

De este modo, el respeto a la intimidad y a la confidencialidad con el paciente no están reñidos con el derecho y deber del médico de comunicar determinados diagnósticos y es aquí donde está la clave de la polémica. “La discusión viene determinada por el conflicto de intereses que puede surgir por un lado, entre el respeto de la intimidad del paciente y por tanto a la confidencialidad de sus datos y, de otro lado, del derecho de un tercero a la protección de su salud. En definitiva, la discusión no se produce entre el derecho del paciente y el deber de comunicación del médico, sino entre derechos fundamentales ante los que el médico debe responder”, ha señalado Asensi, quien ha recordado que no hay que olvidar que el médico está obligado a comunicar a las instituciones correspondientes aquellos diagnósticos de declaración obligatoria, eximiéndole de la obligación de confidencialidad, que en otro caso supondría una vulneración manifiesta de sus obligaciones, con la consecuencias correspondientes de responsabilidad profesional y le permite el levantamiento de secreto sin ser penalizado

por ello, por el bien de la sociedad en general. En los supuestos en los que no existe una obligación legal de comunicación de diagnóstico, el médico debe decidir, siempre que sea posible, de acuerdo con el paciente, valorando las consecuencias de su silencio para el paciente y para terceros.

Y es que en ciertas situaciones el deber de secreto (reflejo del principio de autonomía) entra en conflicto con el valor “vida”, como cuando se pretende evitar un daño a terceros. En este sentido, la protección de la vida de otros debe prevalecer sobre la defensa de la autonomía de un paciente individual y concreto. En casos de interés público existen ciertas previsiones legales de declaración obligatoria de enfermedades y, en otras ocasiones, especialmente en el ámbito de las enfermedades infecciosas, pudieran haber restricciones al derecho a la confidencialidad como medida especial de Salud Pública, fundamentalmente en casos en que, preservando el secreto, se exponga al contagio de terceros por parte del paciente. Con frecuencia, las comunicaciones tienen efectos meramente epidemiológicos y no precisan de la identificación del sujeto. Cuando sí se requiere su identificación, debe considerarse que la transmisión de la información se realiza a otra instancia sanitaria, también obligada a preservar la confidencialidad con las debidas medidas de seguridad. De ahí que estos casos se denominen de “secreto compartido”.

En este sentido, los tribunales en sus pronunciamientos han sido bastante rígidos en el enjuiciamiento de los casos en los que o bien se ha producido una vulneración del deber de secreto médico o confidencialidad, como en los casos en los que por parte de los profesionales médicos, o las instituciones, se ha hecho un uso y/o tratamiento de la información sanitaria del todo incorrecto o ilegal.

En relación con los conflictos que presenta el ejercicio del secreto profesional, como casi siempre que estamos en presencia de derechos fundamentales, el conflicto se produce en relación a la pugna con otro dere-

cho o libertad, la protección de la vida de una o varias personas y el respeto a la intimidad del paciente.

Derecho a la notificación de enfermedades de declaración obligatoria

En este tema, “una interpretación estrictamente contractual de la relación médico-paciente, obligaría a un secreto absoluto. Sin embargo este compromiso con el enfermo no puede implicar una promesa de confidencialidad que incluya la posibilidad de permitir un daño a terceras personas. El médico tiene también un compromiso con la sociedad de protección de la salud con carácter general y esto le autoriza en aquellos casos regulados por Ley a revelar datos

específicos de su paciente lo que debe poner en conocimiento del mismo”, ha aseverado Moreno Alemán.

La Ley 41/2002, en su artículo 23, establece: “los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplir los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica”. Y el CDM, en su art. 30, afirma que aunque el secreto profesional





REPORTAJE DE PORTADA

Derechos de los médicos, ¿grandes desconocidos?

debe ser la regla, “el médico podrá revelar el secreto exclusivamente ante quien tenga que hacerlo en sus justos límites, con el asesoramiento del colegio si lo precisara, por ejemplo, en el caso de enfermedades de declaración obligatoria”.

Derecho a la obtención veraz y completa de los datos del paciente

El origen de la relación clínica se encuentra en la búsqueda de ayuda por parte del paciente, correspondida con un compromiso del

médico, que se responsabiliza del proceso asistencial. Sólo desde esta relación de mutua confianza se entiende y se sustenta el verdadero nexo que une a ambos agentes. Aquí entran en juego el aspecto concreto de esta relación de confianza, como es el derecho del médico de obtener verazmente datos del paciente, y se establece el principio básico de confidencialidad, no sólo del médico, sino de cualquier otro profesional que tenga acceso a la información y documentación clínica. La obtención de la mejor información sobre los hechos clínicos permitirá una interpretación más completa y sensata de los mismos, posibilitando un plan de diagnóstico razonable junto con la oferta de opciones terapéuticas e información pronóstica ajustadas a la voluntad del paciente.

Ahora bien, ante una reclamación del paciente por un error en el diagnóstico fundamentado en una información que resultara errónea o el paciente hubiera omitido, el médico lógicamente queda eximido de responsabilidad en el caso de que conste que el dato en el que se ha fundamentado el diagnóstico o no era veraz o ha sido omitido un dato esencial que hubiera permitido el diagnóstico. De hecho, como ha recordado Asensi, “existen ámbitos en los que la falta de veracidad sobre los datos de salud referidos o la omisión de estos conocidos pueden tener implicaciones no sólo asistenciales sino incluso puede suponer un incumpli-

miento de las condiciones del contrato que anularían el derecho de una cobertura sanitaria; nos referimos por ejemplo al caso de los cuestionarios de salud cumplimentados cuando se suscribe un seguro de salud. Nuestros tribunales eximen de responsabilidad al médico en los casos en los que el error diagnóstico se debe a la ocultación de datos por parte del paciente”.

En todo caso, la información que se solicite al paciente debe respetar el principio de racionalidad o pertinencia; el principio de finalidad; el principio de lealtad; y el principio de seguridad de los datos.

Libertad de prescripción de pruebas diagnósticas

En la actualidad, la prescripción de pruebas está claramente influida por dos circunstancias de origen anglosajón: la Medicina defensiva, como respuesta mal entendida a la relación de simetría entre el médico y el paciente, y el uso de Internet y de los nuevos medios de información que hace que un número creciente de pacientes acudan a la consulta con un plan diagnóstico y terapéutico de diseño propio, obtenido en múltiples páginas web.

En el primer caso, la relación viciada tiene dos vertientes, por un lado, la solicitud de un número innecesario de exploraciones, que permitan descartar todas las posibilidades diagnósticas, por ignotas que fueran inicialmente, o bien, el ofrecimiento de una “Medicina a la carta”, en la que el profesional se limita a enumerar las opciones diagnósticas, abandonando al paciente ante una decisión para la que no tiene el conocimiento suficiente. La maximización no racional de recursos en pro del beneficio del paciente individual es injusta a todos los niveles: con el propio paciente, porque muchas de las pruebas realizadas resultarán fútiles; con el médico, que se daña con la mala praxis; y con la sociedad. Así aparece también

en el CDM: “Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica”.

Así pues, la decisión sobre qué prueba diagnóstica realizar debe partir estrictamente de la indicación clínica, según la *lex artis ad hoc*. El profesional tiene la obligación de basar su decisión desde la perspectiva del conocimiento científico. En consecuencia, es necesario que los profesionales de la salud mantengan una alta exigencia en actualización de conocimientos. Además, se deberán tomar en consideración los recursos del medio asistencial, así como las opiniones de pacientes y/o familiares. En cualquier caso, ahorrar costes no debe ser nunca el objetivo último de los profesionales sanitarios, cuya responsabilidad final es salvaguardar al paciente durante la enfermedad. Así, la evidencia científica no puede ser doblegada desde los intereses de una gestión de la atención sanitaria no centrada en el paciente, ni desde la de proveedores de tecnología con objetivos simplemente comerciales. Una ayuda para una prescripción de calidad y segura son los protocolos de actuación por procesos elaborados por las sociedades científicas o por equipos de profesionales.

Asimismo, la discusión sobre la libertad de prescripción en los últimos tiempos ha hecho relación sobre todo a la libertad del médico en la prescripción de fármacos, pero realmente se trata de la posibilidad del médico para actuar en la relación con su paciente de manera libre.

La autonomía del paciente puede condicionar la libertad de prescripción del médico, si el paciente no está de acuerdo en la realización de todas o de alguna de ellas, lo que decide generalmente por los riesgos o molestias que pueden acarrearle, puede no aceptar la prescripción realizada. Se podría decir que “el médico propone y el paciente dispone”. Así lo recoge el CDM, “el médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en

la historia clínica”. En este caso, si el paciente pone de manifiesto una pérdida de confianza por ello o el médico llega al convencimiento de esta pérdida de confianza en la relación, tiene derecho a solicitar que se le sustituya de la asistencia de ese paciente, siempre que esta decisión no suponga desatención del mismo y con diversos condicionantes.

Informe de alta y derivación

El médico, al finalizar el proceso asistencial de un paciente, emite un documento cuyo contenido decide, y en él resume la historia clínica, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas, y al igual que el paciente tiene derecho a dicho informe de alta, al médico le asiste el derecho a decidir sobre el contenido del mismo, incluyendo, si lo considera, no sólo datos clínicos sino incidencias o situaciones ocurridas durante el proceso. “La Ley 41/2002 ha mejorado considerablemente los derechos de los médicos, tanto en los supuestos de alta voluntaria del paciente, como en los de alta forzosa”, ha destacado Moreno Alemán.

Además, en cuanto a la derivación, el médico tiene un derecho a disponer de los recursos del sistema que no se encuentran a su alcance y que considera que el paciente precisa, realizando derivación a otros niveles asistenciales o a otros profesionales para su valoración. Finalmente el médico tiene derecho a la continuidad asistencial de sus pacientes pese a la derivación, y a obtener información para hacer posible el seguimiento.

Por último, los profesionales tienen derechos en relación con las instituciones sanitarias, con independencia de su relación profesional con las mismas, en este sentido, son especialmente relevantes aquellos derechos que guardan relación con la eficacia organizativa y la gestión; con la investigación y docencia; así como la protección de la institución frente a la responsabilidad civil que pueda derivarse del ejercicio de la actividad, ya sea en el ámbito público como privado, a través de la suscripción de la correspondiente póliza de seguro ■







España puede ser un
**referente
mundial**
en el ámbito de la
Sanidad penitenciaria

Antonio López Burgos

Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Texto | Jorge Sánchez Franco

Fotos | Iñaki Alonso



ENTREVISTA

Antonio López Burgos

“España puede ser un referente mundial en el ámbito de la Sanidad penitenciaria”

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) nació hace tres lustros con dos objetivos claros: integrar este ámbito en los diferentes servicios autonómicos de salud y dar a conocer a la sociedad la importante labor que desarrollan los médicos de prisiones. Su actual presidente, el doctor Antonio López Burgos, hace balance de lo conseguido hasta ahora y pone sobre la mesa los retos a los que tendrá que enfrentarse la sociedad científica en los próximos años. Sin duda alguna, la internacionalización es uno de ellos, y con este motivo se organizó en 2012 el I Congreso Internacional sobre Sanidad Penitenciaria, un evento que ha supuesto un punto de inflexión en la trayectoria de la SESP.

¿Qué balance hace de sus primeros años al frente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)?

Al contar con apenas 300 socios, la SESP no tiene la misma fuerza que otras importantes sociedades científicas de nuestro país. Contamos con diferentes grupos de trabajo que atesoran diversas publicaciones sobre las patologías más prevalentes en las prisiones de nuestro país y celebramos nuestro congreso nacional cada dos años. El último se organizó en Madrid a finales de 2012 junto con el I Congreso Internacional sobre Sanidad Penitenciaria. Avalados por los quince años de historia de nuestra sociedad científica, nos parecía que España puede ser un referente mundial en el ámbito de la Sanidad penitenciaria, y queríamos oficializar de alguna manera la ya habitual participación de médicos de otros países europeos (fundamentalmente Italia, Alemania e Inglaterra) y de América del Sur. El resultado está siendo muy positivo, ya que esperamos poder establecer sólidos contactos con todos estos

países para poner toda nuestra experiencia a su disposición y ayudarles así a desarrollar su Sanidad penitenciaria. Más concretamente, estamos a la espera de algunos proyectos de colaboración con la Sanidad penitenciaria italiana y con el Gobierno brasileño. En última instancia, nos gustaría establecer una sociedad científica internacional para poder contar con entidades tan potentes como la Organización Mundial de la Salud o la Organización de Naciones Unidas. Así, por ejemplo, se podría dar apoyo a la implantación de programas específicos en países en vías de desarrollo.

¿Qué valoración hace del último congreso nacional?

A pesar de la crisis, el nivel de participación ha sido muy similar al de otros congresos nacionales, con un buen número de comunicaciones y mesas a cargo de profesionales de fuera de España. Entre otros asuntos destacados, se ha presentado una guía de atención a las drogodependencias en las prisiones, elaborada en colaboración con la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Creemos que se va a convertir en un referente para el abordaje de cualquier tipo de adicción.

¿Qué destacaría en la organización de la Sanidad penitenciaria de los diferentes países?

La Sanidad penitenciaria tiene una forma de ser diferente en cada país. En España se depende del Ministerio del Interior, mientras que en otros muchos estados es competencia del Ministerio de Sanidad o de distintas administraciones locales. En el caso concreto de América del Sur, la Sanidad penitenciaria está poco desarrollada en general porque hay otras prioridades, como la seguridad de las cár-

celes. La Sanidad queda, de momento, en un discreto segundo plano. No obstante, países como Méjico o Brasil han mostrado mucho interés en establecer colaboraciones con la SESP para desarrollar este ámbito. A este respecto, estamos dispuestos a potenciar la creación de sociedades científicas específicas en todos estos países si es necesario.

¿Está más desarrollada la Sanidad penitenciaria en aquellos países con mejores sistemas sanitarios?

Efectivamente. La Sanidad penitenciaria está más desarrollada en aquellos países que cuentan con mejores sistemas sanitarios y de derechos humanos. Evidentemente, los países que disponen de más medios también tienen mejores cárceles, con una

asistencia médica similar a la de la población general. Esto es lo idóneo.

¿Hay algún país modélico en cuanto a la organización de la Sanidad penitenciaria?

El modelo a seguir sería el español, cuyo éxito radica en la epidemia de VIH que asoló nuestro país a finales de los 80. Fue entonces cuando las prisiones empezaron a contratar más personal sanitario y pusieron en marcha importantes programas epidemiológicos y de seguimiento.

Con la excepción de Cataluña y País Vasco, los datos que se generan en las prisiones españolas están centralizados en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, desde donde se lleva a cabo el control epidemiológico de enfermedades tales como la tuberculosis, el VIH o la hepatitis C. En Alemania, por ejemplo, cada centro peni-

Nuestra principal demanda tiene que ver con la integración de los profesionales sanitarios de prisiones en el Sistema Nacional de Salud, ya que creemos que la Sanidad debe ser única para todos

Los médicos de prisiones están viendo recortado su sueldo por encima de la media por su condición añadida de funcionarios

tenciario depende del estado en el que se encuentra y no hay comunicación alguna entre ellos, por lo que es imposible conocer el número total de internos afectados por una determinada enfermedad.

Esto podría servir de ejemplo también para el sistema sanitario nacional...

Por supuesto. No obstante, la falta de coordinación existente entre los servicios de salud de las comunidades autónomas no se da en la Sanidad penitenciaria española porque, entre otras cosas, la población interna es mucho más pequeña: en torno a las 60.000 personas.

¿Hay la intención de exportar el modelo nacional de Sanidad penitenciaria a otros países al igual que está haciendo la ONT con los trasplantes?

La situación de las prisiones en América del Sur es muy difícil y está supeditada a una serie de prioridades que difieren considerablemente de las de Europa. Si antes he hablado de la seguridad, el hacinamiento es otro de los principales problemas a los que se enfrentan hoy en día. No resulta muy realista querer llevar programas de control de enfermedades a países que no cuentan con recursos suficientes para dar la medicación a sus internos enfermos. Habría que empezar por otro tipo de actuaciones. Por tanto, el modelo español como tal no es exportable a estos países hasta que se cumplan una serie de requisitos. En muchos de ellos ni siquiera hay médicos dedicados en exclusiva a la Sanidad penitenciaria. De momento, nuestra labor es más formativa que otra cosa.

¿Qué iniciativas se llevan a cabo desde la SESP en el ámbito de la formación continuada?

Junto con nuestro congreso bianual, solemos organizar diversas jornadas algo más específicas a lo largo del año. Por ejemplo, en 2012 hemos impartido conjuntamente con la Sociedad Española de Patología Dual un curso de formación sobre este aspecto tanto a personal sanitario como funcionario. Pretendemos implicar a todos los tra-



bajadores de las prisiones en la detección precoz de internos que puedan padecer una enfermedad mental. También participamos asiduamente en los simposios y congresos de otras sociedades científicas con las que tenemos relación.

¿Qué especialidades tienen los médicos de la Sanidad penitenciaria española?

La inmensa mayoría hemos estudiado Medicina de Familia, aunque hay un porcentaje importante de internistas y psiquiatras. Estos últimos ejercen su labor asistencial en los dos únicos hospitales psiquiátricos penitenciarios que hay en nuestro país, ubicados en Alicante y en Sevilla. Estos establecimientos están dedicados a la custodia y tratamiento de los internos que padecen trastornos graves de conducta y que han sido internados en ellos por decisión de los tribunales de justicia.

¿Cuáles son las principales demandas de este colectivo?

Nuestra principal demanda tiene que ver con la integración de los profesionales sanitarios de prisiones en el Sistema Nacional de Salud, ya que creemos que la Sanidad debe ser única para todos. En este sentido, y al igual que ocurre en otros países, deberíamos depender del Ministerio de Sanidad y no de Interior. Lo mismo a nivel autonómico. Así, por ejemplo, en 2011 se transfirió la Sanidad penitenciaria vasca al Gobierno autonómico, que la integró directamente en Osakidetza, de tal manera que cada centro penitenciario es equiparado con un centro de salud y sus internos con pacientes del servicio de salud. Lo mismo ocurre con los sistemas informáticos. Así, el seguimiento de un paciente no se corta cuando ingresa en prisión o sale en libertad, sino que hay conti-



ENTREVISTA

Antonio López Burgos

nuidad. A nivel nacional, los médicos de prisiones no tenemos acceso a las historias clínicas previas de nuestros internos, lo cual dificulta enormemente nuestra labor. En el caso contrario, la información de prisión no revierte al sistema sanitario. Creemos que así se menoscaba la idea fundamental de equidad, más aún cuando sabemos que nadie está en la cárcel de por vida. Por tanto, la Sanidad penitenciaria debe integrarse en los servicios de salud si queremos

que nuestros internos tengan una Sanidad en igualdad de condiciones con la población general. También queremos poder realizar ensayos clínicos dentro de las prisiones, como hacíamos antes de que se reformara la normativa. En el momento actual, si queremos poner en marcha un estudio de estas características hay que pedir permiso a todos y cada uno de los Gobiernos autonómicos implicados en función de los centros en los que se quiera realizar. Esto se une a otra serie de dificultades que se nos ponen desde la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

¿Y a nivel laboral?

A nivel laboral, ya van dos años en los que no se reponen ni las bajas ni las jubilaciones. Además, se están abriendo prisiones nuevas sin personal suficiente para cubrir las.

¿A pesar de las trabas antes mencionadas, se desarrolla algún tipo de investigación en la Sanidad penitenciaria?

Hemos realizado numerosas investigaciones sobre efectividad de tratamientos en algunas enfermedades, con varios premios a nivel internacional, y ahora mismo tenemos en marcha algunos estudios de seguimiento de internos con hepatitis C.

¿Se están notando los efectos de la crisis económica en la Sanidad penitenciaria española?

Nos está afectando mucho la crisis económica, aunque la repercusión social de lo que

ocurre dentro de nuestras prisiones es mínima. Entiendo que los problemas de la Sanidad pública son más importantes que los de la Sanidad penitenciaria porque afectan a más gente. Nuestras autoridades sanitarias han puesto en marcha programas de recortes que afectan a diversos ámbitos, como el de los fármacos, con la edición de guías de intercambio terapéutico que son desquiciantes y que tenemos recurridas ante los tribunales por atentar contra la libertad de prescrip-

ción del médico. Por otro lado, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria ha decidido pasar las guardias médicas presenciales a localizadas en cinco prisiones españolas a partir del mes de enero. Esto significa que la asistencia sanitaria urgente de estos internos va a verse deteriorada de manera importante. Al mismo tiempo, los médicos de prisiones están viendo recortado su sueldo por encima de la media por su condición añadida de funcionarios. Se están imponiendo una serie de ajustes sin buscar el consenso con los profesionales. Al final tendremos la Sanidad que podamos pagar. No estamos en contra de que se reduzcan gastos innecesarios o superfluos, pero sí en que se haga en unos departamentos y no en otros. Esperamos que mejoren los tiempos y poder salvar la Sanidad penitenciaria de posibles intentos de privatización o cualquier otro experimento que se quiera poner en marcha.

¿La Sanidad penitenciaria se plantea ser una especialidad?

Planteamos que la Sanidad penitenciaria sea una especie de subespecialidad accesible en el ámbito universitario a través de algún tipo de máster o curso. Tiene una serie de características propias que es importante destacar y diferenciar. No obstante, creemos que se trata de un proceso muy difícil, ya que ni la SESP tiene la suficiente fuerza para conseguirlo ni la Administración ha mostrado interés.

¿Qué enfermedades son las más prevalentes en prisión?



La población interna es relativamente joven (entre 35 y 45 años de media). La inmensa mayoría tiene o ha tenido problemas con el consumo de drogas (prácticamente el 80 por ciento del total) y hay una alta prevalencia de enfermedad mental (hasta el 45 por ciento). De hecho, un 14 por ciento de los internos presenta patología dual (enfermedad mental más adicción). Además, contamos con cerca de un 6,3 por ciento de pacientes con VIH y un 33 de enfermos de hepatitis C (casi 20 veces más que la población general). La incidencia ambas enfermedades está bajando porque la población drogodependiente ha cambiado sus hábitos de consumo, pero la enfermedad mental sigue estable y es en lo que tendríamos que volcarnos en los próximos años ■

AULA de la FARMACIA

estrena
nueva
web

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

The screenshot shows the homepage of the Aula Farmacia website. At the top, there is a navigation bar with the logo 'sano de la AULA FARMACIA' and a search bar. Below the navigation bar, there are several featured articles and sections. On the left, there is a section titled 'OFERTA FORMATIVA' with three articles: 'Prevención, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria', 'Manejo del dolor leve a moderado en la farmacia comunitaria', and 'Asesoramiento dietético en el sobrepeso y la obesidad en la oficina de farmacia'. In the center, there is a large image of a human torso with red blood cells, accompanied by text about cardiovascular risk factors. On the right, there are advertisements for 'NAN' baby formula and 'Tecnimed' products. At the bottom, there is a Facebook social media widget showing the Aula de la Farmacia page and a Vademecum.es search bar.

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

sano
GRUPO





Presupuestos 2013: los recortes sanitarios se generalizan

Texto | Jorge Sánchez Franco

El Ministerio de Hacienda ha publicado un informe comparativo de los presupuestos autonómicos para 2013, a la espera de las cuentas de Cataluña y País Vasco y Navarra. El estudio muestra cómo las autonomías han recortado su dotación para Sanidad un 6,8 por ciento de media con respecto a 2012. Más concretamente, Aragón y Murcia registran los mayores recortes sanitarios, con caídas del 12,9 por ciento y del 12,8 por ciento respectivamente. Por detrás se sitúan Andalucía (10,8 por ciento), Valencia (9,6), Extremadura (9,1), Castilla-La Mancha (6,2), La Rioja (5,9), Castilla y León (5,3), Baleares (4,6), Asturias (4,3), Galicia (1,5), Canarias (1,2) y Madrid (0,9). Tan solo Cantabria hace crecer la cuantía destinada a su servicio de salud con un 2,6 por ciento. Pese al recorte, las autonomías dedican una media del 35 por ciento de sus presupuestos totales a esta área, casi tanto como en 2012.



REPORTAJE

Presupuestos 2013: los recortes sanitarios se generalizan

La Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón, encabezada por Ricardo Oliván, dispondrá de 1.917,5 millones de euros en 2013. El 62 por ciento del gasto irá destinado a políticas relacionadas con el bienestar social. El consejero ha explicado que los principales objetivos de su departamento son “mantener las prestaciones sanitarias y sociales, y garantizar la sostenibilidad del sistema”. Dentro del cómputo general, los gastos de personal en el Servicio Aragonés de Salud suponen el 58,97 por ciento, prácticamente la misma cantidad que en 2012. Los créditos destinados a farmacia y recetas médicas en 2013 ascienden a 267,7 millones de euros. Este importe es menor que el del año pasado por las medidas de ahorro que se están llevando a cabo. Por último, el montante dedicado a obras e inversiones en hospitales y centros de salud es de 40,4 millones de euros.

Por su parte, la Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia, liderada por María Ángeles Palacios, contará en 2013 con el 41 por ciento del presupuesto regional. La consejera afirma que el gasto por día es de 4,5 millones de euros en hospitales y centros de salud. “Se han revisado todas las partidas presupuestarias, por lo que queda garantizada la asistencia sanitaria en general, y la atención a la dependencia, la infancia, la mujer y la drogodependencia en particular”, apunta. El montante sanitario cuenta con 1.876 millones de euros, de los que 1.513 van a parar al Servicio Murciano de Salud, 229 al Instituto Murciano de Acción Social, 77 a la propia Consejería, 45 a Giscarinsa, 11 a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias y 215.741 euros a la Fundación Alzheimer.

Andalucía blinda la Sanidad pública

La consejera andaluza de Salud y Bienestar Social, María Jesús Montero, dice de

sus presupuestos para 2013 que “blindan cualquier tentativa de privatización”, y resalta el “marcado carácter social de los mismos”. De los 10.085,9 millones de euros con que cuenta su departamento –el 44,7 por ciento del montante total de la Junta de Andalucía–, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se queda con 7.692,6 millones, de los que 3.883 están dedicados al gasto en personal y 1.642 van a parar al capítulo del gasto farmacéutico. Un 3,7 el presupuesto de la Consejería se dedica a los conciertos sanitarios, lo que supone cerca de 378 millones de euros. Por su parte, la Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia de Andalucía contará con 1.108 millones de euros, un 4,8 por ciento menos con respecto al ejercicio anterior.

El presupuesto de la Consejería de Sanidad de la Generalitat valenciana asciende a 4.964 millones de euros, lo cual supone una reducción del 9,6 por ciento con respecto al ejercicio anterior. A pesar de ello, estas cuentas representan el 38,8 por ciento del montante económico total destinado al Gobierno autonómico. Entre otras novedades importantes, se destinan 772 millones al nuevo sistema de “pronto pago” a las farmacias que ha entrado en funcionamiento este mismo año, consistente en abonar 60 millones mensuales –el 75 por ciento del total de la factura–. La cantidad restante hasta la liquidación quedaría entonces como remanente para 2014 y se pagaría con cargo a ese presupuesto. Con este nuevo modelo se quiere garantizar la estabilidad financiera de la red de farmacias.

Los presupuestos de Extremadura para 2013 cuentan con 4.790,88 millones de euros, un 0,84 por ciento más para gastar que en 2012. En este contexto, las cuentas de la Consejería de Salud y Política Social ascienden a 1.638 millones, lo que repre-

senta el 34,2 por ciento del montante económico total de la comunidad autónoma. Como novedad a destacar, estas cuentas son las primeras que consignan una partida para la renta básica –13,2 millones– como muestra del compromiso del Gobierno extremeño con las capas más vulnerables de la sociedad. El Servicio Extremeño de Salud se queda con 1.269 millones; el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) recibe 276,7 millones, y las políticas sociales se hacen con 70,2 millones.

El capítulo de personal, el más afectado en Castilla-La Mancha

El Gobierno de Castilla-La Mancha destina 2.961 millones de euros a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales en 2013. Sólo SESCAM dispondrá de 2.341 millones (en el

El presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asciende a 2.970 millones de euros en 2013, con un incremento del 28,5 por ciento con respecto a las cuentas del año pasado



ejercicio anterior contó con 2.495). El capítulo de personal es el más afectado, pasándose de los 1.322 millones de 2012 a los 1.163 actuales. Según la presidenta autonómica, María Dolores de Cospedal, las cifras "tienen en cuenta los 70 millones de euros que se van a pagar de menos en la factura farmacéutica y los casi 50 millones ahorrados con las medidas de ajuste puestas en marcha". En el ámbito de los servicios sociales, el mayor gasto se destina a las personas dependientes, cuya partida asciende a 97 millones de euros, cinco más que en 2012.

La Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja, encabezada por José Ignacio Nieto, dispone del 41 por ciento del presupuesto total del Gobierno autonómico para 2013 (500,8 millones de euros). El Servicio Riojano de Salud se queda con 250,2 millones. El consejero destaca como punto clave

de estas cuentas el incremento de la partida destinada al primer nivel asistencial "con el objetivo de dotar de más medios y herramientas a los profesionales que desarrollan su labor en los centros de salud de la comunidad autónoma". Nieto también se ha referido a la puesta en marcha de un programa de atención al paciente polimedcado y de un plan de crónicos durante 2013, con los que también se buscará la racionalidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

El presupuesto del Servicio Cántabro de Salud (SCS) para 2013 asciende a 749,5 millones de euros, lo que supone un incremento del 2,6 por ciento con respecto al ejercicio anterior. Los recursos humanos se llevan el 48, 2 por ciento del montante total (361,5 millones). El capítulo de inversiones cuenta con 9,9 millones, de los que 600.000 euros irán destinados a la puesta en marcha del

Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Sierrallana. Por su parte, el programa de prestaciones y servicios sociales se reduce en 1,2 millones de euros, mientras que el de promoción de la vida autónoma y atención a la dependencia se incrementa en 6,1 millones. El Gobierno autonómico dice de estas cuentas que "permitirán preservar el modelo sanitario".

Castilla y León disminuye un 5,3 por ciento su presupuesto sanitario para 2013, a pesar de lo cual copa el 34,16 por ciento del montante total del Gobierno autonómico. Más concretamente, las cuentas de la Consejería de Sanidad ascienden a 3.238 millones de euros, donde los gastos de personal se llevan el 53 por ciento. La partida sanitaria se completa con una batería de 55 medidas para mejorar la gestión, entre las que destacan dos planes: uno dirigido a la ordena-





REPORTAJE

Presupuestos 2013: los recortes sanitarios se generalizan

ción de recursos humanos en Atención Primaria y otro que busca la prolongación en el servicio activo. El presupuesto para transferencias corrientes sufre una de las mayores pérdidas; en su mayoría está destinado al pago de fármacos a través de receta. Sufre un recorte del 16 por ciento para situarse en los 563 millones de euros.

Familia y Bienestar, única dirección general beneficiada en Baleares

La Consejería de Salud de Baleares contará en 2013 con algo más de 1.250 millones de euros, lo que equivale al 35 por ciento del presupuesto total de la comunidad autónoma. Todas las direcciones generales ven recortadas sus partidas, exceptuando la de Familia y Bienestar, que crece un 13,24 por ciento. El montante destinado a la Dirección General de Salud Pública y Consumo experimenta un descenso del 5,92 por ciento para quedarse con menos de 19 millones, mientras que la Dirección General de Gestión Económica y Farmacia dispone de 1.118 millones -un 4,35 por ciento menos que en 2012-. En este contexto, la partida del Servicio Balear de Salud (IbSalut) asciende a 1.141 millones. El Gobierno autonómico destaca el ahorro del 2,8 por ciento ligado a la Fundación Banco de Sangre y Tejidos.

La Consejería de Sanidad del Principado de Asturias cuenta con un presupuesto global de 1.480 millones de euros, lo que equivale al 39 por ciento de las cuentas del Gobierno autonómico. Una de las líneas de actuación contempladas tiene que ver con la culminación de los trabajos necesarios para poder poner al servicio de la ciudadanía los dos nuevos hospitales de la red pública asturiana: el Hospital Álvarez Buylla, en Mieres, y el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), en Oviedo. El presupuesto de Sanidad incluye una partida de 3,8 millones de euros para completar la informatización del HUCA. El Ejecutivo se compromete a mantener abierta toda la red asistencial.

La Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia cuenta con 3.419 millones de euros para el ejercicio de 2013, lo que supone el

41 por ciento de presupuesto total del Gobierno autonómico. En este contexto, las cuentas del Sergas ascienden a 3.349 millones de euros, de los que casi el 44 por ciento (1.471 millones) está destinado a los profesionales. Se duplican las partidas del capítulo de inversiones hasta alcanzar los 118,5 millones de euros. Entre otras actuaciones, la consejera gallega, Rocío Mosquera, pretende extender las medidas de eficiencia energética a los distintos centros sanitarios: el Plan Integral de Eficiencia Energética garantizará al Sergas un ahorro de más de 100 millones entre 2012 y 2019.

El presupuesto de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias asciende a 2.430 millones de euros, lo que representa el 40,28 por ciento del montante total de la comunidad autónoma. Esto quiere decir que se destinan 70 euros de cada 100 a los servicios públicos esenciales, frente a los 67 de 2012. Por su parte, el Servicio Canario de Salud (SCS) cuenta con 2.559 millones de euros. Destaca especialmente la partida farmacéutica, de 102,7 millones. Según la patronal de oficinas de farmacia, dicha cantidad económica no garantiza un presupuesto realista si no se alcanzan los 121,4 millones. En las cuentas del SCS para 2013 se realiza un importante esfuerzo para garantizar el pago a proveedores conforme al nuevo plazo legal.

La privatización y el euro por receta monopolizan las cuentas de Madrid

El presupuesto de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid representa el 49 por ciento del montante económico total de las cuentas del Gobierno autonómico. De los 7.108 millones de euros es-

tablecidos para 2013, 4.666 van a parar a los hospitales (atención especializada) y 1.737 a los centros de salud (atención primaria). En estas cuentas se incluyen los ahorros previstos con la implantación del polémico euro por receta y la creación de la central de compras: 83 y 150 millones de euros respectivamente. Igualmente, se contempla la privatización de los servicios sanitarios de seis hospitales madrileños, una medida que mantiene en

pie de guerra a la inmensa mayoría de los profesionales sanitarios de la región.

Por último, el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asciende a 2.970 millones de euros en 2013, un incremento del 28,5 por ciento con respecto a las cuentas del año pasado. No obstante, una gran parte de este dinero va destinado a hacer frente al pago de la deuda de 1.034 millones de euros contraída por el impago de las cuotas a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de personas dependientes. Por todo esto, el presupuesto efectivo con que cuenta Ana Mato para este año se reduce un 22,6 por ciento, pasándose de los 536 millones de euros de 2012 a los actuales 415, aunque fuentes ministeriales

sitúan el "descenso real" de dicha partida en torno al 15 por ciento por haber sido excluidas algunas dotaciones que pertenecen al Ministerio, como la de Ingesa y parte de la del Imsero ■

Aragón y Murcia registran los mayores recortes sanitarios, con caídas del 12,9 y del 12,8 por ciento respectivamente

Cantabria es la única Comunidad Autónoma que ha incrementado la cuantía económica destinada a su servicio de salud, con un 2,6 por ciento

Documentación y fuentes

1. Ministerio de Hacienda.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Europa Press.
4. EL MEDICO INTERACTIVO







El gran reto del futuro
es transformar el conocimiento
biológico que tenemos en

avance médico,

Lina Badimón

Directora del Centro Cardiovascular (CSIC-ICCC)

Texto | Carmen Villodres

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA Lina Badimón

“El gran reto del futuro es transformar el conocimiento biológico que tenemos en avance médico”

Su rechazo a la desgraciada vida de Madame Bovary, la protagonista de la famosa novela de Flaubert, la llevó por el camino de la investigación, un camino que le conduce a una cumbre, la de llegar a ser directora de Laboratorios de Investigación en Cardiología de una de las instituciones más prestigiosas del mundo, el Mont Sinaí, pese a su condición de extranjera y de mujer. Lina Badimón es directora del Centro Cardiovascular (CSIC-ICCC), del Centro Mixto del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y del Institut Català de Ciències Cardiovasculars, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Además desarrolla su actividad como profesora adjunta asociada en el citado centro de Nueva York, y es vicepresidente de la Sociedad Española de Cardiología. Trabajadora incansable, ha diseñado de uno de esos artefactos que hacen progresar a la ciencia, es una forofa de la ciencia fusión (investigación conjunta de personas de distintos países), y una alquimista que convierte en conocimiento y trabajo los haberes recibidos en becas, proyectos que le encargan o en premios.

Estamos en los albores del siglo XXI, ¿cuál es el invento por excelencia en lo que llevamos de siglo y qué supondría en la práctica para la humanidad?

Hay muchos. Hay inventos que han modificado, por ejemplo, la forma de diagnosticar una enfermedad. Son todos esos que han contribuido a que tengamos plataformas tecnológicas que permiten el diagnóstico por la imagen. Esto ha hecho avanzar de una forma significativa la Medicina. Todos los abordajes de investigación que han permitido que se pueda operar casi sin hacer incisiones, son unos avances increíbles que suponen para un paciente el tener unos postoperatorios menos complicados. A nivel de investigación básica, todas las plataformas que han logrado analizar los genes. Cada vez se analizan más



rápidos y con un coste menor. Por tanto son avances científicos tecnológicos que nos facilitan el que ahora creemos conocimiento de una forma más rápida. La investigación en todas las áreas es necesaria y el país que no invierte en investigación se equivoca.

¿Se está a la espera de algún avance próximo que lo revolucione todo?

El área más avanzada y donde había muchas expectativas, y las hay aún, es el de

la terapia celular como avance del último decenio en el que se podían cultivar células y modificar células *in vitro*. Fue un momento importante. Ahora lo que está faltando es aplicar ese conocimiento que tenemos para que sea efectivo en un paciente. Se esperaba mucho de ellas con rapidez y los resultados van a llegar más despacio, porque realmente el paso del control de cultivo a vivo es diferente. El reto de los próximos años es ver cómo el conocimiento que tenemos a nivel biológico de las células se transforme en un avance médico.

Como experta en enfermedades cardiovasculares, ¿podría decir en qué punto se está ahora?

Nosotros hemos abordado en los últimos años una investigación que pretende identificar genes que van asociados a la presentación de la enfermedad. Somos un organismo mixto entre el CSIC y el Instituto Catalán de Ciencias Cardiovasculares del Hospital de San Pablo. Es un centro multidisciplinar por el *background* de los profesionales que trabajamos allí. Pretendemos avanzar en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, que son todavía la principal causa de muerte. La OMS tenía entre sus objetivos erradicarlas

hacia el 2020, pero desafortunadamente no parece que vaya a lograr sus objetivos. Una parte importante de estas enfermedades viene dada por los hábitos de vida pero otra parte relevante va asociada a la carga genética, y el grupo mayor es el resultado de la suma de la carga genética con los hábitos de vida. Esa unión de genes con el ambiente hace que la enfermedad se manifieste más que antes, asociado también a una mayor longevidad. Nuestro reto es que se envejezca con salud, no vegetando. Hemos iniciado líneas de investigación asociadas a prevenir mejor la enfermedad, si no se puede detener, evitar que avance, que se complique. Una vez que la enfermedad se ha manifestado, una vez que el paciente ha tenido un evento isquémico, depende del órgano diana donde se produce, supongamos que se presenta en el corazón, ese corazón sobrevive a ese evento isquémico porque la Medicina ha avanzado pero el paciente queda con el miocardio afectado y ese miocardio puede entrar en fallo. Y esa es la causa de que una persona con una edad mediana presente síntomas que pueden cambiar su vida, se cansen al andar, al subir escaleras, presenten insuficiencias respiratorias, fibrilación auricular, en fin, problemas importantes de salud. Evi-

tar estas secuelas es uno de los objetivos de nuestro trabajo.

Y ¿cómo lo abordan?

En el área de prevención investigamos los genes y la relación dieta y hábitos de vida y, por otro lado, colaboramos con el Grupo de Trasplantes Cardíacos del Hospital de San Pablo del que obtenemos corazones trasplantados y vemos qué ha pasado con ese corazón, qué genes se han modificado,

comparando distintas partes del mismo. Se trata de una investigación que se basa mucho en tecnologías postgenómicas. Utilizamos genética, transgenómicas, proteómicas, lipidómicas, tecnologías que

están permitiendo afinar mucho sobre lo que está pasando a nivel celular. Son abordajes distintos que pretenden dar respuestas a este problema global que es la enfermedad cardiovascular. Los datos vienen con cierto retraso. De hecho, hasta hace muy poco trabajábamos con datos de 2006. En 2009 han vuelto a salir pero trabajan con estadísticas de 2008. Los números son tremendos. Hay diabetes y obesidad en niños que van asociados a la precipitación del proceso. Es decir, que si antes la manifestación se producía en individuos que pudieran tener entre 50 ó 60 años, en la actualidad un niño comienza a tener una anomalía metabólica que le

llevará ser un candidato a presentar esta enfermedad. Estamos hablando de una enfermedad que se desarrolla silenciosamente, por eso cuando se dice que no se debe fumar no se comprende que el hecho de fumar incrementará las posibilidades de desarrollar la enfermedad. Esto también pasa con la dieta, con la escasa actividad. Es como una memoria metabólica que tiene el cuerpo y va quedando un residuo de disfuncionamiento que va a ma-

nifestarse como enfermedad en edades más tardías.

Vaya, el cuerpo tiene memoria metabólica... parece que la ciencia cuanto más avanza más razón le da a las abuelas y a sus famosos consejos sobre la bondad de una dieta sana...

De hecho esto es importantísimo. Estudios comparativos de la Sociedad Europea de Cardiología dan como resultado que la zona mediterránea es la más protegida en cuanto a dieta. Pero esto no evita que en números relativos la enfermedad cardiovascular sea la primera causa de muerte también en España, que los números suban, bajen o se normalicen está por ver. Se supera el infarto pero aumentan las incidencias cardíacas. Todavía las enfermedades vasculares van asociadas a la primera causa de muerte en países como Italia o España con dieta mediterránea.

En 1983 usted junto con su hermano Juan José realizaron experimentos encaminados a demostrar la relación entre los coágulos sanguíneos en las arterias y las perturbaciones del flujo de la sangre que dan lugar a la angina de pecho, al infarto y a la muerte súbita... ¿En qué se ha avanzado a partir de esa fecha?

Esta parte está muy avanzada. Diseñé una cámara de percusión que es un reactor de flujo que permitió estudiar las interacciones de la sangre y todo lo que lleva con tejidos, moderando lo que pasa en las arterias coro-

narias, por ejemplo. Pudimos ver cómo podíamos interferir en esa formación de trombos que en definitiva producía el infarto de miocardio o la angina de pecho. Ésta es la parte más avanzada en lo que respecta a poder utilizar fármacos que nos dijeran si iban a ser efectivos o no en un paciente. De hecho, todavía utilizamos esa cámara de percusión con otras hipótesis a testar. Aún es muy útil porque aislamos células y proteínas y las enfrentamos en la cámara para estudiar la respuesta.

El reto de los próximos años es ver cómo el conocimiento que tenemos a nivel biológico de las células se transforma en un avance médico

Las autoridades tienen que darse cuenta de que reducir el presupuesto para investigar es hipotecar el futuro



ENTREVISTA Lina Badimón

A toda sociedad civilizada le preocupa el colesterol, sin embargo, las sociedades que padecen hambre no tienen ese problema, lo que significa que la alimentación es fundamental...

Todo el mundo tiene colesterol. El colesterol es la parte más importante de las membranas celulares, en la epidermis, en todas las células tenemos colesterol. El problema es cuando hay un exceso de colesterol. En África no tienen exceso de colesterol ya que todo el colesterol se utiliza para formar estas membranas que son necesarias para la vida. De hecho, se dice que los bebés nacen con un niveles de colesterol muy bajos, alrededor de 30 /40 miligramos decilitros.

Es curioso porque existen personas delgadísimas con un colesterol elevado y otras que podríamos considerar gordas y que tienen unos niveles aceptables...

Es cierto que hay personas delgadísimas que tienen niveles de colesterol muy elevados y no necesariamente asociados a una enfermedad genética. Hay una enfermedad genética paradigmática porque es monogénica ya que es un gen el que produce la enfermedad, se trata de la hipercolesterolemia familiar. Las personas que sufren hipercolesterolemia heterocigótica tienen una mutación en el receptor del DSL del hígado y eso hace que sus niveles de colesterol circulante aumenten, con lo que tienen arteriosclerosis prematura. Actualmente estamos haciendo con el doctor Pedro Mata, de la Fundación Jiménez Díaz, el mapa de toda España y para confeccionarlo estamos buscando a cuantas personas existen con esta mutación. Estamos intentando ver otras manifestaciones asociadas a la hipercolesterolemia familiar ya que se da el caso de que entre hermanos con la misma mutación unos tienen la presentación clínica y otros no. O sea que tiene que haber factores adicionales, posiblemente genéticos, que contribuyan a que esa mutación tenga un efecto mayor que

se manifiesta a nivel clínico. Muchas personas con hipercolesterolemia familiar son delgadas pero tienen un riesgo potencial muy elevado de padecer un evento cardiovascular, con lo que son un objetivo de estudio, que además tiene una aplicación práctica ya que estas personas deben de ser tratadas muy agresivamente desde que cumplen los 18 años con fármacos que reducen los lípidos. No antes porque en la adolescencia se puede interferir en el colesterol básico que hace falta para las membranas.

Como no generemos la riqueza por la vía del saber vamos a tener un problema

Usted ha remarcado los procesos inflamatorios en sus investigaciones. ¿Qué ocurre con las placas?

La arteriosclerosis, además de los lípidos tiene otros componentes. La inflamación es un proceso que está disparado posiblemente por un depósito de lípidos en zonas donde no deben estar, y eso hace que se dispare el proceso inflamatorio, que en principio es defensivo, pero que se dispara de una manera exponencial y ya no para. Así que la propia defensa se convierte en un ataque hacia la pared vascular, que se pasa incluso al miocardio y hay una respuesta inflamatoria global. Esto es un hecho contrastado con biomarcadores. En pacientes y en modelos experimentales de intervención se ha visto que células inflamatorias están llenando las zonas de lesión. Lo que no tenemos todavía son estudios que demuestren fehacientemente que inhibiendo la inflamación per sé, reduzcamos la placa. Tenemos efectos de las estatinas que producen los lípidos y tienen también efectos antiinflamatorios y estas moléculas sí que han demostrado reducción de placa. Pero no hemos obtenido aún un producto antiinflamatorio que reduzca la placa, aunque hay varias iniciativas.

Tengo entendido que utilizan cerdos como animales experimentales, concre-

tamente en cirugía del corazón... ¿por qué se utilizan? ¿Tan parecidos son a los humanos?

Los utilizamos por muchas razones. Tienen un sistema vascular igual que el humano. Sin embargo, es difícil trabajar con cerdos y por eso la mayoría de investigadores trabajan con ratones o ratas. Usar conejos ya tiene más complicación y el cerdo es la complicación máxima. Hay investigadores que usan monos, pero yo por problemas éticos jamás he utilizado monos porque están en peligro de extinción y por razones adicionales. El modelo cerdo es prácticamente como nosotros, aunque tiene la complejidad de que necesitan un quirófano como los de los humanos. También se necesitan unas habilidades no necesarias para trabajar con animales inferiores, pero también obtienes mucha información, por eso lo consideramos un modelo preclínico, mientras que los otros animales sirven solo, por ejemplo, para probar una hipótesis.

Durante ocho años fue directora de Investigación del Monte Sinaí, una de las instituciones más prestigiosas del mundo. ¿Qué fue lo más importante que aprendió allí?

Aprendí a separar lo necesario de lo innecesario, a hacer una investigación que fuera dirigida a responder a problemas importantes. En el área biomédica tenemos preguntas candentes a las que hay que responder porque la gente las necesita. Aprendí que teníamos que apuntar bien, tener ideas claras porque el

tiempo es limitado y que hay que escoger bien lo que quieres hacer. Aprendí muchísimas cosas, yo me marché de becaria postdoctorado y cuando iba a regresar fue cuando el doctor Valentín Fuster me reclamó y me dijo si quería irme a Nueva York, y me marché con mi marido, que encontró trabajo en la Universidad de Columbia. Y siendo extranjera y mujer me nombraron directora de laboratorio. Tuve que tomar muchas decisiones, que no siempre es

fácil. Cuando tomas decisiones ves los riesgos que asumes, por eso me ha sido más fácil montar los centros aquí en el CSIC y tomar complicadas iniciativas. Allí me enseñaron a tomar las decisiones ajustadas a las necesidades.

A usted le vino muy bien salir de España e ir a trabajar al extranjero, ¿por qué se muestra tan crítica con que los jóvenes investigadores españoles se tengan que marchar en la actualidad?

Yo me fui porque lo escogí en un momento que hacía falta irse de España. Si me hubiera quedado no hubiera hecho el trabajo realizado. Me marché con un coste elevado. Tenía una plaza en el Consejo y me marché con una beca. Mi marido, que es periodoncista, dejó su plaza en la Seguridad Social. Tuvimos unos años de estrecheces pero teníamos claro que si queríamos hacer investigación era el momento, ya que no había estructuras de investigación en este país. En cambio, en este momento la gente se va porque no tiene alternativa en España. Yo tengo la opinión de que todos se tienen que ir, al menos es lo que hacen mis becarios a los que recomiendo que pasen por lo menos dos años fuera, porque aunque aquí tengamos centros competitivos y publiquemos a nivel internacional, es bueno para crear un criterio científico ver cómo trabajan en otros lugares. Eso madura como persona y como profesional. ¿Qué ocurre ahora? Que la gente se va fuera no a formarse sino a producir. Esa es la gran diferencia. Se van a lo que caiga porque aquí no tienen espacio, a lo que salga. Esa diáspora es una pérdida. No debemos permitir que eso pase. Creo que las autoridades se deben dar cuenta de que España debe seguir por la senda que había iniciado... yo regresé porque en el país había cambiado todo y se notaba. Llevábamos un camino hacia el estrellato, publicábamos muchísimo, la gente seleccionada entraba en los centros de investigación, se traía a gente de fuera, había esa mezcla que te encontrabas cuando salías fuera de España, lo que no puede ser es que se pare. Las autoridades tienen que darse cuenta de que reducir el presupuesto para investigar es hipotecar el futuro. Se



puede reducir un poco pero no parar porque hipotecamos el futuro, un futuro que puede ser muy cambiante. No puede ser que aquí paguemos royalties por todo. Tenemos que gestionar nuestro propio conocimiento. Sobre todo cuando sabemos que España fue durante unos años suministradora de mano de obra barata y por eso venían las multinacionales pero ya no es así y como no generemos la riqueza por la vía del saber vamos a tener un problema.

O sea que la situación actual no se parece en nada a la que usted dejó al marcharse...y nuestros protocolos son bastante parecidos a los de las más prestigiosas instituciones, ¿no es así?

Estamos mucho mejor. En un mundo globalizado tenemos inmediatamente la información sobre la mesa. Ahora ir a los con-

gresos ya no es tan necesario y estos se han convertido en foros en donde los jóvenes se presenta para que se les escuche y es una zona de relaciones para establecer futuros proyectos de colaboración.

¿Por qué piensa que las mujeres son buenas investigadoras y por qué cree que abundan en los laboratorios?

Hay muchas mujeres becarias porque se paga mal la beca. El hombre piensa que tiene que ganar más dinero y la mujer acepta un salario más intermedio. Critico el hecho de que hay mujeres muy buenas que cobran poco pero si subes la escala te vas encontrando que hay cada vez menos mujeres. Hay un techo de cristal que impide que las mujeres suban y este es nuestro reto de futuro como mujeres. En las empresas hay pocas mujeres directivas,



ENTREVISTA Lina Badimón

pocas catedráticas, pocas profesoras y jefas de investigación y de servicios.

Creo que fue un personaje femenino y concretamente Madame Bovary, la desgraciada protagonista de la novela de Gustave Flaubert, la que le llevó por los caminos de la investigación... y que es una gran admiradora de Jane Austen.

Yo tenía una madre de ideas muy avanzadas que no pudo estudiar porque su padre no lo consideró oportuno. Le hubiera gustado ser médico y ella me abrió los ojos y yo desde muy joven leía todo lo que pillaba por casa. Y leí Madame Bovary, y me quedé pasmada, no quería que mi vida fuera eso, la falta de realización y la continua depresión en una sociedad que la estaba paralizando. Luego he estado leyendo más, por ejemplo, a Jane Austen, también claro para no perder mi inglés porque aquí en España solo utilizo el inglés técnico, y después de 15 años en Estados Unidos me gusta leer a Austen. Es curioso porque durante mucho tiempo se creyó que escribía unas novelitas rosas hasta que se dieron cuenta que todos sus libros estaban impregnados de una importante crítica social de la época que le tocó vivir. Esa timorata sociedad inglesa de comienzos del siglo XIX. Ella triunfó escribiendo libros y se ganó la vida escribiendo libros. Pagó su peaje porque no fue feliz, no pudo casarse porque estaba en contra de los estereotipos de la época. Ahora se está revisando la historia a través de estos movimientos que está intentando valorar el papel de la mujer en la historia, pintoras famosas que nadie les dejó ser famosas y ahora están descubriendo sus pinturas... se nota un cambio de percepción pero todavía hay un techo que impide que las mujeres lleguen a donde tienen que llegar.

También se han dado casos en el campo de la investigación, por ejemplo, lo que ocurrió con Rosalind Franklin, que hizo el trabajo de desvelar las estructuras de las proteínas mediante rayos X, que permitieron a Watson y Crick describir la doble hélice del ADN.

Hay voces discordantes que dicen que Ro-



salind no tuvo tanto mérito, que hizo solo las primeras fotografías, pero claro, de donde en realidad se saca la idea de la estructura son de esas fotografías. Ella según se deduce de sus cartas no solo sufrió por ser mujer sino también por ser judía. Esa doble condición le impedía tener una relación tan distendida con los otros profesores como era el caso de sus colegas. Watson por entonces era un becario y se aprovechó del conocimiento de ella y de los otros profesores. La historia ha sido injusta con ella, no le dieron el Nobel y la razón que se dio es que nunca le habían otorgado un Nobel a un muerto. Watson en su libro tampoco es muy amable con ella decía que era una persona malhumorada... estuvo muy feo por su parte. Fue una mujer que decidió que tenía que investigar y realizó una labor que cambió la ciencia porque nos ha permitido investigar basándonos en técnicas genómicas que se han aplicado a todo.

Lina Badimón ha recibido recientemente un último premio: el de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y de la Fundación Tec-

nología y Salud ¿Qué aporta a los recibidos con anterioridad?

Los premios son siempre agradables de recibir porque todos reconocen una labor. Unos son más tecnológicos como en este caso. Otros premian la ciencia básica y recibirlos siempre es importante porque estamos en un país en el que la ciencia no ha importado demasiado hasta hace poco. Por lo tanto, que haya premios es importante para la comunidad científica. Me gustó mucho recibir la Cruz de San Jorge de la Generalitat de Cataluña por lo que representa de reconocimiento del lugar donde nací, pero también me gusta el recibirlos por alguna actividad, como por ejemplo éste, o como es el de la Sociedad Europea de Investigación Clínica, que me concedió la medalla de oro. Fui la primera mujer presidenta de esta sociedad, que cumple ahora 60 años. Ésta es una prueba de cómo la ciencia, estimulando la reunión de gentes de distintos países, obtiene mejores resultados. En la actualidad tengo tres italianos, un mexicano, un peruano becario y ha acabado un francés que ya se ha ido. Como profesores he tenido a un francés, a uno de Manchester, otro de Austria con contratos de poco tiempo y los becarios, por ejemplo, con becas que a veces genero yo, con proyectos que me dan o premios o por becas públicas. Pero este caldo es muy bueno. Los extranjeros pueden ser profesores en centros españoles y eso no puede pararse, ese crisol hace que se genere más conocimiento. La ciencia fusión es algo muy interesante. A eso nos deberíamos apuntar todos. Querría decir que en España hay muchas personas con talento, que no deberíamos desaprovecharlo y que deberíamos estimular que la gente cuando está en el colegio sepa que pueden contribuir al cambio. A mí nadie me lo dijo, lo tuve que descubrir yéndome. Por tanto, abramos las puertas para que vengan los alumnos de bachillerato y puedan ver qué es la investigación, qué se hace, qué es lo que se requiere y que con 14 ó 15 años comprendan que pueden ser actores de la ciencia, no simples espectadores. Creo que para cambiar nuestro futuro tenemos que tener mucha confianza en aquellos que van a ser los protagonistas del mañana ■

**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**



Es importante disponer de

directivos

capaces de dirigir a las personas
porque las instituciones sanitarias
no se pueden dirigir
sólo desde despachos

Eduardo García Prieto

Director Gerente Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl)

Texto | Ana Montero Fotos | Sacyl



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Eduardo García Prieto

La coordinación e integración entre Atención Primaria y Atención Especializada; la estrategia de atención a la cronicidad; la reordenación de profesionales en el primer nivel asistencial o el desarrollo del Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente son algunas de las claves de actuación de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. En definitiva, pasos con los que la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl), con Eduardo García Prieto al frente, avanzará en el modelo de la Sanidad del futuro y mejorará su gestión, haciendo que el sistema sea más eficiente y sostenible.

La Consejería de Sanidad de Castilla y León dio el pasado año un giro a la estructura de Sacyl, ¿cuáles eran los pilares principales de esa “revolución” y qué se ha logrado con ese paso hasta la fecha?

En Sacyl se ha modificado, por el momento, la estructura central; es decir, las funciones de las direcciones generales. En este sentido, hemos articulado la estructura de la Gerencia Regional a través de cuatro direcciones generales como son la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que asume las funciones relacionadas con los procesos asistenciales y la organización de los centros sanitarios; la Dirección General de Planificación e Innovación, responsable del Plan de Salud y del Plan de Calidad; y también de las TICs y de la investigación; la Dirección General de Administración e Infraestructuras; y la Dirección General de Recursos Humanos. Ahora mismo lo que estamos planteando es una reordenación de la estructura periférica, en la cual, lo que haremos será integrar estructuras directivas de Atención Primaria, de Atención Especializada y de Área.

En este sentido, ¿cuáles son los retos a corto, medio y largo plazo?

A corto plazo, el reto más inmediato es ser capaces de mantener todas las prestaciones, es decir, el núcleo básico de la Sani-



dad, dentro de un sistema público y con una gestión pública. Y a medio plazo el reto sigue siendo poder desarrollar medidas que nos permitan mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, llegando a la integración entre ambos niveles. En definitiva, dar un giro hacia estructuras que nos permitan trabajar más por procesos asistenciales y establecer fórmulas que hagan posible una mayor participación de los profesionales en la gestión clínica.

La Atención Primaria de Sacyl también se ha transformado, ¿en qué ha consis-

tido ese cambio? ¿Con qué criterios se ha hecho?

El mapa de la Atención Primaria se ha mantenido, no ha habido ninguna modificación de las zonas básicas de salud. Lo que sí hemos hecho ha sido un estudio de las cargas asistenciales en Atención Primaria y de acuerdo con ello hemos reordenado los recursos humanos. Así pues, se ha desarrollado un Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria que nos permite adaptar el número de médicos y enfermeras que tenemos en cada zona básica de salud según la población y sus

necesidades, según las características geográficas y según la dispersión. Castilla y León es una de las comunidades autónomas que más consultorios tiene, algo más de 3.600, lo que hace que sea necesaria una buena organización para poder llegar a todos estos puntos de atención. En esa reordenación hemos tenido en cuenta, además de la población, los grupos de edades de dicha población, su frecuentación, el número de consultorios donde se presta la atención sanitaria, ya que no es lo mismo atender a 1.500 habitantes en un sólo núcleo de población que atenderlos en tres o en cuatro puntos distintos, o la ruralidad, puesto que hemos detectado que las personas que viven en zonas rurales tienen una frecuentación mayor que las personas que viven en las zonas urbanas.

¿Por qué cree que la gestión única de área resulta más eficiente que otras fórmulas para gestionar la asistencia?

Creo que esto es un convencimiento de casi todos los gestores; de hecho, llevamos intentando, desde el principio de la reforma, desde que se publicó la Ley General de Sanidad, buscar la coordinación y la integración. En este contexto, lo que la Ley General de Sanidad establece es una gestión única en el área y dos niveles asistenciales, algo que, por diferentes motivos, ha ido derivando en que existan diferentes niveles de gestión, uno en Atención Primaria y otro en Atención Especializada. Esta estructura durante un tiempo ha sido buena, porque ha permitido el desarrollo de los dos niveles de acuerdo con los objetivos específicos de cada uno, pero provoca una solución de continuidad que hace que el paciente y la información no fluyan adecuadamente y esto es lo que hay que tratar de evitar. El modelo de gestión única del área busca fundamentalmente la continuidad del proceso asistencial. Si lo único que conseguimos con la integración de ambos niveles es tener una dirección de recursos humanos única o una di-

rección de gestión única, yo creo que habremos fracasado. Lo realmente importante es integrar el proceso asistencial y que la información clínica esté a disposición del sanitario, médico o enfermera, que lo necesite, en el momento que lo necesite, con independencia de dónde se haya generado.

La estrategia para mejorar y agilizar la atención a los pacientes crónicos era otra de las grandes apuestas de la Gerencia Regional, ¿Qué se ha conseguido? ¿Cuáles son las principales líneas de actuación y las directrices de dicha estrategia? ¿Se está trabajando en algún plan novedoso al respecto?

En la Gerencia Regional de Salud ya veníamos trabajando en diferentes actuaciones de mejora de atención a pacientes crónicos; de hecho, hay experiencias en algunos centros en los que existe un modelo de asistencia rápida a los pacientes crónicos, de tal manera que se mejoran los circuitos y la derivación entre Atención Primaria y Especializada. También se han puesto en marcha sistemas de telemedicina y proyectos de coordinación con atención sociosanitaria que se han estado pilotando a lo largo de 2012, con la utilización de camas sociosanitarias, en colaboración con la Consejería de Familia y Servicios Sociales. En definitiva, lo que hemos intentado es integrar y el resultado ha sido la Estrategia de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico, aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León y presentada recientemente. Lo que se pretende es aprovechar todas esas experiencias que ya teníamos en marcha y dar un giro en la organización de la atención al paciente crónico, utilizando los recursos específicos que

se necesitan en cada uno de los niveles, según la complejidad del paciente; también nos planteamos acciones que promuevan una mayor autonomía y responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su propia salud. Nuestro Plan no es muy diferente al que tienen otras comunidades autónomas, y en este sentido, creemos que es muy importante ver qué hacen los demás, aprender de lo que hacen, y tratar de mejorarlo.

Otra de las grandes novedades es el Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, ¿En qué consiste? ¿Con qué objetivo nace?

En el Plan de Calidad, que tradicionalmente venimos desarrollando y que ahora hemos reformulado, se establecen las líneas principales para mejorar el sistema sanitario y en él abordamos diez proyectos de gestión de la calidad y trece proyectos de seguridad del paciente. En los proyectos de gestión de calidad, seguimos impulsando herramientas como el modelo EFQM, introducimos las guías clínicas electrónicas interactivas con la historia clínica, que permiten el seguimiento de todos los procesos de un paciente de forma integrada y potenciamos la gestión por procesos. Del mismo modo, se ha tratado de avanzar en un sistema de análisis de los resultados en salud, sin olvidar el análisis de los indicadores de procesos. También estamos intentando proyectar, a través de los planes de gestión de calidad, el liderazgo y la gestión de las personas, facilitando la coordinación entre centros sanitarios. Al respecto, cabe

señalar como otro de los grandes problemas del sistema a la nuclearización del mismo, ya que todos los hospitales tienden a desarrollar una cartera de servicios creciente, sin contar con el hospital de al lado.

En este sentido, nosotros creemos que es necesario buscar alianzas entre los hospitales, que permitan crecer a todos los que participan de ellas y que, al mismo tiempo, permitan tener un número suficiente de

Si lo único que conseguimos con la integración Primaria y Especializada es tener una dirección de recursos humanos única, habremos fracasado



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Eduardo García Prieto



pacientes como para que la prestación que se realiza mantenga también un nivel de calidad. Dentro de los proyectos en seguridad del paciente hay que señalar, entre otros, el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección relacionada con la Atención Sanitaria; la extensión de los Proyectos Bacteriemia y Neumonía Zero; la higiene de manos; la extensión de la utilización del “check list” quirúrgico de la OMS; la conciliación de la medicación al alta; la mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos; la mejora de la información al ciudadano...

En otro orden de cosas, para el cambio en la cultura organizativa de un sistema sanitario como el de su Comunidad ha sido necesario contar con buenos gestores que lideren estrategias de transformación y, sin duda, existen buenos directivos para llevar a cabo estas innovaciones. Sin embargo, ¿es necesario su profesionalización para garantizar el éxito del cambio?

Los gestores con que nosotros contamos son todos profesionales de la gestión que saben responder a las necesidades de la

organización. Además, aunque habitualmente se dice que su duración en el cargo suele ser corta, en nuestro caso, permanecen el tiempo adecuado. Por otra parte, el tipo de gerente que necesitamos en estos momentos ha de saber que lo que dirige, fundamentalmente, son personas. Dirigir organizaciones y procesos es importante, pero en nuestro sistema sanitario, que es un sistema de servicios, el núcleo es la persona, los médicos y enfermeras, que prestan esos servicios. La clave del éxito del sistema sanitario está en que estos profesionales estén lo suficientemente implicados y motivados. Por tanto, la labor del directivo, en este sentido, está en ser capaz de explicar no sólo lo que hay que hacer sino por qué hay que hacerlo y cómo hay que hacerlo. Es fundamental que su actitud sea dialogante, que sepa escuchar las propuestas de los profesionales y que integre esas ideas dentro de los proyectos. Lo más importante es disponer de directivos que sean capaces de dirigir personas, sobre todo, y también la organización. Las instituciones sanitarias no se pueden dirigir sólo desde despachos.

Entonces, en su opinión, ¿la profesiona-

lización del directivo mejoraría su motivación, implicación, compromiso y satisfacción en el hospital del futuro?

Es fundamental contar con directivos que conozcan cómo funciona la organización y cómo funciona el sistema sanitario y esto sólo se logra mediante la profesionalización de los directivos. Hay determinados puestos para los que se requiere que la persona provenga de la asistencia sanitaria, pero creo que llegar a ser gerente de un centro de Atención Primaria o de un hospital requiere de una serie de pasos previos que le van formando.

¿Cuáles son las necesidades y deficiencias de los directivos sanitarios? ¿Sus fortalezas?

El directivo ha de ser capaz de escuchar, de mantener un estilo de dirección participativa y dialogada con la estructura sanitaria pero, al mismo tiempo, debe ser consciente de que a quien le corresponde la decisión final es a él. Como deficiencias se identifica, precisamente, lo contrario; es decir, tomar decisiones sólo en base al análisis de los datos, pero sin dialogar con

las personas que hacen el día a día de la asistencia sanitaria.

En muchas ocasiones ha hecho hincapié en la necesidad de reclutar a los directivos del sector por medio de una carrera profesional. ¿En qué consiste esa carrera profesional del directivo? ¿Es el momento de plantear a nivel territorial un modelo común de carrera directiva?

En Castilla y León dentro de la carrera profesional tenemos integrada la carrera directiva, en cuyo diseño han participado prácticamente todas las sociedades científicas, entre ellas, las sociedades de directivos. Por tanto, dentro de nuestra carrera profesional ya está contemplado el desarrollo directivo. Tal vez lo que nos hace falta es hacer atractiva la carrera directiva a personas jóvenes que les pueda interesar iniciar esta línea profesional porque lo que nos encontramos, en estos momentos, son directivos con una media de edad elevada. Es necesario, por tanto, incorporar al sistema una cantera nueva de directivos y el reto es cómo incentivamos a las personas que trabajan en el sistema para que se decidan por la carrera directiva. Estamos hablando de incentivos de tipo profesional, como la capacidad de desarrollar proyectos, y también de carácter laboral y económico.

¿Cómo están afectando los recortes a la Sanidad castellanoleonesa? ¿Se sigue manteniendo la calidad? Usted ha dicho en muchas ocasiones, que “se puede hacer más con menos” y ha defendido que, en esta nueva gestión sanitaria, hay margen para lograr que el sistema sea más eficiente. ¿Lo es? ¿Cuáles son las principales bolsas de ineficiencia?

En Castilla y León lo que inicialmente hemos hecho ha sido tratar de eliminar aquello que no afecta al núcleo central de la asistencia sanitaria. En este sentido, hemos adoptado algunas medidas que quedan al margen de la asistencia sanitaria,

como la adecuación de recursos destinados a formación; las que tienen que ver con acción social; o la eliminación de la manutención de los profesionales en los días de guardia, tanto en los hospitales como en los centros de Atención Primaria. También estamos tratando de mejorar la eficiencia en muchos otros aspectos como, por ejemplo, la adecuación de las guardias de Atención Especializada, tratando de homogeneizarlas según las categorías de hospitales; la reorganización de algunos Puntos de Atención Continuada en la Atención Primaria; el Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria que hemos comentado y el plan de ordenación de recursos humanos que afecta a la prolongación de la edad de jubilación... Además, no sólo se ha tratado de mejorar la eficiencia en el entorno de la asistencia sanitaria, sino también en la gestión de los propios hospitales, mejorando, por ejemplo, el consumo eléctrico y de gas o adecuando los contratos de servicios.

Por último, se han acometido una serie de medidas que han supuesto que las actividades extraordinarias se incluyan en el incremento de jornada. La respuesta de los profesionales ante esto es de cierta paz y tranquilidad a pesar de lo que supone que te toquen el sueldo. Creo que contamos con excelentes profesionales comprometidos

La clave del éxito del sistema sanitario está en que estos profesionales estén lo suficientemente implicados y motivados

Hace falta incorporar al sistema una cantera nueva de directivos y el reto está en cómo incentivarlos

con la atención a los pacientes, y entre todos, intentaremos buscar las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y la calidad de la asistencia, que es lo que más nos preocupa a todos

Algunas comunidades autónomas tienen en marcha modelos de gestión basados en la colaboración público-privada, ¿cómo valora esta forma de gestión? ¿Castilla y León es susceptible de profundizar en esa fórmula? ¿Hay alguna experiencia en este sentido?

Las diferentes fórmulas de gestión, y la colaboración público privada es una de ellas, son válidas. Lo que realmente le importa al paciente es que le presten la atención sanitaria, no le importa quién se la presta y cómo se organiza. En Castilla y León apostamos, fundamentalmente, por un sistema de gestión pública. Nuestra Comunidad cuenta con una dispersión geográfica muy amplia,

con hospitales que se encuentran a distancias de 100 kilómetros entre sí y algunos Puntos de Atención Continuada que están a 80 kilómetros de distancia

del hospital más cercano, esto hace que sea difícil introducir algunas fórmulas que sí funcionan en otras regiones o comunidades, como Madrid, Valencia o Cataluña, que tienen mayor concentración de población. Nosotros apostamos por la fórmula de gestión pública, nos funciona, y nuestra intención es seguir con ella ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



18 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

Joaquín Estévez

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

Jesús Sanz

Presidente de la Asociación Nacional de Directivos
de Enfermería (ANDE)

De forma bianual los gestores de nuestra Sanidad debaten sobre las mejores formas de buscar calidad y eficiencia en el sistema en el Congreso Nacional de Hospitales, organizado por SEDISA y ANDE. En esta ocasión, la sede es Bilbao y la fecha del 20 al 22 de febrero. El lema elegido es “Creando valor sostenible”, puesto que la actualidad manda, y la gestión sostenible de los centros sanitarios está entre las prioridades de todas las agendas.

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | SEDISA



Joaquín Estévez

“Para garantizar la sostenibilidad no se puede hacer más de lo mismo”

El lema del 18 Congreso de Hospitales es “Creando valor sostenible”, ¿qué y cuánto pueden hacer los gestores para conseguir la tan ansiada sostenibilidad del sistema?

En un momento como este, en el que todos sabemos que está en riesgo la sostenibilidad del sistema, sigue siendo necesario un Pacto de Estado, tal y como prometió el presidente Rajoy en su investidura, y del que por ahora no hemos visto ninguna acción al respecto. El Congreso puede ser el momento en el que los directivos de la salud demos que sabemos llevar acciones a cabo para garantizar la sostenibilidad del sistema. Es el momento de los gestores y es el momento del desarrollo de la gestión clínica. Por tanto, es un Congreso donde el objetivo es compartir y difundir, así como hacer una puesta en común, de las diferentes acciones que se van llevando a cabo en todo el territorio español para garantizar la sostenibilidad del sistema, que es algo de interés para todo el Sistema Nacional de Salud.

Otra de las ideas clave de este encuentro es la “innovación”. Una crisis es un momento de cambio, ¿en qué podemos y necesitamos cambiar?

Hemos hablado de garantizar la sostenibilidad y para eso lo que hay que tener claro es que no se puede hacer más de lo mismo. En este momento sabemos que hay que hacer cosas nuevas para mejorar la competitividad, para garantizar la transparencia del sistema, para disminuir las todavía muchas bolsas de ineficiencia, y sobre todo, dado que todavía hay muchos centros sanitarios que funcionan con un modelo rígido, con una legislación anticuada y con un modelo muy burocrático, qué se puede hacer que permita soslayar esa cuestión. Es decir, utilizar las herramientas de gestión más adecuadas y más modernas, y que haya actuaciones por parte de los di-



rectivos que estén en íntima conexión con los clínicos, lo que se traduce en mayor eficiencia y productividad.

Estamos en un momento en el que la gestión sanitaria está en el punto de mira, tras los proyectos de privatización para generar ahorro. ¿Despolitizar la gestión y profesionalizar la función directiva puede ser una alternativa?

Es nuestro caballo de batalla, esperamos que de una vez, en las CC.AA. donde todavía no se han dado cuenta de esto, se despolitice el nombramiento y mantenimiento de los directivos. Igualmente, que sean evaluados por objetivos, resultados, y rendimientos, porque así es como se incrementa la eficiencia de los centros sanitarios. Es el momento, hay que reflexionar al respecto, y que esto no quede sólo en el plano teórico. Los políticos siempre dicen que el paciente es el centro del sistema, y que cuentan con los profesionales, pero eso

en realidad no es cierto, el sistema no está organizado en torno al paciente, al igual que todavía hay muchos sitios donde los directivos no son profesionales, o al menos, son más políticos que profesionales.

La principal diferencia en esta gestión privada es que el personal no se rige por un régimen funcional, ¿cambiar este régimen también dentro de la función pública permitiría una mejor gestión de los centros sanitarios?

Es muy importante cambiar ese régimen de los profesionales, y mientras no se haga no mejorará la eficiencia de los recursos humanos en nuestros centros sanitarios, y por tanto, debería ser una asignatura para que la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS se pusiera de acuerdo. Asimismo, debe hacerse un cambio en la gestión de nuestros profesionales para permitir una mayor implicación de los mismos, una evaluación de su desempeño, y que se pueda discriminar entre los profesionales en cuestiones como los incentivos o los complementos retributivos, según el rendimiento e implicación de cada uno.

Una de las áreas temáticas de este Congreso versa sobre la innovación en los sistemas de financiación, ¿qué se va a abordar a este respecto?

La clave es dejar de pagar por procesos, lo que muchas veces incrementa la actividad innecesariamente, porque se hacen pruebas innecesarias y porque no hay una verdadera evaluación de resultados, ni de salud, ni económico-asistenciales. Por tanto, la idea es ir hacia un pago capitativo ajustado, que permita equilibrar la financiación *versus* resultados en salud en nuestros centros.

Igualmente existe un apartado dedicado a la Medicina Personalizada, ¿cómo se aborda este cambio científico y social desde una perspectiva más económica?

Por una parte hay que aclarar que tendemos a esa Medicina porque tenemos unos pacientes más exigentes, más informados

y las nuevas tecnologías han avanzado mucho hacia la Medicina Personalizada. Por todo ello hemos creído muy importante dedicarle un espacio en el Congreso, porque de hecho, uno de los intereses de este encuentro es que no vayamos sólo los directivos, la Administración o las empresas del sector, sino que acudan los clínicos, y esta puede ser una de sus áreas de interés. Evidentemente, en

el terreno económico supone la introducción de un encarecimiento por un aumento de la calidad de un producto, que además se da en un momento de crisis. El directivo lo que tiene que tener es la suficiente imaginación para optimizar recursos, es decir, derivarlos de unas áreas para otras, o por ejemplo, establecer contratos de riesgo compartido y protocolizar actuaciones con los laboratorios, o con las empresas de tecnología, estableciendo relaciones de alianza, y así ajustar precios para conseguir el menor incremento presupuestario posible.

Hacer efectiva una verdadera gestión integrada viene siendo una de las necesidades que se viene reclamando hace años. ¿Van a participar activamente los gestores provenientes de la Atención Primaria también en este encuentro?

Afortunadamente, en SEDISA estamos a favor de la integración de áreas, y si antes había experiencias piloto ahora hay realidades en nuestro país a las que no se les puede dar la espalda. Si decimos que el paciente es el centro del sistema hay que demostrarlo garantizando la continuidad de cuidados y la comunicación entre niveles y profesionales. Si esos profesionales quieren ver por dónde va la gestión los profesionales de la Primaria deben acudir a nuestro congreso, que de hecho debe tender a ser el Congreso de la Sanidad, que es nuestro objetivo presente y futuro, tanto por parte de SEDISA como de ANDE.

SEDISA ha desarrollado dos documentos

muy relevantes, el primero sobre la profesionalización de la gestión sanitaria, y el segundo sobre una serie de propuestas para la sostenibilidad del sistema, ¿se aprovechará el Congreso para exponerlos y ponerlos a debate?

Seguimos presentando en todas las jornadas, simposios y revistas, nuestros documentos, e igualmente con las Consejerías y Servicios de Salud. Por una parte está el documento sobre profesionalización de la gestión sanitaria en el que está trabajando Mariano Guerrero, desarrollando ese intento de que nuestra formación esté acreditada. Respecto a la sostenibilidad, ya no contamos sólo con el documento que presentamos hace dos meses, ahora tenemos dos nuevos documentos. Uno en el que nos pronunciamos sobre crisis como la que está ocurriendo ahora en Madrid, que es una nueva declaración sobre la sostenibilidad realizado por Carlos Alberto Arenas, y después un segundo artículo realizado por Manuel Huerta que se titula “Basta ya de recortes”, y que centra qué cuestiones se han hecho hasta ahora y qué cuestiones se deberían hacer, según el autor, para garantizar la sostenibilidad del sistema ■

Jesús Sanz

“Los profesionales de la Enfermería deberíamos involucrarnos más activamente en el desarrollo de la política sanitaria”

Podría explicarnos ¿cómo es ese trabajo conjunto entre ANDE y SEDISA y cuáles son sus objetivos a alcanzar tras este foro?

El Congreso de Hospitales es un punto de encuentro, un foro científico donde, cada

dos años, se comparten conocimientos y experiencias relacionadas con la gestión de las instituciones sanitarias en nuestro país sin renunciar al análisis comparado con otras realidades de nuestro entorno. Han transcurrido 36 años desde que unos pioneros de la gestión sanitaria comenzaron esta aventura. Años en los que hemos tenido la oportunidad de analizar y debatir intensamente acerca de nuestras organizaciones, los modelos y formas de gestión. Desde entonces hemos sido, y estamos siendo testigos de profundísimos cambios en el sistema sanitario al que los gestores sanitarios hemos ido dando una respuesta profesional en cada momento. Por ello, uno de los aspectos fundamentales que integran las estrategias de las Sociedades que organizamos este Congreso, SEDISA y ANDE, es la defensa de la profesionalización de los gestores sanitarios en cualquiera de sus ámbitos, por lo tanto, este es el objetivo fundamental que orienta transversalmente todas nuestras actuaciones conjuntas.





© Juan Carlos Tomás

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



¿Cuál cree que es hoy la visión que tiene el propio sector del gestor sanitario? ¿Es por fin un auténtico mediador e interlocutor?

Un buen gestor es aquel que logra resultados gracias a las personas que trabajan en su equipo, institución, empresa, etc., en condiciones de eficiencia y además se siente motivado con ellas. La visión que el sector tiene del gestor sanitario es poliédrica, y va asociada en la mayoría de los casos a la capacidad de liderazgo de los gestores más cercanos a su ámbito de trabajo.

“Nuevas estructuras y nuevas organizaciones” es uno de los temas a tratar en este 18 Congreso Nacional de Hospitales, ¿qué papel debería tener la Enfermería en esa nueva organización?

Estamos hablando de gestión, por lo tanto desempeñamos el mismo papel y tenemos la misma capacidad de aprendizaje que el resto de los profesionales de la gestión sanitaria. Las enfermeras gestoras deben proseguir en su concienciación sobre la necesidad de modificar los roles directivos, apostando por gestores “facilitadores” con capacidad de ejercer el liderazgo en los cuidados. Deben trabajar activamente para que en este nuevo entorno se priorice la coherencia entre los valores, la filosofía y la visión de las enfermeras gestoras y de las enfermeras cuidadoras. También deben dar respuesta a la necesidad de que las enfermeras contribuyan en la toma de decisiones a todos los niveles de las políticas sanitarias, que fue una de las recomendaciones de la Segunda Conferencia Ministerial de Enfermería en Europa de la OMS. Los profesionales de la Enfermería deberíamos involucrarnos más activamente en el desarrollo de la política sanitaria, y deberíamos participar en la toma de decisiones políticas como la distribución de los recursos o las prioridades de gasto.

Igualmente “reorientar el foco hacia el paciente”, parece ser otro de los objetivos siempre ansiados, ¿cómo puede conseguirse que esto sea un hecho y no, como hasta ahora, sólo palabras?

Es una prioridad absoluta situar este tema sobre la mesa, es una necesidad entendida por todo el mundo y al mismo tiempo excluida de la práctica diaria. Tengo serias dudas de que en este momento se vaya a trabajar activamente porque este tema cambie. Solo será posible si desde los distintos niveles de los responsables

políticos se considerase una prioridad estratégica de verdad y se implementasen las medidas adecuadas.

La innovación y las nuevas tecnologías también ocuparán un importante espacio en los temas a tratar, ¿cree que existe una fascinación tecnológica que ha ido en detrimento del humanismo médico, y por tanto, del papel de la Enfermería?

Es evidente que trabajamos en uno de los sectores que más innovación produce. Los hospitales están permanentemente generando conocimiento, no sólo científico-técnico en el ámbito asistencial, sino también en la cultura organizativa y de gestión. En medio de las ingentes innovaciones que se están produciendo en el mundo de la salud, son justamente los profesionales sanitarios y no sanitarios los que diseñan las innovaciones más interesantes en gestión sanitaria, donde el concepto diseñar adquiere cada vez más importancia en los procesos de innovación en salud. El directivo de hoy ha de ser capaz de adoptar decisiones con flexibilidad y rapidez, adaptarse a los cambios, manejar los escenarios, poniendo especial atención en la transparencia y el buen gobierno. Los procesos innovadores deben acelerarse y los principios de excelencia son absolutamente imprescindibles.

Sin duda, nuestras organizaciones cuentan con directivos capaces de construir un futuro mejor y sostenible. Por ello, en nuestro país disponemos ya de experiencias muy diversas de las que podemos sacar importantes conclusiones tendentes a la permanente búsqueda de la racionalización de nuestras estructuras, para conseguir que sean más efectivas y eficientes a la hora de gestionar la innovación. El Congreso ofrece una oportunidad inigualable para su discusión. Centrándome más directamente en su pregunta, existe un debate permanente entre ambas tendencias, el equilibrio entre la utilización de la tecnología y los cuidados personalizados es una obligación de todos los profesionales sanitarios, pero indudablemente es una de las funciones estelares de las enfermeras.

¿Cómo han gestionado los directores de Enfermería los recortes sanitarios?

Los recortes sanitarios están afectando a todo el SNS, aunque hay que reconocer que no de la misma manera en todos los sitios. La gestión sanitaria está transferida y por lo tanto las decisiones políticas en cada comunidad autónoma están estableciendo diferentes prioridades. Las enfermeras gestoras vienen trabajando para minimizar las repercusiones que estos recortes puedan tener en las personas e instituciones sanitarias, así como en mejorar la gestión y terminar con las bolsas de ineficiencia que el sistema tiene, este es uno de los principales retos que los gestores debemos afrontar ■

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







La biotecnología en España

no es una potencialidad sino una realidad
en términos de empleo, economía,
producción, calidad y bienestar
de los ciudadanos

Antonio Sevilla

Director de ventas de GENÓMICA. Grupo Zeltia

Texto | Mónica de Haro

Fotos | Luis Domingo



BIOTECNOLOGÍA Antonio Sevilla

Rotundo y optimista, así se muestra el director de ventas de GENÓMICA, del Grupo Zeltia, Antonio Sevilla, que analiza los últimos avances de esta empresa pionera, que ha puesto la tecnología al servicio del diagnóstico y la Medicina personalizada.

GENÓMICA se dedica a la identificación genética de individuos y al diagnóstico *in vitro*. ¿cómo se gestó la empresa?

La idea de crear GENÓMICA se gestó gracias al espíritu emprendedor y a la confianza en el sector biotecnológico del presidente de Zeltia, así como al esfuerzo de varias personas que hace 22 años implementaron la tecnología del ADN en España. Nace en 1990 para dar respuesta a la necesidad de emplear la tecnología del ADN para la identificación de individuos.

¿Por qué se especializó en este campo?

La especialización en esta área vino fundamentalmente por el conocimiento de la tecnología de ADN, en sus diversas aplicaciones, y porque el diagnóstico, ya fuera clínico o forense, demandaba nuevas tecnologías más rápidas y fundamentalmente sensibles, específicas y fiables. GENÓMICA fue pionera en utilizar la tecnología del ADN en España, en primer lugar en los análisis de identificación genética en individuos (pruebas de paternidad, parentesco y huella genética) y animales, y posteriormente con la implementación de la técnica de la PCR en el diagnóstico *in vitro*.

¿Cuáles han sido los proyectos más exitosos de la compañía?

El desarrollo de una nueva tecnología de microarrays para el diagnóstico molecular, el lanzamiento de dos kits relacionados con el diagnóstico del cáncer, ya sea en

cuanto a la prevención en el cáncer de cérvix, con el diagnóstico de los genotipos de papilomavirus, como en su aplicación en la farmacogenómica con el sistema de detección de mutaciones genéticas presentes en el cáncer colorrectal.

¿En qué áreas son líderes?

De igual manera la implementación y consolidación en el mercado español y el proceso de internacionalización de la empresa han constituido uno de los grandes éxitos. En este sentido, GENÓMICA acaba de abrir una filial en Suecia.

¿En qué proyectos están inmersos ahora?

Nuestros proyectos están destinados a satisfacer las demandas del mercado, aplicando la tecnología de microarrays que por sus características la hacen muy atractiva.

La tecnología es el punto fuerte de GENÓMICA...

Es cierto que la tecnología es el punto fuerte de nuestra compañía, pero no deja de serlo también el talento de los profesionales que trabajan en ella (médicos, científicos, investigadores...) y la coordinación interdepartamental que existe.

¿En qué se diferencia de otras opciones existentes en el mercado?

La principal diferencia, en este caso ventaja, es la posibilidad de analizar múltiples parámetros (como microorganismos, mutaciones, genotipos) en un único ensayo, con una interpretación automática de los resultados, es decir, no es necesaria una interpretación subjetiva para poder obtener un

resultado de diagnóstico rápido y fiable, que permita al clínico una toma de decisión a tiempo en cuanto al tratamiento a implantar. Esta capacidad de análisis de múltiples parámetros permite realizar los ensayos y obtener un batería de resultados a un menor coste económico, y proporciona una mayor información diagnóstica.

¿Cómo han conseguido levantar su modelo de negocio a pesar de la mala imagen de la marca España fuera de nuestras fronteras?

El proceso de internacionalización ha sido exitoso y GENÓMICA está ya presente en más de 40 países de todo el mundo. La compañía acaba de firmar sendos acuerdos de distribución en EEUU y países del Sureste Asiático. Además, estamos presentes en toda Europa, Oriente Medio, Canadá y Latinoamérica.

¿En qué medida puede GENÓMICA contribuir a mejorar el escenario de la biotecnología y la Medicina?

Creo que ya lo está haciendo, ofreciendo productos y servicios de alta calidad, gran fiabilidad y precios asequibles. Disponer de una buena tecnología de diagnóstico -precoz y preciso- supone un gran beneficio para el paciente y un ahorro importante para el sistema sanitario.

¿Cuáles son las previsiones de futuro? ¿Qué retos en salud tiene ante sí GENÓMICA?

La misión de GENÓMICA es ofrecer un servicio a la sociedad. Las previsiones se basan en seguir

expandiendo el negocio internacional y en centrarnos en el diagnóstico del cáncer y la Medicina personalizada.

Situación actual

¿Cree que estamos ante un declive imparable de la asistencia sanitaria?

La situación actual del sistema sanitario nos afecta igual que al resto de las compañías que contratan con el sistema sanitario, sufriendo recortes y retrasos en los pagos. Sin embargo, prefiero ser optimista y pensar que ésta es una situación transitoria, que saldremos reforzados de esta crisis y que el sistema seguirá apostando por una atención sanitaria de alta calidad.

¿Podemos seguir considerando a la biotecnología como sector de futuro?

Sí, se puede considerar un sector de presente y futuro. La industria biotecnológica mundial ha sido más resistente a la crisis económica de lo que se pensaba.

¿Puede el sector abanderar la carrera por el desarrollo?

Aunque la crisis se ha dejado notar, la mayoría de los analistas coinciden en señalar que la biotecnología conforma un sector suficientemente atractivo para captar la inversión, se trata de un sector joven de alto potencial de rentabilidad. Pero hay que destacar dos asuntos preocupantes: los recortes de la I+D+i y la selectividad cada vez mayor de los inversores.

¿Cuál es el escollo principal?

La financiación, sobre todo la pública, es el problema fundamental con el que se enfrenta la biotecnología hoy en día. A escala mundial la salud humana es uno de los campos con mayor actividad, no solo por el volumen de investigaciones realizadas, sino también por el elevado número de productos introducidos en el mercado. La biotecnología se está convirtiendo en uno de los motores fundamentales para recuperar la senda de crecimiento económico. Constituye una vía de escape para salir de la crisis, al igual que el resto de procesos que requieran de una mayor presencia de I+D+i en la economía.

¿Considera que sigue siendo un área desconocida para el gran público?

Hay muchos productos biotecnológicos que han supuesto un gran avance dentro





BIOTECNOLOGÍA

Antonio Sevilla

del área de la salud, y a pesar de que gran parte de la población general se ha convertido en usuario y se benefician de ellos, desconocen su procedencia y el esfuerzo que hay detrás.

¿Cuáles son sus principales aplicaciones?

En nuestro país, el mayor número de desarrollos del sector de salud son aplicados en el área de la Oncología, seguido por enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, dermatológicas, infecciones víricas, metabólicas... También en patologías raras, donde la industria de la biotecnología es muy activa. El gran público se beneficia de estos desarrollos, pero realmente desconocen su origen.

Se acabó el complejo de inferioridad, por fin destacamos en algo. ¿Cuál es la clave?

A pesar de los duros efectos de la recesión económica, el sector biotecnológico nacional continuó creciendo. A diferencia de otros sectores productivos de la economía española, la internacionalización forma parte de su propia estrategia. El éxito de las empresas biotecnológicas dependen en gran medida de su capacidad de exportar sus productos, establecer colaboraciones y acuerdos de intercambio de tecnología y obtener financiación internacional. Las empresas biotecnológicas españolas actúan de forma internacional, sin fronteras, ya que la tecnología se lo permite y las tendencias del mercado obligan.

¿Aún no se ha reconocido el papel que tiene España en la biotecnología?

Cada vez tenemos más reconocimiento. Para ver la positiva evolución de la biotecnología en España, según datos de ASEBIO, el número de medicamentos biotecnológicos pasó de 93 en el año 2008 a 138 en el año 2012. De igual manera el número de productos y servicios para diagnóstico y *medical devices*, pasaron de 29 en el 2008 a 115 en el año 2012. Es indispensable que todos entendamos que la biotecnología en España no es una potencialidad sino una realidad en términos



de empleo, economía, producción, calidad y bienestar de los ciudadanos.

¿Cuáles han sido, según su criterio, los grandes avances tecnológicos de los últimos años?

Puedo hablar fundamentalmente de los avances tecnológicos del mundo del diagnóstico. En mi opinión, las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico de enfermedades y la aparición de una Medicina personalizada para cada paciente ha sido uno de los progresos más significativos de los últimos años.

La crisis económica, las dificultades de financiación, los recortes, la alarmante situación de la industria farmacéutica... ¿impiden a las biotech como GENÓMICA seguir ofreciendo un servicio de calidad a la sociedad?

No. La calidad (y la fiabilidad de los productos) es una premisa esencial para GE-

NÓMICA y ha sido un distintivo de la compañía durante muchos años. En épocas de recortes, la compañía prefiere minimizar costes en otras áreas, como puede ser el marketing, pero nunca en la calidad de sus productos.

¿La investigación tiene las horas contadas en España? ¿La fuga de cerebros afectará a la productividad de las empresas? ¿frenará el desarrollo de proyectos?

Pienso que ya hemos vivido esta situación en otras épocas y que no podemos ser tan derrotistas. Es cierto que muchos científicos se marchan al extranjero porque aquí no encuentran trabajo, pero antes hacíamos lo mismo para adquirir formación, y luego se volvía a España. Confío en que todas las personas que ahora tienen que marchar, algún día vuelvan a su país con ideas nuevas y mucho que aportar a la ciencia y a la biotecnología ■

Zeltia es un grupo de compañías, de ámbito internacional, dedicadas a la investigación, desarrollo y comercialización de nuevos tratamientos en las áreas de oncología, sistema nervioso central, diagnóstico molecular de uso clínico, identificación genética y una nueva generación de terapias basadas en el RNAi (RNA de interferencia).

Grupo Zeltia: PharmaMar.
Noscira. GENOMICA. Sylentis.
Xylazel. Zelnova.



Zeltia, nuevas fronteras para el cuidado de la salud a través de la innovación



 **Zeltia**

www.zeltia.com

no
umgarte Galerie
D-33602 Bielefeld 18



Dr. Yonás Fernández Juan

CENTRO

Sensedol



España no tiene nada que envidiar
a ningún otro país en el nivel técnico
asistencial de la

Medicina Deportiva,

nuestro talón de Aquiles es que
publicamos poco a nivel internacional
y que hay poca investigación
básica y clínica

Tomás Fernández Jaén

Servicio de Traumatología y Medicina del Deporte de la Clínica CEMTRO

Texto | Ana Montero

Fotos | Clínica CEMTRO



PERFILES MÉDICOS

Tomás Fernández Jaén

“España no tiene nada que envidiar a ningún otro país en el nivel técnico asistencial de la Medicina Deportiva, nuestro talón de Aquiles es que publicamos poco a nivel internacional y que hay poca investigación básica y clínica”



Usted ha sido el responsable de la asistencia médica de los jugadores de los equipos que han participado en el Mundial de Balonmano en el hospital de referencia Clínica CEMTRO. ¿qué supone manejar la asistencia sanitaria de un evento de estas características?

Lo primero es estar disponible todo el día; lo segundo se precisa tener claro que lo más importante es la vuelta a competición del deportista lesionado; y lo tercero poner a disposición de los deportistas los mejores especialistas que tenemos en cada rama.

¿Se sigue algún protocolo especial?

El mismo que utilizamos en la clínica. Los especialistas que tratan a deportistas en competición lo que tienen que saber perfectamente son las normas WADA antidoping (World Anti-Doping Agency) y los procedimientos de solicitud de autorización terapéutica.

¿Cuál es el lugar correcto en el que el médico debe estar situado?

En el terreno de juego, en un sitio que tenga fácil acceso al terreno de juego y que tarde poco tiempo en la llegada al jugador, habitualmente en medio del campo en una banda.

¿Cree que las instalaciones deportivas en España están preparadas y dotadas de la suficiente tecnología para tratar lesiones graves, como por ejemplo, un traumatismo craneoencefálico, que se pueda producir en un partido?

Depende de las instalaciones de las que hablemos: las de alta competición, sí. En las de segundo nivel ahí ya hay matizaciones.

¿Cuáles son las lesiones más frecuentes con que se encuentran?

Las lesiones más frecuentes en el mundo del deporte son lesiones del miembro inferior porque el 99 por ciento de los deportes implican el tren inferior (casi todos los

deportistas saltan, corren, brincan, chut... y las lesiones por sobrecarga de los grupos musculares que usan con más intensidad en cada deporte (el precio de querer llegar más lejos, más fuerte, más alto). Raros son los deportes que, como el ping pong, apenas usan el tren inferior y tiene las lesiones en las extremidades superiores (en este caso, muñeca y codo). Luego hay connotaciones diferenciales según el deporte. En el balonmano, por ejemplo, son frecuentes las lesiones del hombro (hombro del lanzador como sucede en el béisbol y en otros deportes de lanzamiento); en el rugby el síndrome del cremador (quemazón y adormecimiento del brazo, pues se lesionan los nervios del plexo braquial de empujar con el hombro en las melés); o en el golf, donde son típicas las lesiones de columna secundarias a problemas de cadera que impiden el giro correcto del tronco.

¿Cuáles son los tiempos de recuperación y cuál suele ser el tratamiento de estas lesiones más habituales?

Los tiempos de recuperación varían en función de la localización, más rápidos a nivel muscular, y más lentos a nivel de la inserción tendinosa. El tratamiento consiste en aumentar la vascularización de la zona lesionada; fisioterapia; no aplicar masajes por la posible aparición de fibrosis o calcificaciones; evitar antiinflamatorios en la medida de lo posible; estiramientos y readaptación deportiva.

¿Algunas son evitables?

Sí, la mayoría de las lesiones se pueden prevenir con el estudio preventivo del deportista y con las técnicas de calentamiento y protección adecuadas. En otros casos lo que sí podemos evitar es que se agraven si actuamos a tiempo. Por eso un adecuado diagnóstico y tratamiento es fundamental.

¿Hay diferencias entre las lesiones deportivas de hombres y de mujeres? ¿Son más frecuentes las lesiones deportivas en las mujeres?

Sí, por las diferencias constitucionales, biomecánicas y hormonales que condicionan que se favorezca la aparición de unas u otras lesiones. En cantidad son más frecuentes en hombres por el número de participantes. Porcentualmente, depende de la especialidad deportiva de la que se trate.

Los especialistas que tratan a deportistas en competición tienen que conocer las normas WADA (World Anti-Doping Agency) y los procedimientos de solicitud de autorización terapéutica

¿Cómo se le dice a un deportista de élite que la lesión que tiene no tiene solución y que no podrá volver a jugar o a competir?

Abiertamente, explicando exactamente la lesión. No se debe engañar nunca a un paciente, y

menos a un deportista profesional, sobre el alcance real de su lesión. Por otra parte, antes de comentarlo al deportista, el médico tiene que estar muy seguro del diagnóstico y de las opciones de tratamiento.

¿Qué papel juega el fisioterapeuta?

El papel que juega es clave, en competición, para tratar lesiones que permiten la práctica deportiva, quitar sobrecargas y contracturas postpartido, así como los dolores postesfuerzos.

En los últimos tiempos, se ha hablado mucho de la muerte súbita del deportista, fruto de ello se ha constituido el Registro Nacional de Muerte Accidental y Súbita en Deportistas (MASD), ¿podría contarnos en qué consiste este registro y cuál es su objetivo?

Consiste en un registro nacional de todos los casos de muerte súbita para intentar

identificar las causas más frecuentes y de este modo promover actuaciones y medidas preventivas.

Como gran especialista en Medicina Deportiva ¿cuáles son las principales novedades en este ámbito?

En el diagnóstico es cada vez más preciso, las indicaciones de tratamiento son más ajustadas al tipo y tiempo de la lesión. Los tratamientos son menos invasivos, más eficaces y con menos efectos secundarios y complicaciones, con lo que conseguimos tiempos de recuperación más cortos.

Desde el punto de vista de la innovación y la investigación, ¿cuál es a su juicio el avance más importante que se ha realizado?

El conocimiento de la biología de la reparación de los tejidos lesionados, y cuando no se pueden reparar o regenerar por sí mismos la utilización de factores de crecimiento específicos para el tejido implicado y la lesión acaecida, y las técnicas de cultivo celular de condrocitos autólogos, técnica consolidada y homologada, de la que Clínica CEMTRO es una referencia internacional.

En este sentido, hablamos de las células del cartílago que tienen una función de autorreparación en el tratamiento de algunas lesiones, ¿podría ahondar un poco más en este tema?

El cartílago es de los pocos tejidos que no se regenera, es decir, cuando el tejido se necrosa no se regenera, si se repara con otro tipo de tejido histológicamente defectuoso, el fibrocartílago o

fibrosis. Por eso, cuando falta cartílago o se ha necrosado, el cultivo de cartílago de condrocitos autólogos es una opción que hemos visto que tiene muy buenos resultados.



PERFILES MÉDICOS

Tomás Fernández Jaén

BALONMANO, LESIONES MÁS COMUNES

En balonmano las lesiones más comunes afectan a las extremidades superiores, como la mano, y a las inferiores, sobre todo, en rodilla y tobillo, ya que trata de una actividad física muy intensa en la que se producen muchos saltos, choques entre los jugadores y excesivos lanzamientos que pueden sobrecargar los músculos. Según los especialistas, para poder evitar este tipo de lesiones el deportista tiene que trabajar mucho la flexibilidad y elasticidad de su musculatura. Asimismo, las roturas del ligamento cruzado anterior de la rodilla y de los isquiotibiales son las que más a menudo se atienden en las competiciones de balonmano. Además, la lesión del ligamento cruzado anterior es otra lesión frecuente en balonmano, suele producirse debido a una colisión o un movimiento brusco, que torsiona la rodilla mientras el pie queda bloqueado en el suelo. También se puede dar con la frenada en seco durante la carrera, en la recepción de un salto y en la hiperextensión y rotación interna de la rodilla, sobre todo, en las lesiones de baja velocidad. Otra articulación en la que a menudo se producen lesiones en balonmano es el tobillo, ya que el pie se somete a fuerzas de gran intensidad durante el apoyo. Del mismo modo, son habituales las lesiones en hombro, codo, muñeca y mano, debido a la fuerza ejercida en el lanzamiento.

¿En estos momentos se encuentra inmerso en alguna investigación?

En temas de investigación de la regeneración y reparación de tejidos. En este campo hemos avanzado mucho gracias a un equipo de profesionales especializados en Traumatología y Biología del más alto nivel pero seguiremos avanzando mucho más.

El Dr. Pedro Guillén, jefe del Servicio de Traumatología de la Clínica CEMTRO y tam-



bién responsable de las lesiones deportivas que se han producido durante el Campeonato del Mundo de Balonmano, fue el primero en hacer una artroscopia sin cables, ¿qué supuso ese procedimiento?

La posibilidad de extraer la técnica artroscópica de un ámbito tan rígido y caro como es el quirófano, a poder realizar artroscopias más baratas, en unos ámbitos más amplios y de mayor movilidad, llevar la artroscopia a lugares que antes eran impensables.

También del profesor Guillén es el término de "genufonía". ¿qué es exactamente?

El médico está obligado a conocer "el lenguaje" de la rodilla para poder hacer un diagnóstico cierto y establecer un tratamiento correcto. Por el contrario, si un médico no conoce el lenguaje de los signos y síntomas con los que se expresa una articulación lesionada, es difícil que pueda hacer un diagnóstico preciso y por tanto un tratamiento correcto.

En el ámbito de la Medicina Deportiva, ¿qué se hace en España que no se haga fuera y, al contrario, qué se hace fuera de nuestras fronteras que no hagamos aquí? ¿Qué lugar

ocupa nuestro país dentro de la Medicina Deportiva?

España no tiene nada que envidiar a ningún otro país en el nivel técnico asistencial de la Medicina Deportiva, nuestro talón de Aquiles es que publicamos poco a nivel internacional, con lo que los demás no saben lo que hacemos, salvo cuando participamos en congresos internacionales o asisten a algunos de los que organizamos aquí. Sin embargo, cuando salimos al extranjero observamos que en muchos campos tenemos igual o más experiencia

en las lesiones deportivas que el país más avanzado. El otro talón de Aquiles es que en España hay poca investigación básica y clínica, investigamos

lo que podemos con los pocos medios de los cuales disponemos.

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿cómo valora el panorama sanitario español actual?

Haciendo una necesaria e inaplazable remodelación, ajustes, reestructuración... Otra circunstancia es que se esté haciendo bien o mal ■

El Médico Interactivo

¡AÚN MEJOR!

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





ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

10 de enero

"En Defensa de nuestro Sistema de Salud", lema de la manifestación del 23F convocada por el Foro de la Profesión en Madrid. En la reunión mantenida por el Foro de la Profesión Médica se acordaban todos los temas logísticos relacionados con esta cita, e igualmente se abordaban las problemáticas que están sufriendo los profesionales de Madrid, Andalucía y Asturias. Igualmente, se hacían eco de la queja expuesta por parte de los Decanos de las Facultades de Medicina, a los que el Ministerio no les ha facilitado el documento sobre troncalidad para poder hacer sus alegaciones. Francisco Miralles, secretario general de CESM, hablaba con EL MÉDICO para explicar cuáles eran los temas en los que se ha centrado la última reunión mantenida por el Foro de la Profesión. En primer lugar, gran parte de la atención se centraba en la organización de la manifestación el próximo 23 de Febrero convocada por el Foro, para la que se ha acordado el lema único de "En Defensa de nuestro Sistema de Salud", y que recorrerá el Paseo del Prado de Madrid, desde el Ministerio de Sanidad hasta la madrileña Plaza de Cibeles. Aparte de toda la organización logística a nivel de provincias, colegios y sindicatos, para la difusión y desarrollo de la misma, otro tema a tener claro es el objetivo de esta convocatoria, que según Miralles queda definido por el propio lema, "que el SNS no se rompa". Así, matiza que "el sistema no tiene que cambiar en cuanto a universalidad y equidad, pero es desde ahí desde donde podemos hablar, no ya tanto en privatizar, sino en actualizar la gestión" ■

15 de enero

El TC suspende cautelarmente el cobro del euro por receta en Cataluña. El Pleno del Tribunal Constitucional (TC) ha admitido a trámite el recurso presentado por el Gobierno contra el cobro del euro por receta, aprobado por la Generalitat de Cataluña el pasado marzo, lo que implica la suspensión cautelar de la medida. Según el artículo 161 de la Constitución, el Gobierno puede impugnar ante el TC decisiones de comunidades autónomas, lo que se traduce en su suspensión durante 5 meses, transcurridos los cuales el tribunal de garantías debe resolver si proroga la medida cautelar mientras sigue estudiando el fondo o bien la levanta. El Ejecutivo de Mariano Rajoy entiende en su recurso que la medida implantada en Cataluña afecta a un supuesto regulado por una ley estatal y alega que las Comunidades no pueden incidir directa o indirectamente en la fijación de precios de productos farmacéuticos, según establece el artículo 149.1.16ª de la Constitución ■

17 de enero

El Ministerio de Sanidad y las CC.AA. reforzarán la transparencia del Sistema de Dependencia. La ministra de Sanidad, Ana Mato, anunciaba que su Departamento y las comunidades autónomas dotarán al Sistema de Dependencia de datos más homogéneos y fiables mediante la actualización de su base de



datos, para lo que se han dado un plazo de seis meses. Durante este tiempo, analizarán la información que ya obra en el modelo y sopesarán los procedimientos más adecuados para su actualización. Asimismo, se unificarán los criterios de regulación de las prestaciones y los servicios del Sistema de Dependencia y se clarificará la financiación. Ana Mato explicaba los acuerdos de este Consejo Territorial, cuya estructura y funcionamiento se ha remodelado, pues se funden en un único órgano la Conferencia Sectorial de Servicios Sociales y el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y de Atención a la Dependencia, que antes se celebraban por separado y que a partir de ahora, en favor de una gestión más ágil y racional, y en el ahorro de tiempo y medios para las administraciones, formarán parte de un mismo organismo. Sus convocatorias se efectuarán, como mínimo, una vez cada semestre ■

Presentación del Informe "La salud y el sistema sanitario en las comunidades autónomas" realizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). En su calidad de portavoz de la Federación, Marciano Sánchez Bayle, señalaba que las diferencias, a veces enormes entre las comunidades autónomas, son difícilmente explicables y recomendaba al Gobierno incidir en disminuir semejantes discriminaciones ya que se dan casos del doble de mortalidad infantil y más del doble de prácticas de cesáreas de una Comunidad a otra. La Comunidad que en total ofrece mejores resultados es Navarra y en último lugar se sitúa Canarias. Un aspecto positivo que muestra el estudio es que la Comunidad peor valorada globalmente está al nivel de Alemania y ofrece mejores resultados que Bélgica o Estados Unidos. Dentro de las 17 CC.AA., Madrid ocupa el décimo lugar. El Informe está basado en los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de 2012 y recoge datos del Barómetro Sanitario de 2009, los referentes a los presupuestos per cápita para 2009 y los PIB per cápita publicados por el INE. EL MÉDICO INTERACTIVO ofrece a sus lectores este Informe completo en www.elmedicointeractivo.com ■

18 de enero

Visto bueno a la creación del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, presidido por Valentín Fuster. El Consejo de Ministros aprobaba la creación del Observatorio de

la Nutrición y de Estudio de la Obesidad. Tal y como había anunciado la ministra, este órgano colegiado estará presidido por el prestigioso cardiólogo Valentín Fuster. Según se informaba desde el Gobierno, con la creación de este órgano, se da un nuevo impulso a la Estrategia NAOS sobre Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad con el objetivo es promover hábitos de vida saludables, y prevenir el sobrepeso y la obesidad en la población española, haciendo especial hincapié en la población infantil ■

El Gobierno de Castilla-La Mancha presenta sus alegaciones al auto del TSJCM que suspende el cierre nocturno de Urgencias. La presidenta de Castilla-La Mancha, María Dolores de Cospedal, avanzaba que su Gobierno había presentado las alegaciones al auto del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (TSCM) que un día antes ordenaba la suspensión temporal de la Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales que regula el nuevo horario de 21 Puntos de Atención Continuada. Cospedal señalaba que una vez que el Ejecutivo presentaba sus alegaciones el TSJCM tendría ahora que decidir "si mantiene la suspensión de la medida o la levanta". El TSJCM ordenaba la suspensión temporal del cierre de las Urgencias nocturnas en la región y el SESCAM daba orden a los 21 PACs de abrir esa misma noche. Este auto provisional llegaba después de que dos días antes el Ayuntamiento de Tembleque (Toledo), uno de los municipios afectados por la reducción horaria del servicio de urgencias en su PAC, presentara ante el TSJCM un recurso contencioso-administrativo contra la Orden de la Consejería de Sanidad ■

21 de enero

FACME aboga por una Sanidad pública pero más flexible. La Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME) presentaba la versión definitiva de su manifiesto "Debate ante el riesgo de deterioro irreversible de la Sanidad Pública Española". En dicho borrador se hacía referencia a la posible necesidad de la sustitución de algunos gestores. Carlos Macaya, vicepresidente de FACME, aludía a la responsabilidad de la ministra de Sanidad, que en su opinión debe "liderar la Sanidad española y ser garante de los principios de la Ley General de Sanidad, que no es sólo el que equidad, sino también el de calidad" ■

El TC no ve "suficientes" los argumentos del Gobierno para mantener la suspensión de la subasta de fármacos andaluza. El pleno del Tribunal Constitucional (TC) hacía público el auto por el que se procede al levantamiento de la suspensión de la subasta andaluza de medicamentos tras el recurso del Gobierno central, al reconocer que las alegaciones presentadas por la Abogacía del Estado "carecen de entidad suficiente" para impedirlo. De este modo, y a la espera de la resolución que "en su día se adopte respecto al debate de fondo", el alto tribunal ha aceptado la petición de la Junta de Andalucía de levantar la suspensión que regía desde el pasado 1 de agosto basándose en la "presunción de validez propia de las leyes" ■

22 de enero

El TC anula la libre colegiación de funcionarios públicos aprobada por la Junta de Andalucía en 2002. El Tribunal Constitucional (TC) estimaba el recurso de inconstitucionalidad promovido por el Gobierno central contra un precepto del artículo 30.2 de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la comunidad autónoma de Andalucía para 2002 que establecía que no será exigible el requisito de colegiación al personal funcionario, estatutario o laboral de las administraciones públicas de Andalucía para el ejercicio de sus funciones, "o para la realización de actividades propias de su profesión por cuenta de aquellas" ■

25 de enero

El Foro de AP solicita una reunión urgente con el Ministerio para analizar el delicado momento del primer nivel y del SNS. En declaraciones a EL MÉDICO, José Luis Llisterrí, presidente de SEMERGEN, integrada en el Foro y realizando en la actualidad la función de portavoz, explicaba que el Foro "sigue muy vivo y muy activo", aunque lamentaba la escasa interlocución existente con el Ministerio. "El Foro, como casa y defensa común del ejercicio profesional en Primaria, quiere trasladarle al Ministerio su preocupación por lo que está pasando. Queremos ayudar y sabemos dónde podemos ayudar, pero es necesario que el Ministerio contemple que la AP debe tener un papel protagonista en el devenir de la asistencia sanitaria. En este momento no sigue existiendo una buena interlocución con el Ministerio, ésta es la verdad, y estamos un poco decepcionados porque no se nos consulta ni se nos dice nada" ■

29 de enero

El TC admite a trámite el recurso del Gobierno central y deja también en suspenso el euro por receta en Madrid. El Tribunal de garantías ha actuado en este asunto de forma idéntica a lo que resolvía el 15 de enero en relación con la misma medida que se aplicaba en Cataluña, que también quedaba suspendida ■



NOTA: Cronología del 1 al 29 de enero de 2013.

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



inst



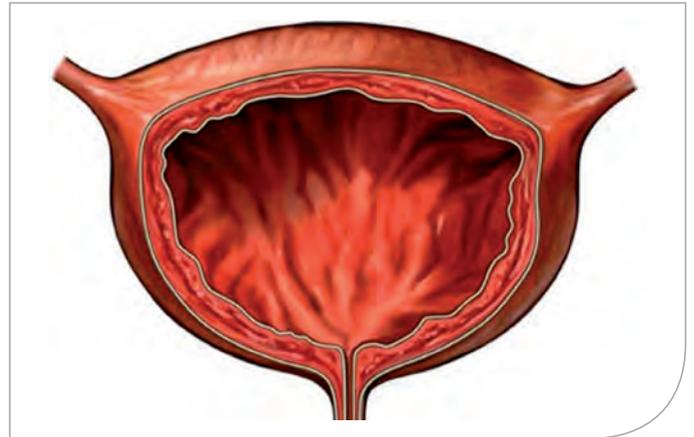
INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



Las enfermedades parasitarias tienen importantes consecuencias en la economía de un país

Un nuevo estudio revela que las enfermedades transmitidas por vectores y parásitos tienen consecuencias importantes para el desarrollo económico en todo el mundo y son la principal causa de las diferencias de ingresos entre los países tropicales y templados, según los resultados de la investigación, publicados en la revista *Plos Biology*. La carga de estas enfermedades es, a su vez, determinada por factores subyacentes ecológicos, lo que tiene implicaciones importantes para la economía de la política sanitaria en los países en desarrollo y los avances en la comprensión de cómo las condiciones ecológicas pueden afectar en el crecimiento económico. El equipo de investigadores intenta explicarse por qué los países tropicales se componen en general de poblaciones agrícolas pobres mientras que los países de las regiones templadas son más ricos e industrializados. Esta distribución de los ingresos es inversamente proporcional a la carga de la enfermedad, que alcanza su máximo en el ecuador y disminuye latitudinalmente. Debido a la alta correlación entre la pobreza y la enfermedad, el desafío de su análisis estadístico era determinar los efectos de una sobre otra. Los resultados del análisis sugieren que la enfermedad infecciosa tiene tan poderosos efectos sobre la salud económica de una nación como su forma de gobierno, según afirman los autores. "El principal activo de la población con escasos recursos económicos, es su propio trabajo. Las enfermedades infecciosas, que se rigen por el medio ambiente, roban sistemáticamente los recursos humanos. Económicamente hablando, el efecto es similar al de la delincuencia o la corrupción del Gobierno a la hora de socavar el crecimiento económico", explica Matthew Bonds, economista de la Escuela de Medicina de Harvard (Estados Unidos) y autor principal ■



Fumar hace que el cáncer de vejiga sea más agresivo y mortal

Fumar no sólo causa cáncer de vejiga, sino que también afecta a su evolución, puesto que personas que fuman más tienen una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad más agresiva y mortal, según concluye un nuevo estudio publicado en la revista *Cancer*. Los investigadores saben que el tabaquismo es una de las causas más comunes de cáncer de vejiga, pero se preguntan si también afecta a la forma en que la enfermedad progresa. Para investigarlo, Richard J. Costa, MD, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami (Estados Unidos) y Anirban Mitra, de la Escuela de Medicina Keck de la Universidad norteamericana del Sur de California, dirigieron un equipo que analizó los tumores de vejiga y el consumo de tabaco en 212 historias multiétnicas de pacientes reclutados a través del "Programa de Vigilancia de Cáncer en el Condado de Los Ángeles" entre 1987 y 1996. Los científicos encontraron que el cáncer desarrollado en aquellas personas que fumaban intensamente tenía más probabilidad de causar la muerte que el desarrollado en personas que nunca habían fumado o que fumaban menos. El estudio también reveló que aparecen cambios en proteínas particulares presentes en el cáncer de vejiga que se convierten en mortal. "Hemos identificado un panel de nueve marcadores moleculares que pueden predecir el pronóstico del cáncer de vejiga independiente de criterios clínicos y antecedentes de tabaquismo", explicó el doctor Mitra. Los pacientes con alteraciones en entre seis a nueve marcadores tienen un resultado muy pobre, planteando la hipótesis de que estas personas podrían haberse beneficiado de tratamientos más agresivos. Debido a que el número de cambios en estas proteínas era directamente proporcional a los resultados de salud de los pacientes de una manera progresiva, las conclusiones confirman la teoría de que una acumulación de cambios es más importante que las alteraciones individuales en la determinación de las características de un cáncer dado. La relación entre la intensidad del hábito tabáquico y el pronóstico encontrada en este estudio apunta a los efectos nocivos del hábito de fumar de forma elevada ■

Desarrollan un sistema de nanoparches para la administración de vacunas

El investigador del Instituto de Biotecnología y Nanotecnología de la Universidad de Queensland (Australia) Mark Kendall ha diseñado un nuevo sistema de nanoparches, del tamaño de la yema del dedo, para administrar vacunas sin necesidad de agujas. Después de 160 años de jeringuillas, este ingeniero biomédico parece haber dado con una nueva forma de administración para las vacunas que ya ha demostrado unos resultados excelentes en los ensayos realizados en modelos experimentales. De hecho, Kendall ha logrado una beca de investigación de una compañía farmacéutica americana para tratar de desarrollar en los próximos tres años un dispositivo que sea eficaz en humanos. El nanoparche está diseñado para administrar una pequeña cantidad de vacuna justo debajo de la piel sin necesidad de punción, logrando que el compuesto genere la



misma respuesta inmune que una vacuna convencional con sólo una fracción de la dosis necesaria. Esto es posible gracias a que utiliza una vacuna "en forma seca", que no necesita refrigeración para su mantenimiento ni personal sanitario cualificado para administrarla. De hecho, Kendall considera que ambos factores son los que han impedido que muchas vacunas puedan llegar a países en desarrollo. Esta nueva vía de administración ya ha sido probada en modelos experimentales con diferentes vacunas, como la de la gripe, la del virus del papiloma humano (VPH) o la de la enfermedad del Chikungunya. Y se ha demostrado que se necesita sólo una pequeña fracción de la dosis, tal vez cien veces menos, para obtener la misma respuesta inmune, según asegura Kendall. Además, otras ventajas de estos nanoparches es que están libres de dolor, su desarrollo sería barato (menos de un dólar por dosis, en comparación con los cincuenta que cuestan muchas vacunas ahora) y es fácil de transportar. Pero también reconoce que hay un largo camino por recorrer para que este nuevo mecanismo llegue al mercado, ya que hay precedentes que no tuvieron mucho éxito. Sin embargo, Kendall se justifica asegurando que esta vacuna tenía un modo muy diferente de acción, ya que debía aplicarse después de la vacunación con aguja para aumentar los efectos de ésta, mientras que su nanoparche se aplica directamente ■



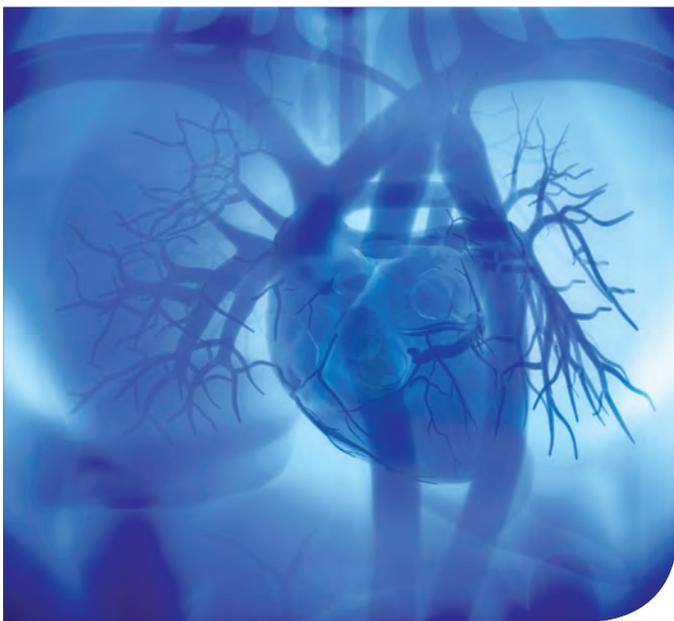
Descubren el reloj biológico del virus de la gripe

Científicos de la Facultad de Medicina de Icahn en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York (Estados Unidos) han descubierto que el virus de la gripe sabe cuánto tiempo tiene para multiplicar, infectar otras células y extenderse a otro ser humano. Si se abandona una célula demasiado pronto, el virus es muy débil y si sale demasiado tarde, el sistema inmune tiene tiempo de destruirlo, por lo que este reloj interno viral proporciona una plataforma de diseño novedoso para la vacuna contra la gripe y podría conducir a nuevos medicamentos antivirales. La investigación, dirigida por Benjamin tenOever, profesor de Microbiología en el Monte Sinaí y publicada en la revista *Cell Reports*, ha puesto de relieve que con sólo diez componentes principales, el virus necesita conseguir la mayor parte de sus recursos a partir de la célula humana con el fin de multiplicarse. Durante este proceso, el virus a menudo hace varios viajes, "alarmas" que permiten a nuestro sistema inmunológico detectarlo y luego eliminarlo. Si el virus se mueve demasiado rápido, no tendrá tiempo de multiplicarse y si se mueve demasiado lento, será detenido por la respuesta inmune, por lo que el objetivo es saber cómo el virus conoce exactamente la cantidad de tiempo que necesita para multiplicarse y propagarse. El virus necesita cerca de ocho horas en una célula para crear suficientes copias de sí mismo para seguir difundiendo antes de que la alarma antiviral de la célula se ponga en marcha, según afirma el Dr. tenOever. En un nivel más amplio, el virus necesita dos días de actividad continua para infectar células suficientes que permitan difundirse a otro ser humano. "Queríamos aprovechar el reloj interno de la gripe y encontrar una manera de desmontarlo para evitar la propagación del virus", según el experto. Por ello, los investigadores manipularon el "contador", haciendo que el virus adquiriera esta proteína demasiado rápido, lo que causó que la gripe saliera de la célula demasiado rápido y no tuviera tiempo de propagarse. El siguiente paso fue manipular el proceso para hacer que el virus adquiriese esa proteína demasiado lentamente, dando tiempo al sistema inmune a iniciar una respuesta antes de que el virus pudiera escapar, destruyendo así el virus y previniendo la infección ■



INVESTIGACIÓN NACIONAL

La instantánea médica



Expertos avisan de que el actual método de estratificación y evaluación cardiovascular no es el adecuado

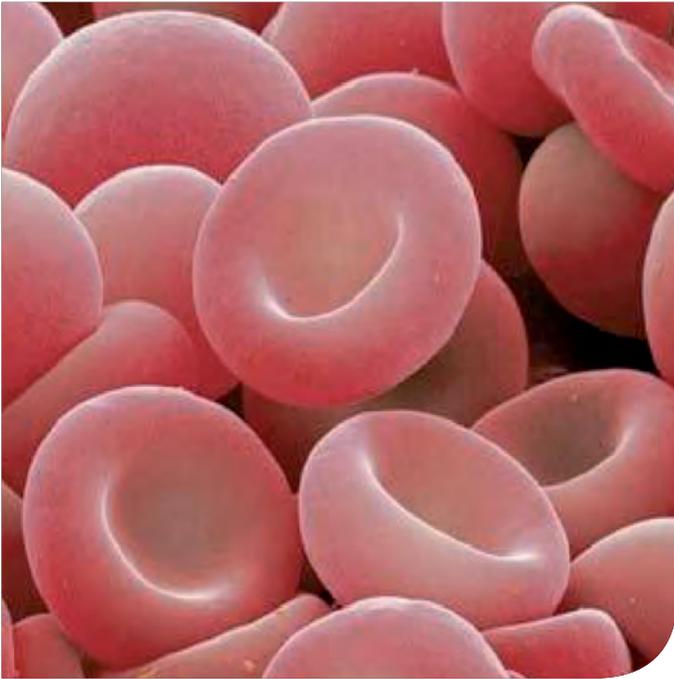
Médicos clínicos especialistas en prevención cardiovascular y Atención Primaria, epidemiólogos y profesionales de la administración han avisado de que el actual método de estratificación y evaluación cardiovascular "no es el adecuado" y han pedido que se valoren a las personas sin tener en cuenta su edad. Según han explicado los expertos, la metodología de evaluación empleada actualmente sólo es adecuada en personas de edades por encima de los 60 años, población con un elevado riesgo de sufrir algún evento cardiovascular en los próximos diez años, periodo durante el cual se realiza la estimación de las posibilidades de un paciente de sufrir un evento o de muerte por origen cardiovascular. Sin embargo, según han recordado los más jóvenes no se consideran porque su nivel de riesgo nunca alcanzará los valores suficientemente altos para hacer su tratamiento farmacológico coste-efectivo. "Las guías terapéuticas no marcan directrices de actuación ni de tratamiento en personas de 40-45 años dado que este grupo puede que no tenga riesgos de tener un evento dentro de este plazo", ha explicado el doctor de la Unidad de hipertensión del Hospital 12 de octubre de Madrid, Luis Ruilope. No obstante, ha señalado que este rango de población posee un riesgo de que la enfermedad progrese y entre el año diez y veinte sufra algún tipo de evento o incluso muera. En este sentido, ha proseguido el experto, una valoración y consideración de sujetos más jóvenes, y por consiguiente una actuación temprana, prevendría de lo que podría suceder más tarde. En lo que respecta a los métodos de estratificación empleados en España, se ha discutido acerca de 'Framingham' y 'Score' y de la baja aplicación en Es-

paña. A este respecto, Ruilope ha comentado que uno de los problemas del 'Score' es que no tiene en cuenta un aspecto importante como es el daño orgánico y la presencia de manifestaciones de este daño ■

La telemedicina es fiable en el diagnóstico y tratamiento de las apneas del sueño

El diagnóstico y el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) utilizando técnicas de telemedicina es fiable y viable, según un estudio coordinado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), y publicado en 'Telemedicine and e-Health'. El estudio, coordinado por el doctor Joaquín Terán, usó como tecnologías de transmisión telemática a la Unidad del Sueño la poligrafía respiratoria y el dispositivo de CPAP, además se apoyó con teleconsulta para el diagnóstico de las apneas del sueño. "La principal contribución de este estudio es que hemos demostrado que es posible diagnosticar el síndrome de apnea del sueño en pacientes en centros de salud de un nivel asistencial inferior, mediante la transmisión en tiempo real de las imágenes, los sonidos y grabaciones poligráficas de un paciente durmiendo en una Unidad del Sueño", asegura Terán. Asimismo, también han logrado establecer el tratamiento con CPAP, después de la valoración de ajuste de presión adecuado e instruyendo al paciente por medio de consulta por videoconferencia. Entre otros beneficios, los investigadores destacan que supone un ahorro de costes, ya que "se optimizan los recursos humanos y tecnológicos de la Unidad del Sueño, al mismo tiempo que se evita el desplazamiento del paciente". El estudio se realizó sobre una muestra de pacientes de Aranda del Duero a 80 km de la Unidad del Sueño situada en el Hospital Universitario de Burgos. Utilizando poligrafía respiratoria transmitida en tiempo real, los pacientes se dividieron en dos grupos: uno fue visto por consulta convencional y el otro por teleconsulta, ofreciendo en ambos casos resultados de satisfacción en el diagnóstico ■





Tratar la anemia en pacientes cardíacos antes de la cirugía mejora la supervivencia

El hecho de tratar la anemia en pacientes cardíacos antes de ser operados de patologías cardíacas valvulares mejora la supervivencia postoperatoria, así como la necesidad de transfusiones y acorta los días de hospitalización, según un estudio del Hospital del Mar y del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. El trabajo, que publica 'European Journal of Cardiology', apunta que los pacientes a los que se les administró de forma intravenosa 'eritropoyetina' y hierro sufrían un riesgo de mortalidad un 13 por ciento menor. Se estima que entre un 20 y un 25 por ciento de los pacientes que deben ser intervenidos de una cirugía cardíaca presentan anemia antes de la intervención, siendo la anemia preoperatoria un factor de riesgo que puede acarrear complicaciones posteriores a la cirugía y aumenta la mortalidad postoperatoria. Los resultados del estudio mostraron que el grupo con tratamiento previo no solo tenía un 13 por ciento menos de riesgo mortal, sino que, además, su estancia hospitalaria postoperatoria era cinco días menos. "A pesar de conocer que la anemia era un factor de riesgo, no existían estudios que hubieran evaluado cómo incidía tratar la anemia antes de la operación en términos de morbilidad y mortalidad postoperatoria", ha explicado la jefa de Sección del Servicio de Cardiología del Hospital del Mar Mercè Cladellas. "Los resultados de nuestro estudio demuestran la importancia de pautar un plan de tratamiento previo a la intervención como garantía de una buena evolución quirúrgica", ha destacado Cladellas ■

El Hospital de La Ribera aplica un programa pionero de simulación clínica para formación de futuros médicos

El Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) se ha convertido en uno de los primeros centros sanitarios de España en aplicar un programa pionero de simulación clínica para la formación de futuros médicos, según ha informado la Generalitat en un comunicado. Desarrollado en colaboración con la Universidad Católica de Valencia (UCV), el programa Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) examina a los estudiantes de Medicina a partir de la recreación de situaciones clínicas con actores que interpretan a pacientes con una patología previamente pactada. El resultado de esta evaluación forma parte de su expediente académico y su superación es indispensable para la obtención del título como licenciado en Medicina. En este sentido, La Ribera ha celebrado este fin de semana la primera evaluación de los 38 alumnos de la UCV que actualmente realizan sus prácticas de último año de la Carrera en el centro sanitario de Alzira. Este acto ha estado presidido por el decano de la Facultad de Medicina de esta Universidad, el doctor Germán Cerdá, y por el director de Investigación y Docencia del Departamento de Salud del Hospital de La Ribera, el doctor Antonio Guerrero. Los estudiantes han sido evaluados a partir del nuevo programa con el que los alumnos se encuentran con una serie de escenarios ficticios y actores que representan, en periodos de diez minutos, una situación clínica de acuerdo a una patología pactada. Los evaluadores, en este caso profesionales sanitarios del Departamento de La Ribera y de la UCV, valoraban la capacidad de los estudiantes en obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados. Los expertos aseguran que las pruebas por ECOE permiten valorar el conocimiento que tiene un estudiante de las enfermedades, las técnicas de exploración, las habilidades en el uso de las tecnologías, la destreza en el diagnóstico final y el trato y la relación con el paciente ■





Ind



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

industria farmacéutica



GENOMICA AB, filial escandinava de GENOMICA SAU, compañía del Grupo Zeltia, arranca su actividad comercial

Con sede en Lund (Suecia), GENOMICA AB pretende dar soporte al mercado escandinavo (Dinamarca, Suecia y Noruega), tanto por su importancia estratégica como por su gran proyección de crecimiento. GENOMICA comenzó su expansión internacional en el año 2006, focalizándose, inicialmente, en el mercado europeo. Ya en el año 2007 se produce el salto al continente americano, ampliando su mercado a países de América Central y del Sur. Hoy en día, tan sólo 5 años después, GENOMICA se encuentra presente en más de 35 países en todo el mundo y continúa activamente con su expansión global ■

Dolors Querol se incorpora a Chiesi España como Market Access y Medical Advisor Manager

El laboratorio farmacéutico Chiesi España ha incorporado a su plantilla a la Dra. Dolors Querol para ocupar el cargo de Market Access y Medical Advisor Manager. La Dra. Querol asume múltiples responsabilidades en diferentes áreas. Entre ellas, la coordinación del equipo de gerentes regionales de Market Access con el fin de maximizar el acceso al mercado de los medicamentos de Chiesi España estableciendo relaciones con todos los agentes y organismos que intervienen en las decisiones de la política sanitaria del país ■

Jetrea recibe la opinión positiva del CHMP y podría ser el primer fármaco para tratar la tracción vitreomacular y el agujero macular

Alcon, líder mundial en el cuidado de la visión y una división de Novartis, ha anunciado que el Comité de Medicamentos para Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento ha emitido una opinión positiva de Jetrea (ocriplasmína) para el tratamiento de la tracción vitreomacular (TVM), incluyendo aquellos casos asociados con agujero macular con diámetro igual o inferior a 400 micras. La TVM es una dolencia ocular progresiva y relacionada con la edad que, de no tratarse, puede provocar distorsión visual, pérdida de agudeza visual y ceguera central. Se estima que en Europa hay entre 250.000 y 300.000 pacientes con esta dolencia ocular

incapacitante. Jetrea, una forma recombinante de una proteína humana (la plasmina), se administra a través de una única inyección intravítrea. Actúa sobre las fibras que causan el tirón anormal entre el cuerpo vítreo y la mácula. Mediante la disolución de estas proteínas, Jetrea alivia la tracción y consigue la separación posterior del cuerpo vítreo de la mácula ■

Erik Lommerde, nuevo vicepresidente para Novo Nordisk España y director general de Novo Nordisk España

Tras 12 años en la compañía, Erik, hasta ahora director general de la afiliada para Países Bajos, ha aceptado este nuevo reto en su carrera. Con su nombramiento Novo Nordisk pretende continuar "Cambiando la Diabetes" y "Cambiando las Posibilidades en Hemofilia" ■



La Comisión Europea aprueba Tresiba y Ryzodeg, de Novo Nordisk, para el tratamiento de la diabetes en adultos

Tresiba, nombre comercial de insulina degludec, es un análogo de insulina de nueva generación, que se administra una vez al día y tiene un perfil de larga duración. En los estudios realizados siguiendo una metodología de tratamiento hasta objetivo, que fueron presentados para la solicitud de aprobación del fármaco, Tresiba demostró un menor riesgo de hipoglucemias totales e hipoglucemias nocturnas, al tiempo que alcanzaba con éxito las mismas reducciones de la HbA1c. Además, con una duración de acción superior a las 42 horas, Tresiba es la primera insulina basal que ofrece a las personas con diabetes la posibilidad de ajustar el momento de la inyección según sus necesidades. Por su parte, Ryzodeg, nombre comercial para insulina degludec/insulina aspart, está compuesta por el análogo basal de insulina de nueva generación degludec en una formulación soluble con insulina aspart. Ryzodeg puede ser administrada una o dos veces al día con las principales comidas. En los estudios realizados siguiendo una metodología de tratamiento hasta objetivo, que fueron presentados para la solicitud de aprobación del fármaco, Ryzodeg demostró un menor riesgo de hipoglucemias totales y nocturnas significativas, al tiempo que alcanzaba con éxito las mismas reducciones de la HbA1c. En Europa, tanto

Tresiba como Ryzodeg estarán disponibles para su comercialización con FlexTouch, la última pluma precargada desarrollada por Novo Nordisk, que incorpora un mecanismo para facilitar la inyección. Tresiba se ofrecerá en dos concentraciones permitiendo dosis máximas de 80 y 160 unidades por pinchazo, respectivamente ■

Kern Pharma lanza Eplerenona comprimidos recubiertos EFG

La Eplerenona está indicada para la reducción del riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca y/o disfunción ventricular izquierda dentro de los primeros 3-14 días posteriores a un infarto de miocardio. Además, sirve para el tratamiento de la hipertensión arterial. Eplerenona KERN PHARMA EFG cuenta con dos presentaciones: 25 y 50 mg, las dos de 30 comprimidos ■



Amyvid (Florbetapir F18) en solución inyectable es aprobado por la UE frente a la Enfermedad de Alzheimer

Eli Lilly and Company y Avid Radiopharmaceuticals, subsidiaria propiedad de Lilly, han anunciado que la Comisión Europea ha aprobado Amyvid (Florbetapir F18) en solución para perfusión como radiofármaco de diagnóstico indicado para pruebas PET que permite identificar la densidad de la placa beta-amiloide neurítica en el cerebro de pacientes adultos con deterioro cognitivo, en los que se está evaluando un posible diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y otras causas de deterioro cognitivo. Amyvid, que debe utilizarse en conjunción con la evaluación clínica, se une a las placas amiloides, una de las características neuropatológicas de la Enfermedad de Alzheimer (EA), y se detecta utilizando imágenes PET del cerebro. "Amyvid es la primera herramienta de diagnóstico aprobada por la Unión Europea que muestra la presencia o ausencia de densidad de placas beta-amiloides neuríticas en el cerebro", comenta Diane Bakaysa, responsable internacional de Amyvid de Lilly. "Amyvid, junto con una evaluación clínica, puede ser una importante ayuda para los médicos que tratan a pacientes con deterioro cognitivo" ■

La Comisión Europea aprueba el uso de Prevenar 13 para la enfermedad neumocócica en niños y adolescentes

La Comisión Europea ha aprobado la ampliación del uso de la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente, Prevenar 13, de Pfizer, para inmunizar a niños y adolescentes entre los 6 y 17 años de edad, frente a la enfermedad neumocócica invasiva, la neumonía y la otitis media aguda causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Según esta ampliación de autorización, a los niños de este grupo de edad que no se les haya vacunado con esta vacuna se les podrá administrar una dosis para protegerlos ■

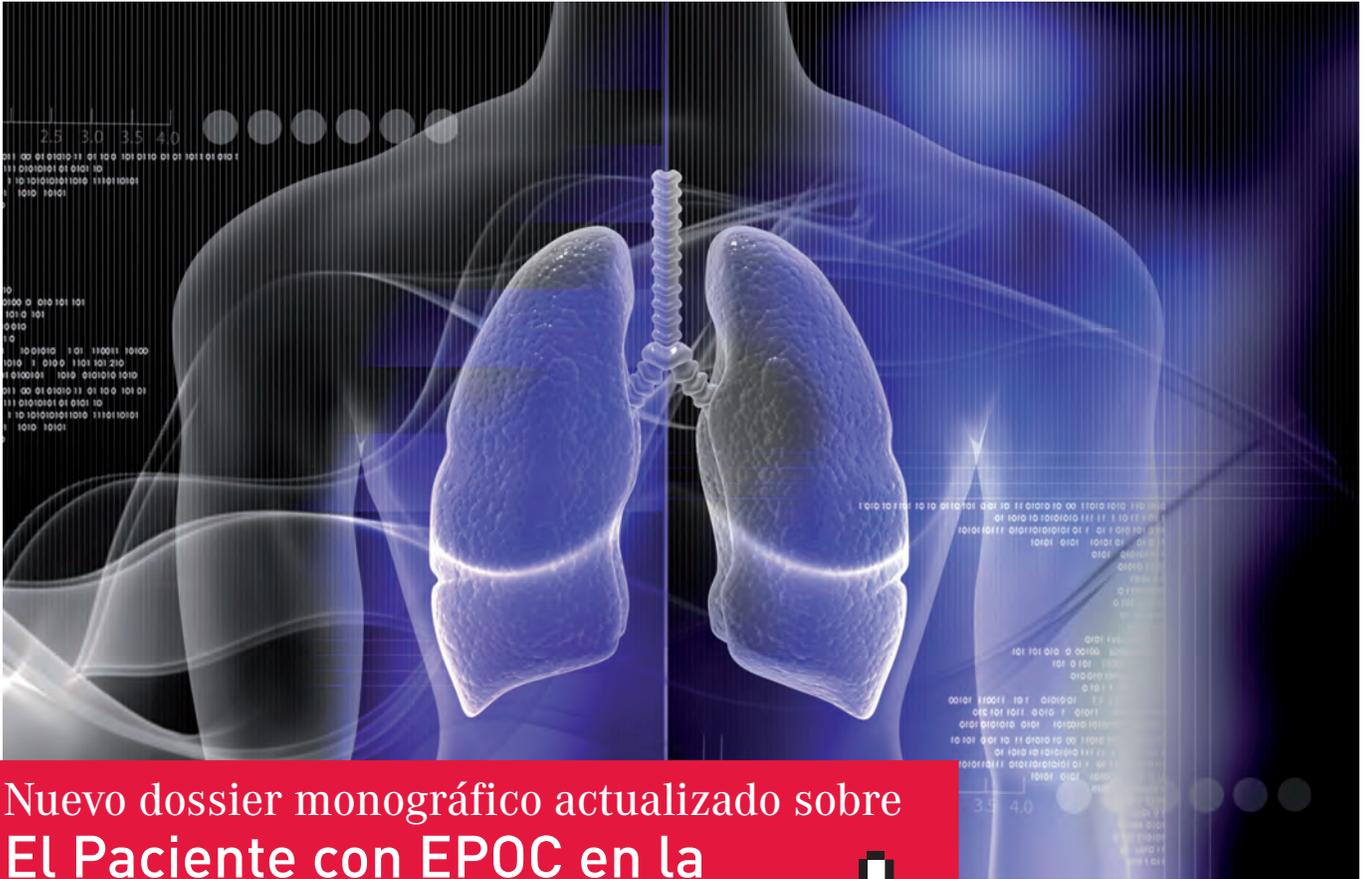
Lundbeck patrocina la jornada "Retos clínicos y terapéuticos en el trastorno bipolar"

Los nuevos mecanismos de acción, los problemas cognitivos asociados y las mejoras en la adherencia han sido algunos de los aspectos debatidos en la jornada "Retos clínicos y terapéuticos en el trastorno bipolar" que, con la colaboración de Lundbeck, se ha celebrado en Barcelona. Entre los nuevos fármacos -con mecanismo de acción innovador- destaca la quetamina, una sustancia conocida como droga de abuso y que diversos estudios, como el del National Institute of Mental Health de EE.UU., han demostrado que si se usa debidamente, es un fármaco que mejora la depresión bipolar en cuestión de horas, aunque es una mejora parcial que pierde efecto en días ■

Andrea Rappagliosi, presidente del Grupo de Vacunas de la EFPIA

Andrea Rappagliosi, vicepresidente de Acceso al Mercado, Política Sanitaria y Asuntos Médicos de Sanofi Pasteur MSD, ha sido nombrado presidente del Grupo de Vacunas de la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA) con fecha 1 de enero de 2013. El Grupo de Vacunas cuenta entre sus miembros con compañías de reconocido prestigio en el sector como, por ejemplo, AstraZeneca, Sanofi Pasteur, Novartis, GlaxoSmithKline Biologicals, Pfizer, Abbott, MSD, Baxter y la propia Sanofi Pasteur MSD ■





Nuevo dossier monográfico actualizado sobre **El Paciente con EPOC en la consulta hoy**



Elaborado por:

Dr. D. Jesús Molina París. Médico de Familia. Centro de Salud Francia I.
Fuenlabrada, Madrid. Miembro de la Sociedad de Respiratorio en Atención Primaria
(GRAP). Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMFyC.

Dr. D. Jose Luis Izquierdo Alonso. Especialista en Neumología.
Jefe de Sección del Hospital Universitario de Guadalajara

Diagnóstico y evaluación del paciente, Monitorización de la enfermedad: Cuestionarios del estado de salud del paciente, Reducción de los factores de riesgo, Tratamiento de la EPOC estable, Soporte ventilatorio, Tratamiento de las exacerbaciones, Recomendaciones GOLD y GESEPOC y Algoritmos y vías de decisión

Descárguelo de forma gratuita en

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



Actividad acreditada por la Comisión Nacional de
Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud



Symbicort®

Turbuhaler®

EN EPOC grave:

Symbicort® FORTE 320µg/9µg controla los síntomas, **reduce las exacerbaciones y mejora la calidad de vida** de sus pacientes con EPOC grave^{1,2}

EN ASMA:

Symbicort® en terapia SMART*:

- Eficaz en mejorar **el control del asma y reducir las exacerbaciones** tanto en adultos como adolescentes, con dosis relativamente bajas de tratamiento³
- Trata la inflamación subyacente con las inhalaciones de mantenimiento y a demanda⁴

Comparación coste en ASMA y en EPOC

ASMA

El coste/día de Symbicort® 160µg/4,5µg es un **42%** más **económico** que el de Seretide® 50µg/500µg y un **21%** frente a Seretide® 50µg/250µg^{4,5,6}

EPOC

El coste/día de Symbicort® 320µg/9µg es un **22%** más **económico** que el de Seretide® 50µg/500µg^{4,5,6}



www.nosconectalasalud.com

AstraZeneca 

Ficha técnica en páginas 94, 95 y 96

*SMART (Symbicort® Maintenance and Reliever Therapy): Terapia de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort®.
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Symbicort®
budesónida/formoterol

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. **COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Cada dosis liberada (dosis liberada por la boquilla) contiene: budesónida 80 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato 4,5 microgramos/inhalación. Cada dosis medida contiene: budesónida 100 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato 6 microgramos/inhalación. Excipiente: lactosa monohidrato 810 microgramos por dosis. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Cada dosis liberada (dosis liberada por la boquilla) contiene: budesónida, 160 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato, 4,5 microgramos/inhalación. Cada dosis medida contiene: budesónida 200 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato 6 microgramos/inhalación. Excipiente: lactosa monohidrato, 730 microgramos por dosis. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Cada dosis liberada (dosis que sale por la boquilla) contiene: budesónida, 320 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato, 9 microgramos/inhalación. Cada dosis medida contiene: budesónida, 400 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato 12 microgramos/inhalación. Excipiente: lactosa monohidrato, 491 microgramos por dosis. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACEUTICA.** Polvo para inhalación. Polvo blanco. **DATOS CLINICOS. Indicaciones terapéuticas. Asma.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort está indicado en el tratamiento habitual del asma, cuando es adecuado el uso de una combinación (un corticoide inhalado y un agonista β_2 adrenérgico de acción larga): - pacientes que no estén controlados adecuadamente con corticoides inhalados y con agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta inhalados "a demanda" o - pacientes que ya estén adecuadamente controlados con corticoides inhalados y con agonistas β_2 adrenérgicos de acción larga. **Nota:** El uso de Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación no está indicado en pacientes con asma grave. **EPOC.** • Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Tratamiento sintomático de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave (FEV₁ inferior al 50% de los valores normales), y un historial de exacerbaciones repetidas, que presenten síntomas significativos a pesar de encontrarse bajo tratamiento habitual con broncodilatadores de acción larga. **Posología y forma de administración.** Vía de administración: Vía inhalatoria. **Asma.** • Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort no está recomendado en el tratamiento inicial del asma. La dosis de los componentes de Symbicort debe ser individualizada y ajustarse a la gravedad de la enfermedad. Esto debe tenerse en cuenta no sólo cuando se inicie el tratamiento de combinación sino también cuando se ajuste la dosis de mantenimiento. Es decir, si un paciente precisa una combinación de dosis distintas a las contenidas en el inhalador de la combinación, se le deben prescribir dosis apropiadas de agonistas β_2 adrenérgicos y/o corticoides en inhaladores separados. La dosis debería ajustarse hasta la más baja necesaria para mantener un control efectivo de los síntomas. El médico o profesional sanitario deberá evaluar periódicamente a los pacientes de tal forma que la dosis de Symbicort administrada sea siempre la óptima. Cuando se mantenga el control de los síntomas a largo plazo con la dosis mínima recomendada, el siguiente paso sería probar con un corticoide inhalado sólo. Existen dos formas de tratamiento con Symbicort: **A. Symbicort como tratamiento de mantenimiento:** se utiliza Symbicort como tratamiento de mantenimiento habitual, y por separado un broncodilatador de acción rápida para su utilización a demanda. **B. Symbicort como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas:** se utiliza Symbicort como tratamiento de mantenimiento habitual y a demanda en respuesta a los síntomas. **A. Symbicort como tratamiento de mantenimiento:** Debe aconsejarse a los pacientes que tengan siempre disponible su broncodilatador de acción rápida por separado para su uso a demanda para el alivio de los síntomas. **Dosis recomendadas: Adultos (a partir de 18 años):** 1-2 inhalaciones, dos veces al día. Algunos pacientes pueden requerir hasta un máximo de 4 inhalaciones dos veces al día. **Adolescentes (de 12 a 17 años de edad):** 1-2 inhalaciones, dos veces al día. **Niños (de 6 a 11 años):** 2 inhalaciones, dos veces al día. En la práctica habitual, cuando se ha conseguido controlar los síntomas con dos inhalaciones al día, y cuando el médico considere que es necesario un broncodilatador de acción larga para mantener el control de los síntomas, se puede reducir la dosis hasta la mínima eficaz administrando una sola inhalación al día de Symbicort. El incremento del uso de broncodilatadores de acción rápida por separado indica un empeoramiento de la enfermedad de base y justificaría una reevaluación del tratamiento del asma. **Niños menores de 6 años:** Debido a que los datos disponibles son limitados, Symbicort no está recomendado en niños menores de 6 años de edad. **B. Symbicort como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas:** Los pacientes utilizarán la dosis de mantenimiento diaria de Symbicort y además Symbicort a demanda en respuesta a los síntomas. Debe aconsejarse a los pacientes que tengan siempre disponible su inhalador de Symbicort para su uso a demanda. El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort debería considerarse especialmente en los pacientes: • que presenten un control inadecuado del asma y necesiten utilizar frecuentemente su medicación a demanda. • que hayan presentado con anterioridad exacerbaciones del asma que hayan requerido atención médica. En los pacientes que utilicen con frecuencia un número elevado de inhalaciones a demanda de Symbicort, se necesita realizar una estrecha monitorización de las reacciones adversas relacionadas con la dosis. **Dosis recomendadas: Adultos (a partir de 18 años):** La dosis de mantenimiento recomendada es de 2 inhalaciones al día, administradas como una inhalación por la mañana y otra por la noche, o bien como 2 inhalaciones por la mañana o por la noche. En respuesta a los síntomas, los pacientes realizarán 1 inhalación extra a demanda. Si los síntomas persisten pasados unos minutos, se realizará otra inhalación adicional. No se deberán realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. Normalmente no se requiere una dosis diaria total superior a 8 inhalaciones. Sin embargo, se podría usar una dosis total de hasta 12 inhalaciones diarias durante un periodo de tiempo limitado. A los pacientes que utilicen más de 8 inhalaciones al día se les deberá recomendar que acudan a su médico para su reevaluación, reconsiderando el tratamiento de mantenimiento. **Niños y adolescentes menores de 18 años:** El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort no está recomendado en niños y adolescentes. • Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort no está recomendado en el tratamiento inicial del asma. La dosis de los componentes de Symbicort debe ser individualizada y ajustarse a la gravedad de la enfermedad. Esto debe tenerse en cuenta no sólo cuando se inicie el tratamiento de combinación sino también cuando se ajuste la dosis de mantenimiento. Es decir, si un paciente precisa una combinación de dosis distintas a las contenidas en el inhalador de la combinación, se le deben prescribir dosis apropiadas de agonistas β_2 adrenérgicos y/o corticoides, en inhaladores separados. La dosis debería ajustarse hasta la más baja necesaria para mantener un control efectivo de los síntomas. El médico o profesional sanitario deberá evaluar periódicamente a los pacientes de tal forma que la dosis de Symbicort administrada sea siempre la óptima. Cuando se mantenga el control de los síntomas a largo plazo con la dosis mínima recomendada, el siguiente paso sería probar con un corticoide inhalado sólo. Existen dos formas de tratamiento con Symbicort: **A. Symbicort como tratamiento de mantenimiento:** se utiliza Symbicort como tratamiento de mantenimiento habitual, y por separado un broncodilatador de acción rápida para su utilización a demanda. **B. Symbicort como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas:** se utiliza Symbicort como tratamiento de mantenimiento habitual y a demanda en respuesta a los síntomas. **A. Symbicort como tratamiento de mantenimiento:** Debe aconsejarse a los pacientes que tengan siempre disponible su broncodilatador de acción rápida por separado para su uso a demanda para el alivio de los síntomas. **Dosis recomendadas: Adultos (a partir de 18 años):** 1-2 inhalaciones, dos veces al día. Algunos pacientes pueden requerir hasta un máximo de 4 inhalaciones dos veces al día. **Adolescentes (de 12 a 17 años de edad):** 1-2 inhalaciones, dos veces al día. En la práctica habitual, cuando se ha conseguido controlar los síntomas con dos inhalaciones al día, y cuando el médico considere que es necesario un broncodilatador de acción larga para mantener el control de los síntomas, se puede reducir la dosis hasta la mínima eficaz administrando una sola inhalación al día de Symbicort. El incremento del uso de broncodilatadores de acción rápida por separado indica un empeoramiento de la enfermedad de base y justificaría una reevaluación del tratamiento del asma. **Niños (de 6 a 11 años):** Existe una concentración menor disponible para niños de 6-11 años. **Niños menores de 6 años:** Debido a que los datos disponibles son limitados, Symbicort no está recomendado en niños menores de 6 años de edad. **B. Symbicort como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas:** Los pacientes utilizarán la dosis de mantenimiento diaria de Symbicort y además Symbicort a demanda en respuesta a los síntomas. Debe aconsejarse a los pacientes que tengan siempre disponible su inhalador de Symbicort para su uso a demanda. El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort debería considerarse especialmente en los pacientes: • que presenten un control inadecuado del asma y necesiten utilizar frecuentemente su medicación a demanda. • que hayan presentado con anterioridad exacerbaciones del asma que hayan requerido atención médica. En los pacientes que utilicen con frecuencia un número elevado de inhalaciones a demanda de Symbicort, se necesita realizar una estrecha monitorización de las reacciones adversas relacionadas con la dosis. **Dosis recomendadas: Adultos (a partir de 18 años):** La dosis de mantenimiento recomendada es de 2 inhalaciones al día, administradas como una inhalación por la mañana y otra por la noche, o bien como 2 inhalaciones por la mañana o por la noche. En algunos pacientes puede resultar adecuada una dosis de mantenimiento de 2 inhalaciones 2 veces al día. En respuesta a los síntomas, los pacientes realizarán 1 inhalación extra a demanda. Si los síntomas persisten pasados unos minutos, se realizará otra inhalación adicional. No se deberán realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. Normalmente no se requiere una dosis diaria total superior a 8 inhalaciones. Sin embargo, se podría usar una dosis total de hasta 12 inhalaciones diarias durante un periodo de tiempo limitado. A los pacientes que utilicen más de 8 inhalaciones al día se les deberá recomendar que acudan a su médico para su reevaluación, reconsiderando el tratamiento de mantenimiento. **Niños y adolescentes menores de 18 años:** El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort no está recomendado en niños y adolescentes. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort no está recomendado en el tratamiento inicial del asma. La dosis de los componentes de Symbicort debe ser individualizada y ajustarse a la gravedad de la enfermedad. Esto debe tenerse en cuenta no sólo cuando se inicie el tratamiento de combinación sino también cuando se ajuste la dosis de mantenimiento. Si un paciente precisa una combinación de dosis distintas a las contenidas en el inhalador de la combinación, se le deben prescribir dosis apropiadas de agonistas β_2 adrenérgicos y/o corticoides, en inhaladores separados. **Dosis recomendadas: Adultos (a partir de 18 años):** 1 inhalación, dos veces al día. Algunos pacientes pueden requerir hasta un máximo de 2 inhalaciones dos veces al día. **Adolescentes (de 12 a 17 años de edad):** 1 inhalación, dos veces al día. El médico o profesional sanitario deberá evaluar periódicamente a los pacientes de tal forma que la dosis de Symbicort administrada sea siempre la óptima. La dosis debería ajustarse hasta la mínima necesaria para mantener un control efectivo de los síntomas. Cuando se mantenga el control de los síntomas a largo plazo con la dosis mínima recomendada, el paso siguiente sería probar con un corticoide inhalado solo. En la práctica habitual, cuando se ha conseguido controlar los síntomas con dos inhalaciones al día, y cuando el médico considere que es necesario un broncodilatador de acción larga para mantener el control de los síntomas, se puede reducir la dosis hasta la mínima eficaz administrando una sola inhalación al día de Symbicort. El incremento del uso de broncodilatadores de acción rápida por separado indica un empeoramiento de la enfermedad de base y justificaría una reevaluación del tratamiento del asma. **Niños (a partir de 6 años):** Existe una concentración menor para niños de 6 a 11 años. **Niños menores de 6 años:** Debido a que los datos disponibles son limitados, Symbicort no está recomendado en niños menores de 6 años de edad. Symbicort forte sólo deberá utilizarse como tratamiento de mantenimiento, pero existen otras concentraciones menores para su uso como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas. **EPOC.** • Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. **Dosis recomendadas: Adultos:** 2 inhalaciones, dos veces al día. • Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. **Dosis recomendadas: Adultos:** 1 inhalación, dos veces al día. **Información general. Poblaciones especiales.** No existen requisitos especiales de dosificación en ancianos. No se dispone de datos sobre el empleo de Symbicort en pacientes con insuficiencia renal o hepática. Dado que la budesónida y el formoterol se eliminan principalmente a través de metabolismo hepático, se puede esperar que la exposición de ambos sea mayor en los pacientes con cirrosis hepática grave. **Instrucciones para el uso correcto de Symbicort Turbuhaler:** Symbicort Turbuhaler es un inhalador que se activa por la inspiración del paciente, es decir, que cuando el paciente inspira a través de la boquilla, el fármaco es transportado con el aire inspirado por las vías respiratorias. **Nota:** Es importante instruir al paciente para que: • lea cuidadosamente las instrucciones del prospecto que acompaña a cada inhalador de Symbicort Turbuhaler. • inspire fuerte y profundamente a través de la boquilla para asegurar que en los pulmones se alcance una dosis óptima liberada. • nunca espire a través de la boquilla. • vuelva a colocar la tapa del inhalador de Symbicort Turbuhaler después de su uso. • se enjuague la boca con agua tras haber inhalado la dosis de mantenimiento para disminuir el riesgo de aparición de candidiasis orofaríngea. Si esta infección se produce, el paciente también deberá enjuagarse la boca con agua después de las inhalaciones a demanda. Debido a la pequeña cantidad de fármaco administrada por el inhalador de Symbicort Turbuhaler, los pacientes pueden no notar sabor a ningún medicamento. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad (alergia) a budesónida, formoterol o lactosa (que contiene pequeñas cantidades de proteínas de la leche). **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** • Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Se recomienda reducir gradualmente la dosis cuando se interrumpe el tratamiento, no debiendo interrumpirse éste bruscamente. Los pacientes deben consultar con su médico si consideran que el tratamiento no es eficaz o sobrepasan la dosis máxima recomendada de Symbicort (ver sección "Posología y forma de administración"). Debe advertirse a los pacientes que el empeoramiento repentino y progresivo del control del asma o EPOC supone una amenaza potencial para la vida y que deben buscar atención médica urgente. En estos casos puede ser necesario aumentar la dosis de corticoides, por ejemplo, corticoides orales, o bien tratamiento antibiótico, si hay signos de infección. Se debe aconsejar a los pacientes que tengan siempre disponible su inhalador de alivio de los síntomas, bien sea Symbicort (para pacientes asmáticos que utilizan Symbicort como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas), o un broncodilatador de acción rápida por separado (para todos los pacientes que utilizan Symbicort sólo como tratamiento de mantenimiento). Se debe recordar a los pacientes que utilicen las dosis de mantenimiento de Symbicort que les hayan prescrito, incluso en periodos asintomáticos. El uso preventivo de Symbicort, por ejemplo antes del ejercicio, no se ha estudiado. Las inhalaciones a demanda de Symbicort deberán realizarse en respuesta a los síntomas del asma, no estando indicadas para una utilización preventiva habitual, por ejemplo antes del ejercicio. Para estos casos se deberá considerar el uso de un broncodilatador de acción rápida por separado. Una vez controlados los síntomas del asma, se podrá considerar la reducción gradual de la dosis de Symbicort. Es importante revisar periódicamente a los pacientes mientras se está reduciendo la dosis. Deberá utilizarse la dosis mínima eficaz de Symbicort (ver sección "Posología y forma de administración"). El tratamiento con Symbicort no deberá iniciarse en los pacientes durante una exacerbación, o si presentan un empeoramiento significativo o un deterioro agudo del asma. Durante el tratamiento con Symbicort, pueden aparecer acontecimientos adversos y exacerbaciones graves relacionadas con el asma. Se deberá indicar a los pacientes que continúen con el tratamiento y que consulten con su médico si los síntomas del asma permanecen no controlados o empeoran tras el inicio del tratamiento con Symbicort. Como sucede con otros tratamientos inhalados, después de la inhalación se puede producir un broncoespasmo paradójico con aumento de las sibilancias y dificultad para respirar. Si el paciente sufre un broncoespasmo paradójico, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Symbicort y el paciente debe ser evaluado y tratado con una terapia alternativa si fuese necesario. Un broncoespasmo paradójico responde a un broncodilatador inhalado de acción rápida y debe tratarse inmediatamente (ver sección "Reacciones adversas"). Cualquier corticoide inhalado puede producir efectos sistémicos, sobre todo cuando se prescriben dosis altas durante largos periodos de tiempo. La probabilidad es menor cuando el tratamiento se inhala que cuando se administra vía oral. Los posibles efectos sistémicos incluyen Síndrome de Cushing, características Cushingoides, inhibición de la función suprarrenal, retraso del crecimiento en niños y adolescentes, descenso en la densidad mineral ósea, cataratas y glaucoma, y más raramente, una serie de efectos psicológicos o de comportamiento como hiperactividad psicomotora, alteraciones del sueño, ansiedad, depresión o agresividad (especialmente en niños) (ver sección "Reacciones adversas"). Se recomienda llevar a cabo una monitorización regular de la estatura de los niños que reciben tratamiento prolongado con corticoides inhalados. En caso de una ralentización del crecimiento, se debe volver a evaluar el tratamiento con el objetivo de reducir la dosis de corticoide inhalado a la dosis mínima en la que se mantiene el control eficaz del asma, si es posible. Deben sopesarse los beneficios del tratamiento con corticoides frente a los posibles riesgos de la disminución del crecimiento. Además, debe considerarse diferir al paciente a un neumólogo/alergólogo pediatra. Los escasos datos obtenidos en los estudios a largo plazo sugieren que la mayoría de los niños y adolescentes tratados con budesónida inhalada finalmente alcanzan la estatura adulta prevista. Sin embargo, se ha observado una pequeña reducción inicial, pero transitoria del crecimiento (aproximadamente 1 cm). Esto ocurre generalmente durante el primer año de tratamiento. Deberían considerarse los efectos potenciales sobre los huesos, especialmente en pacientes tratados con dosis altas durante largos periodos de tiempo que presenten factores de riesgo de osteoporosis. Los estudios a largo plazo llevados a cabo en niños con dosis diarias medias de 400 microgramos (cantidad dosificada) de budesónida inhalada o en adultos con dosis diarias de 800 microgramos (cantidad dosificada), no han mostrado ningún efecto significativo sobre la densidad mineral ósea. No existe información disponible de Symbicort a dosis más altas. Si se piensa que un paciente presenta una insuficiencia suprarrenal consecuencia de la administración previa de corticoides sistémicos, se debe tener cuidado cuando se le cambie a una pauta con Symbicort. Los beneficios clínicos que se consiguen con la budesónida inhalada generalmente minimizan la necesidad de administrar esteroides orales, aunque los pacientes que han recibido corticoides orales y cambian a la vía respiratoria pueden mantener el riesgo de aparición de insuficiencia suprarrenal durante un tiempo considerable. Después de la interrupción de la terapia con esteroides orales, la recuperación puede requerir una cantidad considerable de tiempo, por lo tanto, los pacientes que han estado recibiendo tratamiento con esteroides orales que cambian a tratamiento con budesónida inhalada pueden permanecer en riesgo de presentar una disminución de la función suprarrenal durante un tiempo considerable. En tales circunstancias el funcionamiento del eje HPA debe ser controlado regularmente. El tratamiento prolongado con altas dosis de corticoides inhalados, sobre todo dosis superiores a las recomendadas, también puede dar lugar a una insuficiencia adrenal clínicamente significativa. Por lo tanto, la administración adicional de corticoides sistémicos se debe considerar durante periodos de estrés, tales como infecciones graves o intervenciones quirúrgicas programadas. Una reducción rápida de la dosis de esteroides puede inducir una crisis suprarrenal aguda. Los síntomas y signos que podrían observarse en una crisis suprarrenal aguda podrían ser un poco imprecisos, aunque pueden incluir anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, cansancio, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, disminución del nivel de conciencia, convulsiones, hipotensión e hipoglucemia. El tratamiento con esteroides sistémicos suplementarios o con budesónida inhalada no debe ser interrumpido bruscamente. Durante el paso de un tratamiento oral a un tratamiento

con Symbicort, generalmente se produce una disminución de los efectos sistémicos de los esteroides, que puede provocar la aparición de síntomas alérgicos o artríticos, tales como rinitis, eczema y dolor en los músculos y articulaciones. Se debe iniciar un tratamiento específico para estas situaciones. Raramente puede sospecharse un efecto glucocorticoideo general insuficiente si aparecen síntomas tales como cansancio, cefaleas, náuseas y vómitos. En estos casos, en ocasiones es necesario un incremento temporal de la dosis de glucocorticoides orales. Se debe instruir al paciente para que se enjuague la boca con agua después de inhalar la dosis de mantenimiento con el fin de minimizar el riesgo de infección orofaríngea por *Candida*. Si esta infección se produce, el paciente también deberá enjuagarse la boca con agua después de las inhalaciones a demanda. Debe evitarse el tratamiento concomitante con itraconazol, ritonavir u otros inhibidores potentes de CYP3A4 (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Si esto no fuera posible, debe pasar el mayor tiempo posible entre la administración de medicamentos que interaccionan entre sí. El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort no está recomendado en pacientes en tratamiento con inhibidores potentes de CYP3A4. Symbicort debe administrarse con precaución en pacientes con tirotoxicosis, feocromocitoma, diabetes mellitus, hipocalcemia no tratada, miocardiopatía obstructiva hipertrofica, estenosis aórtica subvalvular idiopática, hipertensión arterial grave, aneurisma u otras alteraciones cardiovasculares graves, tales como cardiopatía isquémica, taquiarritmias o insuficiencia cardíaca grave. Se debe tener precaución con los pacientes con intervalo QT_c prolongado, ya que el formoterol puede prolongar por sí solo este intervalo. En pacientes con tuberculosis pulmonar latente o activa, o infecciones fúngicas o víricas de las vías respiratorias debe evaluarse de nuevo la necesidad y la dosis de los corticoides inhalados. El tratamiento con dosis altas de agonistas β₂ adrenérgicos puede producir hipocalcemia potencialmente grave. La administración simultánea de agonistas β₂ adrenérgicos con otros medicamentos que reducen el potasio o potencian el efecto hipocalcémico, por ej. derivados xantínicos, esteroides y diuréticos, puede agravar el efecto hipocalcémico del agonista β₂ adrenérgico. Se debe tener especial precaución en asma inestable con un uso variable de broncodilatadores de acción rápida, en ataque agudo grave de asma, ya que la hipoxia puede aumentar el riesgo asociado, y en otras afecciones en las que aumente la probabilidad de aparición de hipocalcemia. En estos casos se recomienda controlar los niveles séricos de potasio. Debido al efecto hiperglucémico de los agonistas β₂ adrenérgicos, se recomiendan controles adicionales de la glucemia en diabéticos. Symbicort Turbuhaler contiene lactosa monohidrato (<1 mg/inhalación). Normalmente esta cantidad no causa problemas a las personas con intolerancia a la lactosa. El excipiente lactosa contiene pequeñas cantidades de proteínas de la leche que pueden provocar reacciones alérgicas. ● **Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación.** Se recomienda reducir gradualmente la dosis cuando se interrumpe el tratamiento, no debiendo interrumpirse éste bruscamente. Los pacientes deben consultar con su médico si consideran que el tratamiento no es eficaz o sobrepasan la dosis máxima recomendada de Symbicort (ver sección "Posología y forma de administración"). El incremento del uso de broncodilatadores de acción rápida indica un empeoramiento de la enfermedad de base y obliga a reevaluar el tratamiento del asma. Debe advertirse a los pacientes que el empeoramiento repentino y progresivo del control del asma o EPOC supone una amenaza potencial para la vida y que deben buscar atención médica urgente. En estos casos puede ser necesario aumentar la dosis de corticoides, por ejemplo, corticoides orales, o bien tratamiento antibiótico, si hay signos de infección. Se debe aconsejar a los pacientes que tengan siempre disponible su inhalador de alivio de los síntomas. Se debe recordar a los pacientes que utilicen las dosis de mantenimiento de Symbicort que les hayan prescrito, incluso en periodos asintomáticos. Una vez controlados los síntomas del asma, se podrá considerar la reducción gradual de la dosis de Symbicort. Es importante revisar periódicamente a los pacientes mientras se está reduciendo la dosis. Deberá utilizarse la dosis mínima eficaz de Symbicort (ver sección "Posología y forma de administración"). El tratamiento con Symbicort no deberá iniciarse en los pacientes durante una exacerbación, o si presentan un empeoramiento significativo o un deterioro agudo del asma. Durante el tratamiento con Symbicort, pueden aparecer acontecimientos adversos y exacerbaciones graves relacionados con el asma. Se deberá indicar a los pacientes que continúen con el tratamiento y que consulten con su médico si los síntomas del asma permanecen no controlados o empeoran tras el inicio del tratamiento de Symbicort. Como sucede con otros tratamientos inhalados, después de la inhalación se puede producir un broncoespasmo paradójico con aumento de las sibilancias y dificultad para respirar. Si el paciente sufre un broncoespasmo paradójico, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Symbicort y el paciente debe ser evaluado y tratado con una terapia alternativa si fuera necesario. Un broncoespasmo paradójico responde a un broncodilatador inhalado de acción rápida y debe tratarse inmediatamente (ver sección "Reacciones adversas"). Cualquier corticoide inhalado puede producir efectos sistémicos sobre todo cuando se prescriben dosis altas durante largos periodos de tiempo. La probabilidad es menor cuando el tratamiento se inhala que cuando se administra vía oral. Los posibles efectos sistémicos incluyen Síndrome de Cushing, características Cushingoides, inhibición de la función suprarrenal, retraso del crecimiento en niños y adolescentes, descenso en la densidad mineral ósea, cataratas y glaucoma, y más raramente, una serie de efectos psicológicos o de comportamiento como hiperactividad psicomotora, alteraciones del sueño, ansiedad, depresión o agresividad (especialmente en niños) (ver sección "Reacciones adversas"). Se recomienda llevar a cabo una monitorización regular de la estatura de los niños que reciben tratamiento prolongado con corticoides inhalados. En caso de una ralentización del crecimiento, se debe volver a evaluar el tratamiento con el objetivo de reducir la dosis de corticoide inhalado a la dosis mínima en la que se mantiene el control eficaz del asma, si es posible. Deben sopesarse los beneficios del tratamiento con corticoides frente a los posibles riesgos de la disminución del crecimiento. Además, debe considerarse diferir al paciente a un neumólogo/alergólogo pediátra. Los escasos datos obtenidos en los estudios a largo plazo sugieren que la mayoría de los niños y adolescentes tratados con budesónida inhalada finalmente alcanzan la estatura adulta prevista. Sin embargo, se ha observado una pequeña reducción inicial, pero transitoria del crecimiento (aproximadamente 1 cm). Esto ocurre generalmente durante el primer año de tratamiento. Deberían considerarse los efectos potenciales sobre los huesos, especialmente en pacientes tratados con dosis altas durante largos periodos de tiempo que presenten factores de riesgo de osteoporosis. Los estudios a largo plazo llevados a cabo en niños con dosis diarias medias de 400 microgramos (cantidad dosificada) de budesónida inhalada o en adultos con dosis diarias de 800 microgramos (cantidad dosificada), no han mostrado ningún efecto significativo sobre la densidad mineral ósea. No existe información disponible de Symbicort a dosis más altas. Si se piensa que un paciente presenta una insuficiencia suprarrenal consecuencia de la administración previa de corticoides sistémicos, se debe tener cuidado cuando se le cambie a una pauta con Symbicort. Los beneficios clínicos que se consiguen con la budesónida inhalada generalmente minimizan la necesidad de administrar esteroides orales, aunque los pacientes que han recibido corticoides orales y cambian a la vía respiratoria pueden mantener el riesgo de aparición de insuficiencia suprarrenal durante un tiempo considerable. Después de la interrupción de la terapia con esteroides orales, la recuperación puede requerir una cantidad considerable de tiempo, por lo tanto, los pacientes que han estado recibiendo tratamiento con esteroides orales que cambian a tratamiento con budesónida inhalada pueden permanecer en riesgo de presentar una disminución de la función suprarrenal durante un tiempo considerable. En tales circunstancias el funcionamiento del eje HPA debe ser controlado regularmente. El tratamiento prolongado con altas dosis de corticoides inhalados, sobre todo dosis superiores a las recomendadas, también puede dar lugar a una insuficiencia adrenal clínicamente significativa. Por lo tanto, la administración adicional de corticoides sistémicos se debe considerar durante periodos de estrés, tales como infecciones graves o intervenciones quirúrgicas programadas. Una reducción rápida de la dosis de esteroides puede inducir una crisis suprarrenal aguda. Los síntomas y signos que podrían observarse en una crisis suprarrenal aguda podrían ser un poco imprecisos, aunque pueden incluir anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, cansancio, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, disminución del nivel de conciencia, convulsiones, hipotensión e hipoglucemia. El tratamiento con esteroides sistémicos suplementarios o con budesónida inhalada no debe ser interrumpido bruscamente. Durante el paso de un tratamiento oral a un tratamiento con Symbicort, generalmente se produce una disminución de los efectos sistémicos de los esteroides, que puede provocar la aparición de síntomas alérgicos o artríticos, tales como rinitis, eczema y dolor en los músculos y articulaciones. Se debe iniciar un tratamiento específico para estas situaciones. Raramente puede sospecharse un efecto glucocorticoideo general insuficiente si aparecen síntomas tales como cansancio, cefaleas, náuseas y vómitos. En estos casos, en ocasiones es necesario un incremento temporal de la dosis de glucocorticoides orales. Se debe instruir al paciente para que se enjuague la boca con agua después de inhalar la dosis de mantenimiento con el fin de minimizar el riesgo de infección orofaríngea por *Candida*. Debe evitarse el tratamiento concomitante con itraconazol, ritonavir u otros inhibidores potentes de CYP3A4 (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Si esto no fuera posible, debe pasar el mayor tiempo posible entre la administración de los medicamentos que interaccionan entre sí. Symbicort debe administrarse con precaución en pacientes con tirotoxicosis, feocromocitoma, diabetes mellitus, hipocalcemia no tratada, miocardiopatía obstructiva hipertrofica, estenosis aórtica subvalvular idiopática, hipertensión arterial grave, aneurisma u otras alteraciones cardiovasculares graves, tales como cardiopatía isquémica, taquiarritmias o insuficiencia cardíaca grave. Se debe tener precaución con los pacientes con intervalo QT_c prolongado, ya que el formoterol por sí solo puede prolongar este intervalo. En pacientes con tuberculosis pulmonar latente o activa, o infecciones fúngicas o víricas de las vías respiratorias debe evaluarse de nuevo la necesidad y la dosis de los corticoides inhalados. El tratamiento con dosis altas de agonistas β₂ adrenérgicos puede producir hipocalcemia potencialmente grave. La administración simultánea de agonistas β₂ adrenérgicos con otros medicamentos que reducen el potasio o potencian el efecto hipocalcémico, por ej. derivados xantínicos, esteroides y diuréticos, puede agravar el efecto hipocalcémico del agonista β₂ adrenérgico. Se debe tener especial precaución en asma inestable con un uso variable de broncodilatadores de acción rápida, en ataque agudo grave de asma, ya que la hipoxia puede aumentar el riesgo asociado, y en otras afecciones en las que aumente la probabilidad de aparición de hipocalcemia. En estos casos se recomienda controlar los niveles séricos de potasio. Debido al efecto hiperglucémico de los agonistas β₂ adrenérgicos, se recomiendan controles adicionales de la glucemia en diabéticos. Symbicort Turbuhaler contiene lactosa monohidrato (<1 mg/inhalación). Normalmente esta cantidad no causa problemas a las personas con intolerancia a la lactosa. El excipiente lactosa contiene pequeñas cantidades de proteínas de la leche que pueden provocar reacciones alérgicas. ● **Symbicort forte Turbuhaler 80 microgramos/4.5 microgramos/inhalación polvo para inhalación.** Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4.5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Es probable que los inhibidores potentes del CYP3A4 (por ej. ketoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol, claritromicina, telitromicina, nefazodona y los inhibidores de la proteasa del VIH) aumenten considerablemente los niveles plasmáticos de la budesónida, por lo que se debe evitar su uso concomitante. Si esto no es posible, el intervalo de tiempo entre la administración del inhibidor y la budesónida debe ser lo más largo posible (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). El tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort no está recomendado en pacientes en tratamiento con inhibidores potentes de CYP3A4. La administración una vez al día de 200 mg de ketoconazol, potente inhibidor del CYP3A4, aumentó los niveles plasmáticos de budesónida administrada concomitantemente por vía oral (dosis única de 3 mg) un promedio de 6 veces. Cuando el ketoconazol se administró 12 horas después de la budesónida el promedio del aumento fue solamente de 3 veces, lo que demuestra que la separación de los tiempos de administración puede reducir el incremento de los niveles plasmáticos de budesónida. Existen datos limitados acerca de la interacción con dosis altas de budesónida inhalada que indican que si se administran simultáneamente 200 mg de itraconazol con budesónida inhalada (dosis única de 1000 µg), se puede producir un marcado aumento de los niveles plasmáticos (una media de 4 veces). ● **Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación.** Es probable que los inhibidores potentes del CYP3A4 (por ej. ketoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol, claritromicina, telitromicina, nefazodona y los inhibidores de la proteasa del VIH) aumenten considerablemente los niveles plasmáticos de la budesónida, por lo que se debe evitar su uso concomitante. Si esto no es posible, el intervalo de tiempo entre la administración del inhibidor y la budesónida debe ser lo más largo posible (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La administración una vez al día de 200 mg de ketoconazol, potente inhibidor del CYP3A4, aumentó los niveles plasmáticos de budesónida administrada concomitantemente por vía oral (dosis única de 3 mg) un promedio de 6 veces. Cuando el ketoconazol se administró 12 horas después de la budesónida el promedio del aumento fue solamente de 3 veces, lo que demuestra que la separación de los tiempos de administración puede reducir el incremento de los niveles plasmáticos de budesónida. Existen datos limitados acerca de la interacción con dosis altas de budesónida inhalada que indican que si se administran simultáneamente 200 mg de itraconazol con budesónida inhalada (dosis única de 1000 µg), se puede producir un marcado aumento de los niveles plasmáticos (una media de 4 veces). **Interacciones farmacodinámicas.** Los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden reducir o inhibir el efecto del formoterol. Por tanto, Symbicort no debe administrarse junto a bloqueantes beta-adrenérgicos (incluyendo colirios), salvo que su uso esté justificado. La administración simultánea de quinidina, disopiramide, procainamida, fenotiazinas, antihistamínicos (terfenadina), inhibidores de la monoaminooxidasa y antidepresivos tricíclicos pueden prolongar el intervalo QT_c y aumentar el riesgo de arritmias ventriculares. Asimismo, la L-dopa, L-tiroxina, oxitocina y el alcohol pueden reducir la tolerancia cardíaca a los fármacos β₂ simpaticomiméticos. La administración simultánea de inhibidores de la monoaminooxidasa, incluyendo los medicamentos con propiedades similares como la furazolidona y procabazina, puede provocar reacciones de hipertensión. Existe un riesgo elevado de arritmias en pacientes que sean anestesiados con hidrocarburos halogenados. El uso concomitante de otros fármacos beta-adrenérgicos o anticolinérgicos puede tener un efecto broncodilatador potencialmente aditivo. La hipocalcemia puede aumentar el riesgo de arritmias en pacientes tratados con glucósidos digitales. No se ha observado que la budesónida y el formoterol interaccionen con otros fármacos indicados en el tratamiento del asma. **Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos clínicos sobre la administración de Symbicort o del tratamiento simultáneo de formoterol y budesónida durante el embarazo. Los datos obtenidos en un estudio del desarrollo embriofetal en ratas, no han mostrado evidencias de efectos adicionales debidos a la combinación. No se dispone de datos suficientes del empleo del formoterol en mujeres embarazadas. En estudios de reproducción en animales, el formoterol produjo reacciones adversas cuando el nivel de exposición sistémica al fármaco fue muy alto (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad"). No se ha encontrado teratogenia asociada a la budesónida inhalada en los datos procedentes de aproximadamente 2000 embarazos expuestos. En estudios en animales, los glucocorticoides han producido malformaciones (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad"), pero no es probable que esto sea relevante para humanos tratados con las dosis recomendadas. Los estudios en animales han demostrado que el exceso de glucocorticoides durante el periodo prenatal se relaciona con un riesgo mayor de retraso del crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular en el adulto y cambios permanentes en la densidad del receptor glucocorticoideo, en la producción de neurotransmisores y en el comportamiento, incluso con dosis por debajo de la teratogénica. Sólo se debería utilizar Symbicort durante el embarazo cuando los beneficios superen los riesgos potenciales. Debe utilizarse la dosis mínima eficaz de budesónida necesaria para mantener controlado el asma. La budesónida se excreta en la leche materna. Sin embargo, no se esperan efectos en niños lactantes a dosis terapéuticas. No se sabe si el formoterol se excreta en la leche materna, aunque se han detectado pequeñas cantidades de formoterol en la leche de las ratas lactantes.

Tabla 1

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e Infestaciones	Frecuentes	Candidiasis orofaríngea
Trastornos del sistema inmunológico	Raras	Reacciones de hipersensibilidad inmediata y retardada, como exantema, urticaria, prurito, dermatitis, angioedema y reacción anafiláctica
Trastornos Endocrinos	Muy raras	Síndrome de Cushing, supresión adrenal, retraso del crecimiento, disminución de la densidad mineral ósea
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Raras	Hipocalcemia
	Muy raras	Hiperglucemia
Trastornos psiquiátricos	Poco frecuentes	Agresividad, hiperactividad psicomotora, ansiedad, alteraciones del sueño
	Muy raras	Depresión, cambios del comportamiento (predominantemente en niños)
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Cefalea, temblor
	Poco frecuentes	Mareo
	Muy raras	Alteraciones del gusto
Trastornos oculares	Muy raras	Cataratas y glaucoma
	Frecuentes	Palpitaciones
	Poco frecuentes	Taquicardia
	Raras	Arritmias cardíacas, como fibrilación auricular, taquicardia supraventricular, extrasístoles
Trastornos cardíacos	Muy raras	Angina de pecho, prolongación del intervalo QTc
	Muy raras	Variaciones en la presión arterial
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuentes	Irritación leve de garganta, tos, ronquera
	Raras	Broncoespasmo
Trastornos gastrointestinales	Poco frecuentes	Náuseas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Hematomas
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Poco frecuentes	Calambres musculares

Symbicort sólo se debería administrar a mujeres en período de lactancia si el beneficio esperado para la madre supera cualquier posible riesgo para el niño. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Symbicort sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas.** Puesto que Symbicort contiene budesónida y formoterol, puede producir el mismo perfil de reacciones adversas que estos dos fármacos. No se ha observado una mayor incidencia de reacciones adversas tras la administración simultánea de los dos compuestos. Las reacciones adversas más frecuentes son una extensión del efecto farmacológico de los agonistas β_2 , adrenérgicos, como temblor y palpitaciones, que suelen ser leves y habitualmente desaparecen a los pocos días de iniciar el tratamiento. En un ensayo clínico de 3 años de duración con budesónida en EPOC, se observó la aparición de hematomas en la piel y neumonía con una frecuencia del 10% y 6% respectivamente, en comparación con el 4% y 3% del grupo placebo ($p < 0,001$ y $p < 0,01$, respectivamente). (Para: Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación y Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación). Las reacciones adversas que se han asociado a la budesónida y el formoterol se indican a continuación, clasificadas por sistemas orgánicos y frecuencias. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); y muy raras ($< 1/10.000$). Las infecciones orofaríngeas por *Candida* son debidas a la deposición del medicamento. Se debe instruir al paciente para que se enjuague la boca con agua después de cada dosis con el fin de minimizar el riesgo de infección. Las infecciones orofaríngeas por *Candida*, generalmente responden a un tratamiento antifúngico de uso tópico sin necesidad de suspender el tratamiento con corticoide inhalado. En muy raras ocasiones, al igual que con otras terapias de inhalación, se puede producir broncoespasmo paradójico, afectando a menos de 1 de cada 10.000 personas, produciéndose un aumento inmediato de sibilancias y dificultad para respirar después de la administración. Un broncoespasmo paradójico responde a un broncodilatador inhalado de acción rápida y debe tratarse inmediatamente. Además, se debe suspender inmediatamente el tratamiento con Symbicort, el paciente debe ser evaluado y tratado con una terapia alternativa si fuera necesario (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Los corticoides inhalados pueden producir efectos sistémicos, sobre todo cuando se prescriben dosis altas durante largos periodos de tiempo. La probabilidad es menor cuando el tratamiento se inhala que cuando se administra vía oral. Los posibles efectos sistémicos incluyen *Síndrome de Cushing*, características Cushingoides, supresión adrenal, retraso del crecimiento en niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral ósea, cataratas y glaucoma. También puede producirse un aumento en la susceptibilidad a las infecciones y un deterioro de la capacidad para adaptarse al estrés. Probablemente todos estos efectos dependen de la dosis, el tiempo de utilización, el uso concomitante o previo de otros esteroides y la sensibilidad individual. El tratamiento con agonistas β_2 , adrenérgicos puede provocar un incremento en los niveles séricos de insulina, ácidos grasos libres, glicerol y cuerpos cetónicos. **Sobredosis.** La sobredosis de formoterol probablemente producirá los efectos típicos de los agonistas β_2 , adrenérgicos: temblor, cefalea y palpitaciones. Los síntomas registrados en casos aislados son taquicardia, hiperleucemia, hipocalcemia, prolongación del intervalo QTc, arritmias, náuseas y vómitos. En esta situación podría estar indicado tratamiento de soporte y sintomático. No obstante, la administración de dosis de 90 microgramos durante 3 horas a pacientes con obstrucción bronquial aguda no ocasionó problemas de seguridad. No se espera que la sobredosis aguda con budesónida, incluso con dosis muy elevadas, produzca problemas de carácter clínico. Cuando se utiliza crónicamente a dosis muy altas, pueden aparecer efectos propios de la administración sistémica de corticoides, como hipercorticismo y supresión adrenal. Si el tratamiento con Symbicort ha de ser interrumpido debido a una sobredosis de formoterol, debe considerarse instaurar un tratamiento apropiado con corticoides inhalados.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. Propiedades farmacodinámicas. Grupo farmacoterapéutico: Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias. Código ATC: R03AK07. **Mecanismos de acción y efectos farmacodinámicos.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación, Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación, Symbicort contiene formoterol y budesónida; ambos componentes tienen diferentes mecanismos de acción y sus efectos son aditivos en la reducción de las exacerbaciones del asma. Las propiedades específicas de la budesónida y del formoterol hacen que la combinación de ambos pueda utilizarse tanto en el tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas, como en el tratamiento de mantenimiento del asma. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación, Symbicort contiene formoterol y budesónida; ambos componentes tienen diferentes mecanismos de acción y sus efectos son aditivos en la reducción de las exacerbaciones del asma. El mecanismo de acción de ambos se describe a continuación. **Budesónida.** La budesónida es un glucocorticoide que tras la inhalación presenta una acción antiinflamatoria en las vías respiratorias dependiente de la dosis, lo que produce una reducción de los síntomas y un menor número de exacerbaciones del asma. La budesónida inhalada presenta menos efectos adversos graves que los corticoides sistémicos. No se conoce el mecanismo exacto responsable del efecto antiinflamatorio de los glucocorticoides. **Formoterol.** El formoterol es un agonista selectivo β_2 , adrenérgico que por vía inhalatoria produce una relajación rápida y duradera del músculo liso bronquial en pacientes con obstrucción reversible de las vías respiratorias. El efecto broncodilatador es dependiente de la dosis y se inicia a los 1-3 minutos tras la inhalación, manteniéndose hasta al menos 12 horas después de una dosis única. **Budesónida/formoterol.** **Asma.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación, Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. **Eficacia clínica del tratamiento de mantenimiento con budesónida/formoterol.** Se ha demostrado en estudios clínicos con adultos que cuando se añade formoterol a budesónida mejoran los síntomas y la función pulmonar y se reducen las exacerbaciones del asma. El efecto de budesónida/formoterol sobre la función pulmonar fue el mismo que el de la combinación no fija de budesónida y formoterol y mayor que el de la budesónida sola en dos estudios de 12 semanas de duración. En todos los grupos de tratamiento se utilizó un agonista β_2 , adrenérgico de acción corta a demanda. No se produjo ningún signo de que el efecto antiastmático se perdiera con el paso del tiempo. En un estudio pediátrico de 12 semanas de duración realizado con 85 niños de 6-11 años de edad, en el que se administró una dosis de mantenimiento de budesónida/formoterol (2 inhalaciones de 80/4,5 microgramos dos veces al día) y un agonista beta, adrenérgico de acción corta a demanda, se demostró una mejoría en la función pulmonar de los niños, junto con una buena tolerancia del tratamiento en comparación con la dosis correspondiente de budesónida sola. **Eficacia clínica del tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol.** En 5 estudios doble ciego de eficacia y seguridad de 6 o 12 meses de duración se incluyeron un total de 12.076 pacientes asmáticos (4.447 aleatorizados al tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol). Como requisito, los pacientes debían presentar síntomas a pesar de utilizar glucocorticoides inhalados. En todas las comparaciones en los 5 estudios, el tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol produjo una reducción estadística y clínicamente significativa de las exacerbaciones graves. Se incluyó una comparación de budesónida/formoterol a la dosis mayor de mantenimiento con terbutalina como tratamiento a demanda (estudio 735), y budesónida/formoterol a la misma dosis de mantenimiento con formoterol o con terbutalina como tratamiento a demanda (estudio 734) (Tabla 2). En el estudio 735, la función pulmonar, el control de los síntomas y el uso de medicación a demanda fueron similares en todos los grupos de tratamiento. En el estudio 734, se redujeron los síntomas y el uso de medicación a demanda, y mejoró la función pulmonar al comparar con los otros dos tratamientos. En los 5 estudios combinados, los pacientes con budesónida/formoterol como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas, no usaron por término medio ninguna inhalación a demanda en el 57% de los días de tratamiento. No se produjeron signos de desarrollo de tolerancia con el tiempo. En otros 2 estudios con pacientes que acudieron al médico debido a síntomas agudos de asma, budesónida/formoterol proporcionó un alivio rápido y eficaz de la broncoconstricción, similar a salbutamol y a formoterol. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Se ha demostrado en estudios clínicos con adultos que cuando se añade formoterol a la budesónida mejoran los síntomas y la función pulmonar, y se reducen las exacerbaciones del asma. El efecto de budesónida/formoterol sobre la función pulmonar fue el mismo que el de la combinación no fija de budesónida y formoterol y mayor que el de la budesónida sola en dos estudios de 12 semanas de duración. En todos los grupos de tratamiento se utilizó un agonista β_2 , adrenérgico de acción corta a demanda. No se produjo ningún signo de que el efecto antiastmático se perdiera con el paso del tiempo. En un estudio pediátrico de 12 semanas de duración, realizado con 85 niños de 6-11 años de edad, en el que se administró una dosis de mantenimiento de budesónida/formoterol (2 inhalaciones de 80/4,5 microgramos dos veces al día) y un agonista β_2 , adrenérgico de acción corta a demanda, se demostró una mejoría en la función pulmonar de los niños, junto con una buena tolerancia del tratamiento en comparación con la dosis correspondiente de budesónida sola. **EPOC.** Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación, Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. En dos estudios de doce meses en pacientes con EPOC grave, se evaluó el efecto sobre la función pulmonar y la tasa de exacerbaciones (definido como cursos de esteroides orales y/o cursos de antibióticos y/o hospitalizaciones). En el momento de inclusión en los ensayos, la mediana del FEV₁ era del 36% de los valores normales previstos. El número promedio de exacerbaciones por año (tal como se ha definido anteriormente), mostró una reducción significativa con budesónida/formoterol en comparación con el tratamiento con formoterol sólo o placebo (tasa media de 1,4 en comparación con 1,8-1,9 en el grupo placebo/formoterol). El número medio de días con tratamiento corticoide oral por paciente durante los 12 meses, se redujo ligeramente en el grupo tratado con budesónida/formoterol (7-8 días/paciente/año comparado con 11-12 y 9-12 días en los grupos placebo y formoterol respectivamente). En cuanto a los cambios en los parámetros de la función pulmonar, tales como FEV₁, el tratamiento con budesónida/formoterol no fue superior al tratamiento con formoterol sólo. **Propiedades farmacocinéticas. Absorción.** La combinación a dosis fija de budesónida y formoterol, y los correspondientes productos por separado han demostrado ser bioequivalentes con respecto a la exposición sistémica de budesónida y formoterol, respectivamente. Se observó un pequeño aumento de la supresión de cortisol tras la administración de la combinación a dosis fija en comparación con los productos por separado, aunque se considera que la diferencia no afecta a la seguridad clínica del producto. No se evidenciaron interacciones farmacocinéticas entre la budesónida y el formoterol. Los parámetros farmacocinéticos de la budesónida y el formoterol por separado y los de la combinación a dosis fija, son comparables, aunque tras la administración de la combinación fija, el AUC de la budesónida es ligeramente mayor, su tasa de absorción más rápida y su C_{max} más alta que la de los componentes por separado; en el caso del formoterol, la C_{max} fue similar. La budesónida inhalada se absorbe rápidamente y la C_{max} se alcanza a los 30 minutos de la inhalación. En estudios clínicos se ha observado que después de la inhalación a través del inhalador de polvo, entre el 32% y el 44% de la dosis liberada se deposita en los pulmones. La biodisponibilidad sistémica es de aproximadamente el 49% de la dosis liberada. Cuando se administra una misma dosis, la deposición pulmonar en niños de 6 a 16 años de edad permanece dentro del mismo rango que en adultos. Aunque no se han determinado las concentraciones plasmáticas resultantes. El formoterol inhalado se absorbe rápidamente y la C_{max} se alcanza a los 10 minutos de la inhalación. En estudios clínicos se ha observado que después de la inhalación a través del inhalador de polvo entre el 28% y el 49% de la dosis liberada se deposita en los pulmones. La biodisponibilidad sistémica es de aproximadamente el 61% de la dosis liberada. **Distribución y metabolismo.** La unión a proteínas plasmáticas del formoterol es aproximadamente del 50%, y su volumen de distribución de 4 l/kg; la unión a proteínas plasmáticas de la budesónida es del 90%, y el volumen de distribución de aproximadamente 3 l/kg. El formoterol se inactiva a través de reacciones de conjugación (se forman los

Tabla 2. Visión global de las exacerbaciones graves en los estudios clínicos

Nº de estudio Duración	Grupos de tratamiento	n	Exacerbaciones graves ^a	
			Episodios	Episodios/paciente-año
Estudio 735 6 meses	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + a demanda	1.103	125	0,23 ^b
	Budesónida/formoterol 320/9 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.099	173	0,32
	Salmeterol/fluticasona 2 x 25/125 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.119	208	0,38
Estudio 734 12 meses	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + a demanda	1.107	194	0,19 ^b
	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + formoterol 4,5 µg a demanda	1.137	296	0,29
	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.138	377	0,37

^a Hospitalización/tratamiento de urgencia o tratamiento con corticoides orales

^b Disminución estadísticamente significativa en la tasa de exacerbaciones (P < 0,01) para ambas comparaciones

metabolitos activos O-desmetilado y desformilado, pero se presentan principalmente como conjugados inactivos). La budesónida sufre una extensa biotransformación de primer paso en el hígado (aproximadamente el 90%), obteniéndose metabolitos de baja actividad glucocorticoide. La actividad glucocorticoide de los metabolitos principales, 6-beta-hidroxi-budesónida y 16-alfa-hidroxi-prednisolona, es inferior a un 1% de la presentada por budesónida. No existen indicios de interacciones metabólicas ni de reacciones de desplazamiento entre el formoterol y la budesónida. **Eliminación.** La mayor parte de una dosis de formoterol se transforma por metabolismo hepático y se elimina vía renal. Tras la inhalación de formoterol, del 8% al 13% de la dosis liberada se excreta sin metabolizar en la orina. El formoterol posee un alto grado de aclaramiento sistémico (aproximadamente 1,4 l/minuto) y una vida media de 17 horas. La budesónida se elimina a través de un proceso metabólico catalizado principalmente por el enzima CYP3A4. Los metabolitos de la budesónida se eliminan como tales o en forma conjugada en la orina, habiéndose detectado solamente cantidades insignificantes de budesónida no modificada en la orina. La budesónida posee un alto grado de aclaramiento sistémico (aproximadamente 1,2 l/minuto) y una vida media tras la administración intravenosa de 4 horas. No se tienen datos de la farmacocinética de la budesónida o el formoterol en pacientes con insuficiencia renal. Los niveles plasmáticos de budesónida y formoterol pueden aumentar en pacientes con enfermedad hepática. **Datos preclínicos sobre seguridad.** La toxicidad que se observó en animales tras la administración de budesónida y formoterol en combinación o por separado constituye una exacerbación de su actividad farmacológica. En estudios de reproducción en animales, los corticoides como la budesónida, inducen malformaciones, como paladar hendido o malformaciones esqueléticas, aunque estos resultados experimentales en animales no parecen ser relevantes para el hombre a las dosis habitualmente recomendadas. Los estudios con formoterol han demostrado una reducción de la fertilidad en ratas macho tras la administración sistémica de altas dosis de formoterol, así como pérdidas de implantación del óvulo, menor supervivencia post-natal temprana y menor peso al nacimiento con dosis de formoterol considerablemente más altas de las habitualmente utilizadas en la clínica. Sin embargo, estos resultados experimentales en animales no parecen ser relevantes para el hombre. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Lactosa monohidrato (que contiene proteínas de la leche). **Incompatibilidades.** No aplicable. **Período de validez.** 2 años. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener el envase perfectamente cerrado, para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del recipiente.** Symbicort Turbuhaler es un inhalador multidosis de polvo seco que libera la dosis por simple inspiración del paciente. El inhalador es blanco con una rosca roja. El inhalador está formado por distintos materiales de plástico (PP, PC, HDPE, LDPE, LLDPE, PBT). En cada envase se incluyen 1, 2, 3, 10 o 18 inhaladores que contienen 60 ó 120 dosis. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de empaquetación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A./ C/ Serrano Galvache, 56, Edificio Roble - 28033 Madrid. **NUMERO(S) DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación: Nº Registro: 63.956. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación: Nº Registro: 63.958. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación: Nº Registro: 65.044. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACION/RENOVACION DE LA AUTORIZACION.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 4 Junio 2001. Fecha de la última revalidación: 24 Noviembre 2011. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 18 Octubre 2002. Fecha de la última revalidación: 24 Noviembre 2011. **FECHA DE REVISION DEL TEXTO.** Noviembre 2011. **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION.** Medicamento sujeto a prescripción médica. **CONDICIONES DE PRESTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Aportación reducida (cicero). **PRESENTACION Y PRECIOS.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos polvo para inhalación. Envase con 120 dosis. PVP: 62,23 €; PVP/IVA: 64,72 €. Envase clínico: 18 envases con 120 dosis. PVP= 836,99 €; PVP/IVA = 870,47 €. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Envase con 60 dosis. PVP: 62,23 €; PVP/IVA: 64,72 €. **Para mayor información, dirigirse a AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Tfno: 900 200 444. FA / 10-Nov-2011 (I update PI PhWVP, end PRM) / 1.Nov.2011 (SmPC).**

Bibliografía: 1. Welte T, Miravittles M, Hernandez P et al. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180:741-50. 2. Partridge MR, Schuermann W, Beckman O et al. Effect on lung function and morning activities of budesonide/formoterol versus salmeterol/fluticasone in patients with COPD. *The Adv Respir Dis* 2009;3:1-11. 3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2007. Available from: <http://www.ginasthma.org>. 4. Ficha técnica de Symbicort®. 5. Ficha técnica de Seretide® Accuhaler® 50/500µg polvo para inhalación. Seretide® Accuhaler® es una marca registrada de GSK. 6. PVP+IVA. Base de Datos Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Disponible en <https://botplusweb.portalfarma.com>. Último acceso Octubre 2011. Imagen en página 93

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 hiperamonemia. **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 Miacalam 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 estas isoenzimas. **Embarazo y lactancia: Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes (≥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: Linfocitosis, monoditosis, 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 faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, incontinencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, 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: Solocros. **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, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendará, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpindo (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 bacteriostática, 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) es una escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como *Escherichia coli*). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma 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

REPORTAJE

EN PORTADA

Estatuto Marco y LOPS,
diez años después



En el otoño de 2008 veían la luz dos normas que configuraban un nuevo marco regulador de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud: el Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ambas leyes recibieron un amplio consenso político, aunque los profesionales se vieron defraudados por la redacción final de dichos textos, tal y como se denunció en su momento. Diez años después, EL MÉDICO hace un análisis de la evolución de ambas normas legales, su desarrollo, sus implicaciones, lo que han significado en la formación y las relaciones laborales de los profesionales....

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Carlos Artundo Purroy

Consejero delegado de la Escuela Andaluza de Salud Pública:
"Respuestas del sistema de salud ante el impacto fiscal"

Antonio Otero Rodríguez

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

Fernando Bandrés Moya y Sara Bandrés Hernández

Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina. Facultad de Medicina. UCM:
"Consentimiento informado y daño moral: entre el sofisma y el desatino"

Ana González-Pinto

Vicepresidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica:
"Calidad asistencial: clave para la sostenibilidad del sistema sanitario"

ENTREVISTAS

Arantxa Catalán Ramos

Presidenta de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria



Juan Abarca



Secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)

Carina Vance

Ministra de Sanidad de Ecuador



OTROS TEMAS

RADIOGRAFÍA



La Salud de la mujer

REPORTAJE



Riesgos compartidos en Sanidad

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%

DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad

LA CONFIANZA ES MUTUAL

www.amaseguros.com 902 30 30 10



hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad

enfermedad

hiperamoniemia

d diverticular

enfermedad diverticular

enferme

enterocolitis bacteriana

hipera

hiperamoniemia

ocolitis bacteriana

enfermedad div



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97