

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1142. Abril 2013

7 DE ABRIL, DÍA MUNDIAL DE LA SALUD

La hipertensión arterial, una amenaza global

Entrevistas

Brígida Mendoza, consejera de Sanidad de Canarias

Jon Darpón, consejero de Salud del Gobierno Vasco

Miguel Chamosa, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Radiografía a...

Presente y futuro de la Oncología

Seguro de Automóvil



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



50%
Dto.

¿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

A.M.A. MADRID

Villanueva, 24

Tel: 91 431 06 43

villanueva@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL

www.amaseguros.com 902 30 30 10



Concienciar al enfermo, clave de la prevención



La prevención de enfermedades es una parte muy importante de las políticas de salud que han de desarrollar las autoridades sanitarias y los gobiernos. El Día Mundial de la Salud se celebra el 7 de abril para conmemorar el aniversario de la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948. Esta entidad es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Enmarcado en las políticas preventivas a nivel internacional, el Día Mundial de la Salud constituye una oportunidad idónea para generar una mayor conciencia sobre los principales problemas sanitarios que aquejan al mundo. Cada año se elige para ese día un tema que pone de relieve una esfera de interés prioritario para la salud pública mundial. El tema de 2013 es la hipertensión. El objetivo de la OMS este año es reducir el número de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, mediante la promoción de la toma de conciencia de las causas y, sobre todo, de las consecuencias de la HTA.

A este asunto dedicamos el tema central de la revista de abril, en la que también se hace un repaso a la situación de la Oncología en España, a cómo están siendo abordadas las enfermedades raras, se incluye un reportaje de lo más destacado en el Congreso Nacional de Hospitales, y se publican las líneas generales de un importante documento que trata de ofrecer las claves para abordar la cronicidad con eficiencia.

En el apartado de entrevistas, contamos en este número con las opiniones de dos consejeros de Sanidad, la canaria Brígida Mendoza y el vasco Jon Darpón, que dan su visión de la situación sanitaria de sus respectivas comunidades autónomas y también valoran la del SNS. Y en área más profesional, el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética responde a las cuestiones más candentes de esta especialidad. En nuestro Foro de Expertos contamos con importantes firmas que analizan la posible necesidad de una reforma del SNS, valoran el impacto que la crisis económica está teniendo sobre la salud de las personas, y explican todas las claves en torno al consentimiento informado.

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

7 de abril, Día Mundial de la Salud: La hipertensión arterial, una amenaza global
22



El 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud con el objetivo de promover el conocimiento y la prevención de la HTA, un factor de riesgo cardiovascular que afecta a uno de cada tres adultos a nivel mundial y cuya prevalencia más elevada se observa en algunos países de ingresos bajos en África.

ENTREVISTAS



Brígida Mendoza
Consejera de Sanidad de Canarias
30



Jon Darpón
Consejero de Salud del Gobierno Vasco
34



Miguel Chamosa Martín
Presidente de la SECPRE
54

FORO DE EXPERTOS

JUAN OLIVA
Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla La Mancha



SALVADOR PEIRÓ
Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), FISABIO y REDISSEC



JAUME PUIG-JUNOY
Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES). Universitat Pompeu Fabra
10



FERNANDO BANDRÉS MOYA
Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina. Facultad de Medicina. UCM



SARA BANDRÉS HERNÁNDEZ
Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina. Facultad de Medicina. UCM
14



I. ZORRILLA MARTÍNEZ
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava



A.M. GONZÁLEZ-PINTO ARRILLAGA
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava
18



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



Innovando para crear valor sostenible en los sistemas sanitarios
42

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Doce "acciones clave" para una gestión más eficiente de la cronicidad



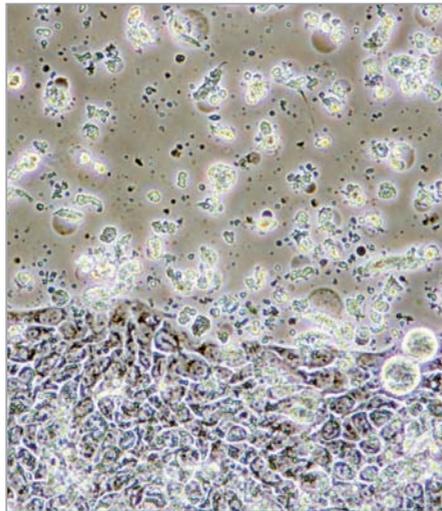
48

REPORTAJE

Enfermedades poco frecuentes, más visibilidad, apoyo e investigación
60

RADIOGRAFÍA A...

El futuro, presente ya, en Oncología se llama Medicina Personalizada



76

OTROS TEMAS

Presentación

3

Perfiles médicos

70

Fue noticia

86

La instantánea médica

90

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. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

5 MÓDULOS

MÓDULO 1 y 2
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 3-5 EN PROCESO
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

<http://www.medicamente.es/aprender/elearning/derechosdelosmedicos>

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:

<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

4,8 CRÉDITOS

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

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

MÓDULOS 3-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN

• La mirad



Juan
Oliva



Salvador
Peiró



Jaume
Puig-Junoy

a maestra de la actualidad



Fernando
Bandrés Moya



Sara
Bandrés Hernández



I. Zorrilla
Martínez



A.M.
González-Pinto Arrillaga



Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada

Autor Juan Oliva, Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla La Mancha. Salvador Peiró, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), FISABIO y REDISSEC. Jaume Puig-Junoy, Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES). Universitat Pompeu Fabra.

El Sistema Nacional de Salud vive momentos de fuerte tensión presupuestaria ocasionada por la situación económica. Sin ser un sistema caro (tampoco lo es barato comparado con países de nuestro entorno y organización tipo SNS), la fuerte caída de los ingresos públicos ha puesto en estado de alerta a todas las instancias y actores sanitarios. Sin embargo, más allá de la crisis, desde hace tiempo se apuntaban elementos de tensión en el sistema sanitario que requerían de cambios estructurales para apuntalar su solvencia.



Juan Oliva



Salvador Peiró



Jaume Puig-Junoy

Para plantear una agenda de reforma sanitaria ordenada, el punto de arranque ideal sería la puesta en marcha de un Pacto por la Salud que englobara la promoción de la salud y la autonomía personal y la atención a la enfermedad crónica y a la dependencia, y que contara con el mayor número posible de apoyos tanto parlamentarios como de sociedades científicas, profesionales y ciudadanas. Sin embargo, con o sin este acuerdo, las reformas a implementar en el seno del SNS no deben retrasarse más, so pena de quedar definitivamente relegadas ante el atisbo de recuperación económica o, peor aún, de ser sustituidas por recortes indiscriminados de carácter cortoplacista. Los cuatro ejes sobre los que se propone avanzar son la reduc-

ción del despilfarro, la apuesta de unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud, avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas y promover el buen gobierno de la Sanidad, buscando para ello la complicidad de los principales actores.

La reducción del despilfarro

El primer punto a abordar para la mejora de la eficiencia en la atención sanitaria es reducir el despilfarro. Básicamente se trata de limitar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que sí lo ofrecen o cuyo valor re-

lativo es mayor. Por una parte, existe un problema de subutilización de servicios sanitarios en pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados dada su situación clínica. La subutilización incrementa enormemente el fracaso terapéutico, entendido como los incrementos de morbilidad y mortalidad evitable con el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes, lo cual se traduce en despilfarro por el gasto en hospitalizaciones y tratamientos de enfermedades y descompensaciones que se podían haber evitado. En el extremo contrario, la sobreutilización se refiere a la indicación de pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanitarias de forma innecesaria (sin

beneficios clínicos para los pacientes). En el SNS existen evidencias directas de sobreutilización de medicamentos, pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas de discutible eficacia, o las derivaciones a la Atención Especializada o la huida masiva de pacientes “no urgentes” hacia los servicios de urgencia hospitalarios. Un tercer área donde centrar la atención son los problemas de seguridad y los efectos adversos. Los resultados de los trabajos realizados en el ámbito del SNS no son muy diferentes a los hallados en otros países desarrollados, pero por ello mismo los efectos adversos se sitúan como uno de los principales problemas evitables de salud de la población española.

Financiación y utilización basada en resultados

La credibilidad del ajuste presupuestario en la Sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar en un plazo razonable hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías basada en el mejor conocimiento científico disponible. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance coste efectividad incremental) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación. La experiencia europea de la última década puede sernos de extraordinaria ayuda ya que un número creciente de países -Inglaterra, Suecia, Holanda, Alemania, Portugal...- han apostado por distintos modelos de los cuales podemos aprender, no para adoptar acríticamente una determinada fórmula sino aquella combinación de elementos de éxito identificados en diferentes experiencias y más fácilmente adaptables a nuestro medio y estructura. Por otra parte, los criterios de eficiencia deben ser usados no sólo para valorar qué nuevas tecnologías se deben incorporar a la cartera de servicios del SNS, sino también para valorar las tecnologías a retirar.

Otro aspecto a considerar es el papel que deben jugar las aportaciones de los usuarios -los llamados copagos- dentro del ámbito del





SNS. Si no se desea que se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, el copago debe tener un papel recaudatorio limitado. Sería más deseable un copago evitable y basado en criterios de efectividad, a un copago lineal y obligatorio. Si es obligatorio, como es el caso actual, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente por cualquier tipo de copago, con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje de la renta (Alemania), dejando fuera del copago, o siendo muy reducido, para pacientes con enfermedades crónicas. El coste de no seguir un tratamiento efectivo en caso de padecer un problema de salud serio, por ejemplo, tras un infarto, es demasiado elevado como para disuadir a los pacientes imponiendo elevados copagos.

El tercer gran aspecto a reseñar es la necesidad orientar los presupuestos para pagar por aquello que deseamos obtener: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica o por excesos en la cirugía electiva; pagar más por visitas resolutorias que por derivaciones de pacientes entre profesionales sin resolver sus problemas de salud. Ello requiere integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales (Primaria, Especializada, socio-sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente, limitando así la visión parcial y fragmentada que hoy centrifuga y encubre la falta de resolución clínica.

Coordinación entre niveles y sistemas

Las enfermedades crónicas son, con diferencia, la primera causa de morbimortalidad en

España, consumiendo la mayor parte del presupuesto sanitario, además de tener un fuerte impacto en otras dimensiones económicas. Pese a algunos avances recientes, la atención a las enfermedades crónicas permanece centrada en torno al manejo de sus complicaciones agudas, mientras todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados, incluyendo el nuestro, buscan fórmulas

El SNS está siendo uno de los estabilizadores sociales clave en España para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud

para mejorar la atención a los pacientes crónicos y controlar al tiempo el gasto derivado de sus frecuentes exacerbaciones y descompensaciones. Para responder al anterior reto, se precisa avanzar en una mayor coordinación inter-sistemas. Es decir, entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. El aspecto esencial es tender puentes que permitan ir construyendo una cultura de la cooperación entre ambos sistemas. Para ello se ha de ser consciente de que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento adquirida por ambos. Para vertebrar ambos elementos, el papel de la Salud Pública como elemento cohesionador de la coordinación entre atención sanitaria y a la atención social es clave. Pero para ello, se debe trascender el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas fiscales, por citar algunas, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (salud en todas las políticas).

Un último aspecto a considerar es el planteamos los escenarios de desarrollo de la colaboración público-privada en Sanidad y, en concreto, sobre las fórmulas de gestión de los servicios sanitarios. Durante las dos últimas décadas en España hemos experimentado con todo tipo de fórmulas de gestión y cambios de formas organizativas dentro de la gestión sanitaria, tanto en el

campo de la gestión directa (pública) como indirecta (privada). En estos años deberíamos haber acumulado información relevante sobre la fortalezas y la debilidades detectadas de cada una de las fórmulas elegidas. Sin embargo, resulta triste constatar que no existen evaluaciones independientes realizadas en nuestro medio sobre esta cuestión y que para obtener alguna enseñanza debemos mirar a la experiencia de otros países. La opacidad en los resultados de las experiencias implementadas conlleva una falta de conocimiento que propicia recelo y desconfianza sobre las mismas y lastra el desarrollo de nuevos escenarios en el marco del SNS.

Buen gobierno de la Sanidad y complicidad de los actores

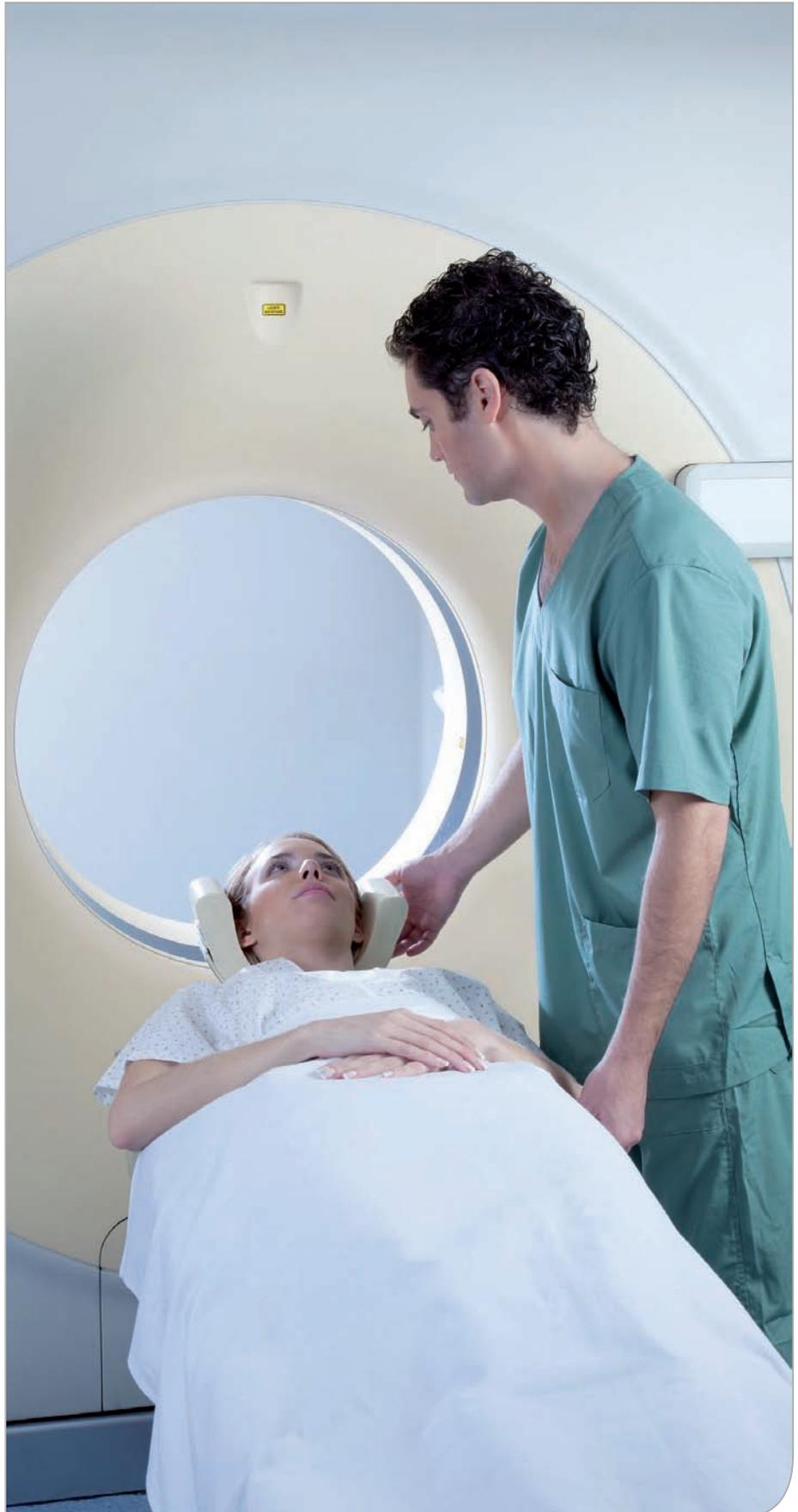
El cuarto eje es el más complejo de abordar ya que supone un cambio cultural profundo dentro del SNS. Una buena gobernanza influye positivamente en todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última estancia, los resultados de salud. La buena gobernanza de los sistemas sanitarios debe apoyarse en valores fundamentales como son los derechos humanos, el cumplimiento de las leyes y la democracia; y en principios rectores a los que responde la Sanidad pública: universalidad, equidad, y solidaridad. Pero las anteriores normas deben ser complementadas por otros principios de gobernanza como serían construir un sistema mucho más transparente en la información proporcionada a usuarios, profesionales y ciudadanos; buscar fórmulas de participación en la toma de decisiones con los profesionales sanitarios y con la ciudadanía; desarrollar normas y estructuras concretas para que las personas responsables de la toma de decisiones rindan cuentas de las mismas y justificar las anteriores basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del sistema sanitario. El objetivo es promover, primero, y defender, a continuación, una cultura de integridad, buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención y detección del fraude y la corrupción.

En conclusión

El Sistema Nacional de Salud está siendo uno de los estabilizadores sociales clave en España para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. La solvencia del SNS y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión eficiente de los recursos con un especial énfasis en la equidad de las políticas implementadas. En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, parece un imperativo del que será difícil escapar el lograr un mejor desempeño con menos recursos disponibles. Los cuatro ejes señalados marcan los principios básicos de una agenda a desarrollar, en el entendimiento de que los ejes no sólo son complementarios entre sí, sino que difícilmente pueden entenderse por separado y que el éxito de avanzar en una propuesta de estas características exigirá que se acometieran conjuntamente.

Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también identificar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas pero aplicarlas con inteligencia en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la participación ciudadana, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas no como una herramienta relativamente útil, sino como parte del cambio cultural necesario para que nuestro sistema sanitario continúe manteniendo y mejorando el bienestar social. Un mantra repetido hasta la saciedad en los últimos tiempos es que hay que tomar decisiones valientes. Sin duda, pero deben ser sobre todo decisiones inteligentes, bien informadas por pruebas científicas, legitimadas por normas de buen gobierno y que repartan los sacrificios entre los agentes implicados ■

NOTA. Una versión extendida de este escrito se publicará próximamente en la revista Economistas.





Consentimiento informado y daño moral: entre el sofisma y el desatino

Autor | Fernando Bandrés Moya y Sara Bandrés Hernández. Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina. Facultad de Medicina. UCM

La figura jurídica del consentimiento informado se presenta en la actualidad como un claro ejemplo de la obligada convivencia que ha de existir entre el Derecho y la Sanidad. Se concibe como una decisión unilateral, un espacio propio del paciente, un instante íntimo que honra el principio de autonomía característico de la moderna concepción de relación sanitaria, ahora bien, ¿dónde están los deberes del profesional sanitario?



Fernando Bandrés Moya



Sara Bandrés Hernández

Desatino se refiere, según el diccionario de la Real Academia Española, a la falta de tino, locura, al disparate o bien a fallar la puntería; y el término sofisma tiene que ver con una razón o argumento aparente con el que se quiere defender o persuadir lo que es falso. En este artículo se pretende valorar si al relacionar los conceptos de consentimiento informado y daño moral no estamos erigiendo la incoherencia.

La figura jurídica del consentimiento informado se presenta en la actualidad como un claro ejemplo de la obligada convivencia que ha de existir entre el Derecho y la Sanidad. Se trata de un instrumento que

El daño que resulta de la infracción del deber de información es un error de la aceptación, bien por información deficiente, inadecuada o insuficiente, aunque en ocasiones la jurisprudencia ha entendido que la falta de consentimiento es un daño en sí mismo

sitúa en lugar preferente la autonomía del paciente, concediéndole la prioridad de sus decisiones. Un instrumento que evidencia

el abandono de un modelo paternalista en la relación médico-paciente y descubre un nuevo concepto de vínculo, más contractual, más jurídico y más autónomo. Como figura jurídica que es el consentimiento informado, resulta obvio decir que de dicha institución se derivan derechos y deberes tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de los pacientes o usuarios; y en ese juego de derechos y deberes

yace latente la más significativa regla del juego jurídico: la responsabilidad.

La responsabilidad (del latín *responsum*, respuesta y con raíz en el verbo *spondere* que significa prometer) supone un cierto dar respuesta de los actos realizados por el sujeto y en consecuencia también de los efectos que resulten de tales actos. Responsable es entonces aquella persona capaz de justificar sus acciones, capaz de conferirles razón de ser y en definitiva capaz de ofrecer a la sociedad un por qué, un sentido. Desde el ámbito jurídico, la responsabilidad es manifiesta y públicamente exigible cuando el acto o actuación en sí misma (en este caso la actuación sanitaria que deriva del consentimiento informado) supone la infracción de un deber (en este caso tipificado en la norma), y de tal irresponsabilidad resulta a su vez un daño, configurándose así una relación de causalidad en la que se define

la causa como infracción de deber tipificado y el resultado o efecto como un daño. Dos requisitos necesarios para la exigencia de responsabilidad: deber infringido y daño.

Ahora bien, ¿qué responsabilidad puede derivarse de la práctica de consentimiento informado? ¿Qué actos derivados del consentimiento informado pueden presumir un daño? Para saber si del consentimiento informado se deduce un daño es necesario analizar primero cuáles son los actos, en relación con deberes sanitarios típicos, propios del consentimiento informado; y en segundo lugar, ¿cuál es la naturaleza del daño que se deriva de tales actuaciones?

1. Los actos del consentimiento informado en relación con los deberes típicos del profesional sanitario

La definición legal de consentimiento informado se encuentra regulada en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; en su artículo 3, que dice así:

“Consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.”

De tal definición legal se deducen las siguientes fases en el acto de consentimiento informado que, en base a un orden cronológico, se seguirían así: la información, la conformidad, la manifestación y la actuación sanitaria.

En este sentido, puede decirse que la conformidad o el consentimiento del paciente comparece como la piedra angular de la relación o vínculo sanitario, ya que de ella dependen los demás criterios: la información como necesariamente previa, la manifestación como su exteriorización posterior a la aceptación ya sea verbal o escrita y la actuación sanitaria como fina-

lidad. La conformidad, desde un punto de vista jurídico civil estricto, es la perfección de un contrato así como uno de los requisitos esenciales para su existencia y validez. Se caracteriza por ser una aceptación libre, voluntaria y consciente tal y como recoge la definición enunciada, por lo tanto no cabe plantear aceptación fundada en el error, la violencia, la intimidación o el dolo ni tampoco la aceptación de un paciente carente de capacidad de obrar, ya sea por incapacidad o minoría de edad; de esta manera se prevé que la existencia de cualquiera de uno de estos elementos constituiría un motivo de nulidad contractual.

El consentimiento se concibe como una decisión unilateral, un espacio propio del paciente, un instante íntimo que honra el principio de autonomía característico de la moderna concepción de relación sanitaria, ahora bien, ¿dónde están los deberes del profesional sanitario? Paradójicamente, tal aceptación unilateral e íntima es dependiente de una información previa en la que se fundamenta dicha conformidad. Dependiendo de un precedente denominado “información adecuada” supone que la conformidad será libre si conoce todas las opciones posibles para elegir; voluntaria si adivina las probabilidades (sin opinión o recomendación experta) para decidir; y consciente si escucha para comprender.

He aquí el deber del médico: garantizar, no la aceptación del paciente, sino la libertad, voluntariedad y conciencia de tal aceptación. Un deber difícil de cumplir, precisamente porque el médico se hace cargo de la libertad, voluntariedad y conciencia de su semejante: el paciente. Una carga o res-

ponsabilidad imposible de transferir, por irreal.

Tanto es así que el legislador define, para acotar tal responsabilidad, lo que es infor-

mación clínica y establece las reglas del juego entre derechos y deberes en el capítulo II de esta misma ley 41/2002. Todo ello con el fin de poder entender por adecuada la información de naturaleza clínica que contenga la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de la actuación sanitaria, fin último de las fases enumeradas anteriormente. Parece entonces que la libertad, volunta-

riedad y conciencia del paciente se abandonan a un cierto contenido de información.

En conclusión, la realización de la actuación sanitaria que es finalidad del consentimiento informado depende de una conformidad personalísima inalienable e intransferible del paciente pero, según la ley 41/2002, tal conformidad será válida solo si la información previa ofrece el contenido legal establecido, es decir después de que el profesional sanitario haya juzgado primero la validez de tal aceptación. Luego, la relación jurídica médico-paciente que se desprende del consentimiento informado es una sencilla relación deber-derecho de información en un único sentido; y por tanto las responsabilidades que se pudieran derivar estarían en todo caso vinculadas a los posibles errores de la información.

2. Naturaleza del daño que deriva del consentimiento informado

Atendiendo a lo expuesto en el primer punto, conviene matizar que el hecho de

Será fundamental, para no incurrir en sofismas o desatinos, promover el diálogo y conversación riguroso entre la Medicina y el derecho, con el fin de aclarar las relaciones entre consentimiento informado y daño moral y no dejarse llevar por apariencias y confusiones innecesarias



que la licitud de la actuación médica derivada del consentimiento informado puede llevar a confundir entre la obligación natural de informar, propia de un contrato de servicios profesionales, y la obligación de medios que tiene el profesional sanitario respecto de la salud del paciente. Por tanto, el presunto daño que se pueda derivar del consentimiento informado y del que posteriormente pueda exigirse responsabilidad, sólo puede proceder de un acto que infrinja el deber de información y no de la obligación de medios requerida en la actuación sanitaria posterior, ya sea cirugía, diagnóstico, tratamiento, etc...

El daño que resulta

de la infracción del deber de información es un error de la aceptación, bien por información deficiente, inadecuada o insuficiente, aunque en ocasiones la jurisprudencia ha entendido que la falta de consentimiento es un daño en sí mismo (TS, sala contencioso-administrativa de 9 mayo 2005 y 22 de junio de 2005); dicha postura no es de extrañar ya que la falta de consentimiento niega la autonomía del paciente, es negación tautológica de libertad, voluntariedad y conciencia. Pero, lo que está claro es que en cuanto a la naturaleza del daño que resulte por infracción del deber de información o infracción del deber de solicitar consentimiento informado, no afectará al patrimonio porque tiene que ver con la libertad, voluntariedad y conciencia con la que se ha consentido.

En este sentido con arreglo a un criterio tradicional, el daño moral se concibe como aquel que afecta a los bienes inmateriales de la personalidad, ajenos al patrimonio. La concepción de daño moral aunque no se encuentre especificada en el Código Civil se ha asociado con lo regulado en su

artículo 1902 que entiende que cuando por acción u omisión se causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, la persona está obligada a reparar el daño causado. Dicho término se ha construido como sinónimo de ataque o

lesión directa a bienes o derechos extrapatrimoniales o de la personalidad. No obstante esta definición se ha superado por la doctrina y jurisprudencia quedando representado por daño moral el impacto o sufrimiento psíquico o espiritual que en la persona pueden producir ciertas conductas, actividades o incluso resultados, tanto si implican una agresión directa o inmediata

a bienes materiales, como si el ataque afecta al acervo extrapatrimonial o de la personalidad. De ahí, que al igual que en los daños patrimoniales, en el daño moral se busque la reparación o compensación del sufrimiento causado.

¿Qué sufrimiento psíquico o espiritual puede acarrear la falta de consentimiento o una información inadecuada?

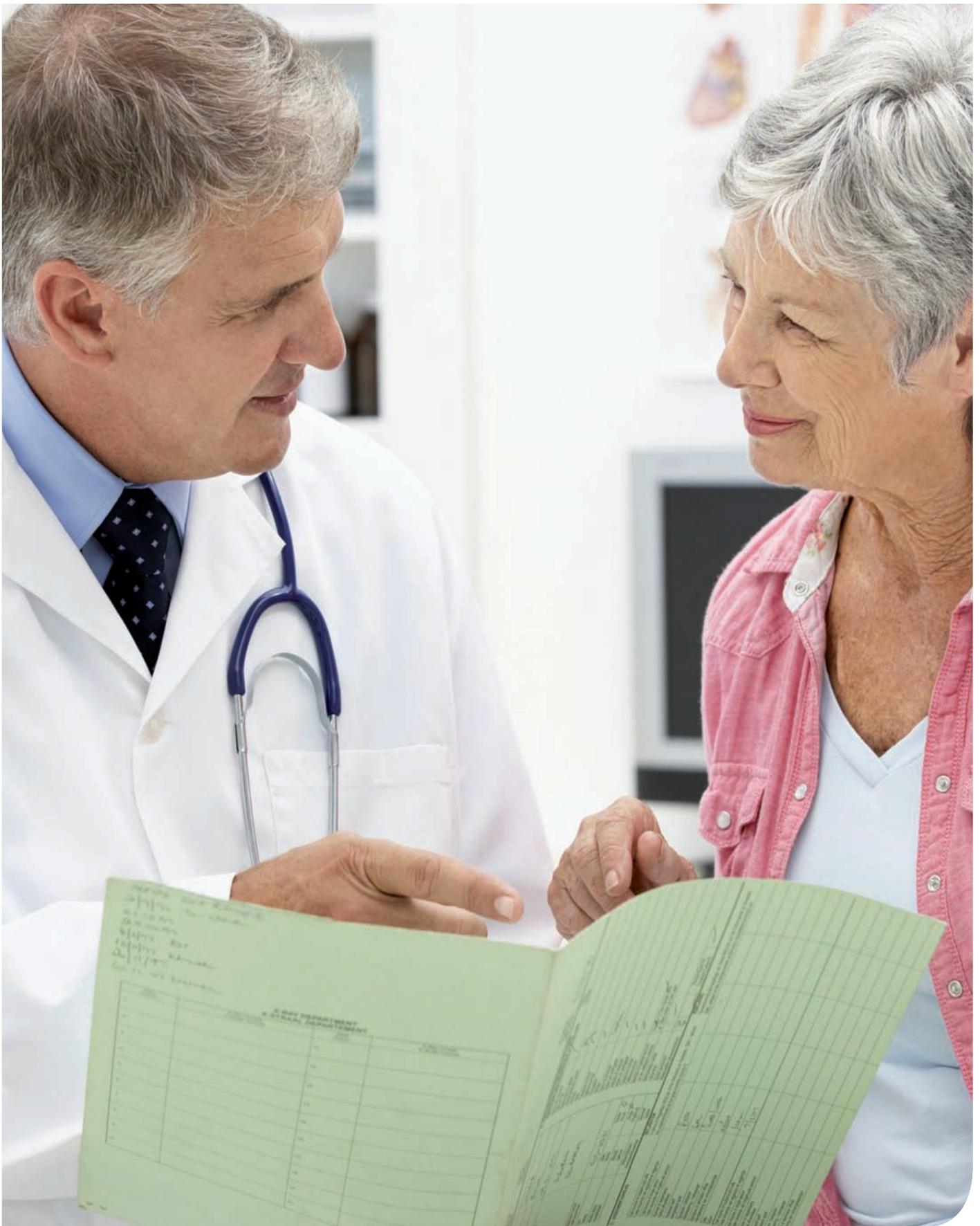
Como ya se ha expuesto anteriormente, el daño ha de derivar directamente de esa falta de consentimiento o de la puesta a disposición del paciente de una información inadecuada por deficiente, insuficiente o errónea, por lo tanto el impacto o sufrimiento psíquico o espiritual que puedan producir en la persona estas conductas, es una vulneración de un derecho de elección que produce la pérdida de oportunidad de elegir, pero, ¿es que presuponemos que el médico va a permitir la más desfavorable de las elecciones que pueda tomar el paciente?

En el caso de la falta de consentimiento in-

formado está claro que no hay opción para la elección y el daño moral se constituye como no poder elegir. Ahora bien, en el caso de la información inadecuada se trata de una elección fundada en el error, hay posibilidad de elegir pero sujeta a la condicionalidad: "si hubiera sabido que...hubiera elegido..." No se trata de no poder elegir (como en el primer supuesto) sino de poder desarrollar convenientemente la acción de elegir. Ahora, la tarea radica en ligar este presunto daño moral con el sujeto negligente, así, en el primer caso, de falta de consentimiento, el médico parece que elige en lugar del paciente, y en el segundo el médico permite que el paciente elija la peor de las opciones para su salud, es decir la de más riesgo, la de peores consecuencias.

Amigo lector, entonces ¿es el paciente autónomo o no? Porque parece que trasladar el concepto de daño moral al terreno sanitario supone una infinidad de contradicciones. Parece que se quiera hacer responsable al médico de que el paciente no solo elija, sino que lo tiene que hacer bien y acertadamente. ¿Es posible que la sociedad no esté entendiendo las reglas del juego? Un derecho comporta un deber, pero, ¿un deber supone siempre un derecho? A lo mejor, es que en esta confusión estamos esperando que el médico ejercite un derecho en nombre del paciente, sin dejarle que elija realmente como responsable de sus actos. Por lo tanto, el paciente debe buscar, para ser libre y elegir; valorar, para tener voluntariedad y decidir; preguntar, para escuchar y comprender; pues el paternalismo no puede tomar las riendas de la autonomía. Cada uno debe ser responsable de sus actos: médico y paciente

Por todo lo anterior, será fundamental, para no incurrir en sofismas o desatinos, promover el diálogo y conversación riguroso entre la Medicina y el derecho, con el fin de aclarar las relaciones entre consentimiento informado y daño moral y no dejarse llevar por apariencias y confusiones innecesarias. De nuevo hemos de recuperar la relación médico-paciente como un encuentro entre conciencia del médico y la confianza del paciente y alejarnos de vivir en la sospecha unos de otros ■





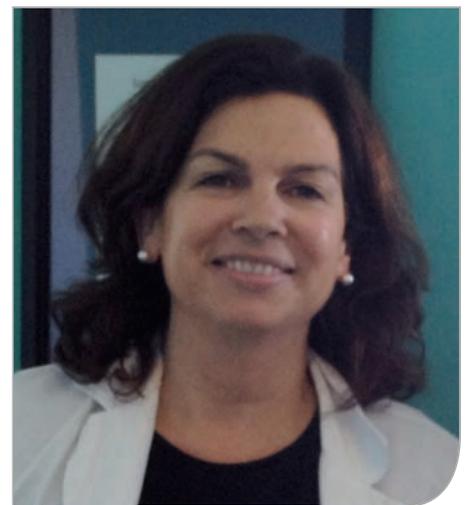
Impacto de la crisis económica actual en la Salud Mental

Autor | I. Zorrilla Martínez; A.M. González-Pinto Arrillaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava

Nos encontramos actualmente en un momento histórico en el que la mayoría de los países de nuestro entorno atraviesan una crisis socioeconómica cuyos inicios se remontan a 2007. ¿Cuáles son las consecuencias de esta situación en la salud? Algunos estudios ecológicos apuntan que en etapas de crisis se produce una disminución de la tasa de mortalidad basada en los hábitos de consumo, pero al mismo tiempo existen ya numerosos datos que señalan que frecuentemente la crisis produce un deterioro en la salud de la población debido a otras causas, entre las que se encuentran el suicidio y la enfermedad mental.



I. Zorrilla Martínez



A.M. González-Pinto Arrillaga

Pese a tratarse a una crisis global, existen países que se han visto afectados en mayor profundidad que otros, entre ellos España cuya economía se encontraba en la década previa al inicio de la actual tesitura a la cabeza del crecimiento europeo, con una tasa de crecimiento del Producto Interior Bruto en torno al 5 por ciento anual. El hundimiento del mercado inmobiliario conllevó graves consecuencias para el sistema financiero del país lo que ha producido una marcada reducción del mercado laboral, dificultades en el pago de hipotecas, desahucios y numerosas medidas de ajuste fiscal.

Según apunta la Organización Mundial de la Salud, la relación entre crisis económica y consecuencias negativas para la salud mental es evitable

Consecuencia directa de esta situación es el

crecimiento de las tasas de desempleo en estos países. Así, España se sitúa al frente de los países de Europa en tasa de desempleo encontrándonos en 2013 al 25 por ciento de los españoles en edad activa en paro (dicha tasa en 2006 se situaba en 8,5 por ciento) ¿Cuáles son las consecuencias de esta situación en la salud? El desempleo está estrechamente relacionado con el

impacto en la salud de las personas, tanto en la salud física como en la mental. Pero esta relación va más allá ya que la inseguridad e incertidumbre en la vida laboral genera en numerosas ocasiones mayores consecuencias en la salud que el propio desem-

pleo.

Algunos estudios ecológicos apuntan que en etapas de crisis se produce una disminución de la tasa de mortalidad basada en los hábitos de consumo (consumo de alcohol, dieta menos calórica, menor uso de medios de transporte, disminución del fallecimiento por accidentes de tráfico) pero al mismo tiempo existen ya numerosos datos que señalan que frecuentemente la crisis produce un deterioro en la salud de la población debido a otras causas, entre las que se encuentran el suicidio y la enfermedad mental. Este riesgo está vinculado en parte al desempleo y a la incertidumbre.

Las personas desempleadas sufren habitualmente tres tipos de riesgos. Por un lado, el riesgo financiero teniendo que enfrentarse con el riesgo de ruina, pérdida de ahorros e



incluso de sus hogares. El segundo tipo de riesgo está relacionado la salud física: síntomas como la hipertensión, diabetes y daños coronarios están relacionados con el desempleo. Y el tercer tipo de riesgo está vinculado con la salud mental que relaciona desempleo con ansiedad, trastornos depresivos y suicidio. Estas consecuencias en la salud varían considerablemente siendo peores las observadas en aquellos países cuyos programas de apoyo familiar o búsqueda de mercado laboral se encuentran escasamente desarrollados.

Son numerosos los trabajos que destacan el incremento de intentos de suicidio en Grecia, España, Irlanda y Reino Unido desde el inicio de la crisis financiera. En España la tasa de suicidio entre menores de 65 años ha pasado de 5,16 en 2007 a 5,56 por cada 100.000 habitantes en 2008, lo que ha su-

puesto un punto de inflexión en la tendencia que se mantenía desde el 2000, pasando a ocupar la primera causa de muerte evitable en esta población, incluso por delante de los accidentes de tráfico. Es decir, nos encontramos ante el principal problema de mortalidad en población joven. Estas cifras no reflejan el escenario íntegro ya que detrás de cada suicidio consumado, se “esconden” 10 tentativas y entre 100 y 1.000 síndromes depresivos. Las tentativas suicidas se han convertido en una forma de respuesta “aguda” a la situación de desprotección vivida en el contexto de crisis, agravadas por el aumento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En este sentido, resulta interesante citar un estudio realizado en Nis (región del sureste de Serbia gravemente afectada durante la guerra de la antigua Yugoslavia) en el que se señala que la crisis económica tiene un impacto incluso

mayor y más rápido que las catástrofes naturales o la guerra en la tasa de muertes por suicidio, tras analizar las estadísticas regionales durante el periodo de 1987 a 1999.

Dos de los factores que entran en juego en la relación entre desempleo y salud mental son el tiempo en esta situación y las estrategias de afrontamiento del estrés que emplean las personas afectadas y que permiten resolver situaciones personales y mantener un equilibrio en su salud física y mental. Existen numerosos trabajos que determinan que las personas desempleadas durante un periodo prolongado padecen mayor número de episodios depresivos en los últimos 12 meses si los comparamos con aquellos que se han encontrado inactivos por un corto tiempo. Algunos investigadores apuntan que hasta el 50 por ciento de los desempleados en combinación con otros factores (como la emigración) padecen una merma en su salud mental, padeciendo frecuentemente depresión. Además, las estrategias de afrontamiento empleadas por estas personas, en mayor medida por las que la padecen de forma prolongada, son menos efectivas cara al manejo del estrés. No podemos olvidar que la crisis actual no se limita únicamente al ámbito económico ya que tiene prolongaciones en las demás esferas de la vida de las personas (repercusiones en la vida de pareja y familia, deterioro de los apoyos sociales, sentimiento de aislamiento y pérdida de autoestima con sentimiento de responsabilidad individual de su situación). De esta forma, el desempleo se entiende como un factor de riesgo acumulativo. Estos aspectos no se pueden generalizar ya que factores como la personalidad de las personas juegan un papel clave en el abordaje de la adversidad y aunque existe una parte innata, se puede llevar a cabo un entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés y sus consecuencias directas.

En un trabajo publicado en 2012 y llevado a cabo por un grupo español en el que se analiza el impacto de la crisis en la salud mental en España entre 2006 y 2010 se señala que además de la depresión, se ha observado un incremento en Atención Primaria de consultas relacionadas con ansiedad,



trastornos somatoformes y con el consumo de alcohol, con la baja autoestima y el manejo inadecuado de la frustración generado por esta situación sociolaboral. La combinación de los factores de desempleo individual y familiar puede suponer el 23 por ciento de la población de riesgo atendida por episodios depresivos mayores en atención primaria. Comparando los análisis de 2006 y 2010 han apreciado un incremento de 20 puntos porcentuales en la atención de cuadros depresivos mayores, 8 por ciento en trastornos de ansiedad, 5 por ciento en el abuso de alcohol y 2 por ciento en dependencia de alcohol.

Un fenómeno importante analizado es el efecto contagio que sobre la salud mental tiene el desempleo ya que éste no sólo deteriora la salud en la persona que lo sufre

directamente sino que también genera un elevado nivel de inseguridad e incertidumbre en los miembros de la familia y de la comunidad, sufriendo trastornos anímicos, trastornos relacionados con la ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico) y con uso de sustancias (dependencia alcohólica) de forma significativamente más alta que el resto de la población. Y todo esto se ha relacionado con otras situaciones como desahucios, dificultad

para afrontar deudas y pagos de hipotecas. Teniendo todo esto en consideración, se puede estimar que hasta un tercio del riesgo global de padecer un trastorno afectivo está relacionado con la combinación de riesgo de pérdida de empleo, desempleo en la familia y dificultades de pago hipotecario. No podemos olvidarnos del colectivo de trabajadores que aunque se mantienen en activo (no constan en el modelo estadís-

tico actual como desempleados), han visto reducido el tiempo o las horas de trabajo y consecuentemente, el importe de los ingresos que reciben.

La crisis económica conlleva un mayor riesgo de exclusión de grupos sociales vulnerables como niños, jóvenes, familias uniparentales, desempleados, emigrante, minorías étnicas y personas mayores. La crisis económica, a través de la salud mental de los padres, de la dinámica familiar y de la relación con los iguales, conlleva también el riesgo de daño de la salud de los niños y adolescentes. Sin embargo, el panorama puede mejorar. Según apunta la Organización Mundial de la Salud, la relación entre crisis económica y consecuencias negativas para la salud mental es evitable.

Algunos investigadores apuntan que hasta el 50 por ciento de los parados padece una merma en su salud mental, padeciendo frecuentemente depresión. Además, las estrategias de afrontamiento empleadas por estas personas, en mayor medida por las que la padecen de forma prolongada, son menos efectivas

5 por ciento, en 2010 numerosos países han establecido un crecimiento del 0 por ciento. La implantación de estos ajustes puede conllevar consecuencias dañinas para la salud y suponer un obstáculo para la propia recuperación económica. Sin embargo, las medidas destinadas a aumentar la resiliencia en la comunidad y a mitigar las consecuencias del estrés ante la inestabilidad laboral o pérdida de estatus social

tienen claros efectos protectores sobre la salud mental de las personas.

Países con una fuerte red social padecen menor impacto en la salud mental y no padecen grandes desigualdades sanitarias durante las crisis. Por ejemplo, Finlandia y Suecia padecieron en la década de los 90 una profunda crisis con un importante incremento de las tasas de desempleo. Sin embargo, en contra de lo esperable, no se produjeron desigualdades sociosanitarias significativas y las tasas de muerte por suicidio disminuyeron durante ese periodo gracias a las medidas de protección social que se reforzaron en contra de la presión de mercados y de organismos internacionales. Estos datos contrastan con los obtenidos en Estados Unidos donde los suicidios se incrementan mientras las partidas estatales de bienestar social se recortan. En estos momentos los programas de apoyo familiar, programas de asesoramiento laboral (ya existen datos que afirman que por cada 100\$ por persona que se invierte en estos programas, se produce una disminución directa de la tasa de suicidio), los programas de ayuda en el pago de hipotecas y deudas contraídas, la reorganización de la salud mental en Atención Primaria (mejorando la comunicación entre los entes sociales y la atención sanitaria), el control del acceso al alcohol y el incremento del "capital social" (definido como los recursos disponibles basados en las relaciones y actividades sociales que constituyen una red de apoyo a los miembros de la comunidad en riesgo de exclusión) deberían ser las piedras angulares de los programas estatales para la prevención del deterioro de la salud mental de la población, existiendo actualmente datos positivos basados en estudios coste-beneficio.

Otro aspecto importante que debemos tener en cuenta es el tipo de cobertura que se ofrece desde los medios de comunicación. Es conocido desde hace años el efecto contagio que puede provocar la información sensacionalista que desde los medios se hace sobre los suicidios y especialmente entre jóvenes y adolescentes. Por ello, para prevenir el efecto de bola de nieve, se debe exigir una información rigurosa sobre el impacto de la crisis en la salud mental y concretamente en los suicidios.



Sin olvidar el impacto en la salud ni menospreciar las situaciones trágicas vividas por las personas afectadas, se puede conseguir preservar la salud mental en niveles medios si somos capaces de dar las respuestas necesarias, con programas sanitarios y sociales que prevengan trastornos afectivos y conductas suicidas ■

Bibliografía

1. B Burström, L. Nylén, B. Barr, S. Clayton, P. Holland, M. Whitehead: "Delayed and differential effects of the economic crisis in Sweden in the 1990s on health-related exclusion from the labour market: A health equity assessment" *Social Science & Medicine* 75 (2012) 2431-2436
2. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med*. 2009 Feb 19;360(8):749-51. doi: 10.1056/NEJMp0809122. PubMed PMID: 19228617.
3. Chen L, Li W, He J, Wu L, Yan Z, Tang W. Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis. *BMC Public Health*. 2012 Aug 2;12:597. doi: 10.1186/1471-2458-12-597. PubMed PMID: 22856556; PubMed Central PMCID: PMC3490784.
4. Duleba T, Gonda X, Rihmer Z, Dome P. [Economic recession, unemployment and suicide]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2012 Mar;14(1):41-50. Review. Hungarian. PubMed PMID: 22427469.
5. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-8. doi: 10.1093/eurpub/cks035. Epub 2012 Apr 19. PubMed PMID: 23132877.
6. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*. 2011 Feb;10(1):40-4. PubMed PMID: 21379355; PubMed Central PMCID: PMC3048505.
7. Hogan MF, Sederer LI. Mental health crises and public policy: opportunities for change? *Health Aff (Millwood)*. 2009 May-Jun;28(3):805-8. doi:10.1377/hlthaff.28.3.805. PubMed PMID: 19414890.
8. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1):71-6. doi:10.1192/bjp.bp.110.079830. Epub 2011 Feb 3. PubMed PMID: 21292926.
9. Petrovich et al: "Influence of socio-economic crisis on epidemiological characteristic of suicide in the region of Nis (southeastern part of Serbia, Yugoslavia)" *Eur J Epidemiol*. 2001; 17 (2): 183-7
10. Snowden LR, Masland MC, Libby AM, Wallace N, Fawley K. Racial/ethnic minority children's use of psychiatric emergency care in California's Public Mental Health System. *Am J Public Health*. 2008 Jan;98(1):118-24. Epub 2007 Nov 29. PubMed PMID:18048783; PubMed Central PMCID: PMC2156049.
11. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012 Oct;11(3):139-45. PubMed PMID: 23024664; PubMed Central PMCID: PMC3449359



7
DE ABRIL,
DÍA MUNDIAL DE LA SALUD

La hipertensión arterial, una amenaza global

El 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud con el objetivo de promover el conocimiento y la prevención de la hipertensión arterial, un factor de riesgo cardiovascular que afecta a uno de cada tres adultos a nivel mundial y cuya prevalencia más elevada se observa en algunos países de ingresos bajos en África (más del 40 por ciento). La Organización Mundial de la Salud (OMS) quiere reducir el número de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares producidos como consecuencia directa de este problema, para lo cual lanza el siguiente mensaje a la población: la presión arterial alta se puede prevenir y reducir mediante la implementación de una serie de medidas higiénico-dietéticas y la práctica habitual de ejercicio físico.

Texto | Jorge Sánchez Franco

Fotos | EL MÉDICO/WHO/C. Black



REPORTAJE DE PORTADA

7 de abril, Día Mundial de la Salud

La hipertensión arterial, una amenaza global

La elevación de la tensión arterial constituye hoy en día la primera causa de mortalidad mundial. De acuerdo con los últimos datos de que dispone la OMS, este factor de riesgo cardiovascular es responsable de cerca de siete millones de muertes en todo el mundo. “A pesar de que se dispone de un arsenal terapéutico muy nutrido, todavía hay muchas

personas cuyos niveles de presión arterial no son los adecuados”, apunta el doctor Josep Redón, presidente de la Sociedad Europea de Hipertensión. En España, por ejemplo, el 30 por ciento de los hipertensos no están diagnosticados y sólo el 35 por ciento de los que sí lo están tienen controlada su presión. Por su parte, el 30 por ciento de la población adulta española y europea convive con este problema.

Uno de los aspectos más destacados por la OMS con motivo del Día Mundial de la Salud, que este año se dedica a esta enfermedad, es la creciente prevalencia de hipertensión arterial en los países en vías de desarrollo, especialmente en algunas regiones del continente africano. “Mientras que este problema está más ligado a la vejez en Europa (el 65 por ciento de las personas mayores de 65 años son hipertensas), en los países cuyas economías se encuentran en pleno desarrollo económico la obesidad juega un papel muy importante”, afirma el experto. Es por ello que “hay más gente joven afectada (fundamentalmente en la franja de edad de 40 a 50 años), con la enorme morbilidad asociada que esto conlleva”, añade. “Es lo mismo que viene ocurriendo en algunos países del este de Europa”.

Como en tantas otras ocasiones, la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial (ESH en sus siglas inglesas) tratará de llamar la atención de la clase política europea acerca del enorme impacto que tiene este factor de riesgo cardiovascular tanto en la mortalidad como en la morbilidad. “Se incrementa la incidencia tanto de cardiopatía isquémica como del devastador

accidente cerebrovascular o ictus”, apunta el doctor Redón. A este respecto, “hay estudios que sitúan la tasa de mortalidad por ictus como el mejor indicador para valorar

el control real de la presión arterial en una población concreta”, señala. De hecho, “aunque lo normal sería que dicha tasa disminuyera progresivamente en los países desarrollados, no siempre ocurre así”.

La ESH, en colaboración con la Sociedad China de Hipertensión Arterial, ha puesto en marcha un ambicioso estudio con el que pretende “analizar y consensuar los mejores objetivos terapéuticos a alcanzar en aquellos pacientes que ya han padecido un accidente cerebrovascular con el fin de evitar que tengan otro”, comenta el experto. “Tratamos de investigar aspectos que no siempre están demasiado claros”. A este respecto, no todo el mundo sabe que las tasas de ictus de China son más altas incluso que las europeas. “Se trata de una de las muchas colaboraciones de trabajo que nos son solicitadas desde sociedades científicas de fuera de Europa, especialmente desde Sudamérica, Oriente Medio y Asia”, explica.

La Unión Europea “debería contemplar la hipertensión arterial dentro de su nuevo programa marco, Horizonte 2020”, según el experto. “Tiene que ser un aspecto prioritario no solamente desde los puntos de vista epidemiológico, básico y clínico, sino que también hay que tener en cuenta su impacto social y su control”, destaca. En este ámbito, el concepto de “patient empowerment” (o capacitación del paciente para su autocuidado) es más válido que en ningún otro sitio. “Las nuevas tecnologías abren un campo muy interesante en el que profundizar de cara a conseguir un mejor control de la presión arterial, con la consiguiente reducción del gasto sociosanitario que eso supondría”. Precisamente, este aspecto va a ser analizado en las nuevas guías europeas.

La clave está en la concienciación de la población

A la doctora Nieves Martell, presidenta de la SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial), le parece “una magnífica idea” que la OMS haya decidido dedicar el Día Mundial de la Salud a la hipertensión arterial, ya que “constituye un grave problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo”, afirma. “No se ha conseguido controlar la epidemia a pesar de lo mucho que se está haciendo” desde gobiernos y sociedades científicas. “La clave está en concienciar a la sociedad sobre la necesidad de llevar una vida saludable alejada del alcohol y el tabaco, disminuyendo la ingesta de sal y practicando ejercicio físico con regularidad”.



Coincidiendo con la celebración del Día Mundial de la Salud, la SEH-LELHA ha diseñado una aplicación móvil con la que “pretende ayudar a incrementar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, uno de los principales problemas del abordaje de la hipertensión arterial”, apunta la experta. De hecho, el 40 por ciento de los pacientes hipertensos abandona la medicación. “Esperamos que una buena parte de los olvidos que se producen a este respecto puedan solucionarse gracias a esta herramienta”, que también estará disponible de forma gratuita en la página web del Club del Hipertenso (www.clubdelhipertenso.es). La aplicación avisa al propietario del teléfono móvil de la hora de la toma de la medicación y de su cita con el médico, entre otras cosas.

Con este proyecto, la SEH-LELHA pone de

manifiesto una de sus preocupaciones prioritarias con respecto al abordaje de la hipertensión arterial: la falta de cumplimiento. Además de la aplicación móvil, “se están probando otros tipos de herramientas que también persiguen la mejora de la adherencia al tratamiento antihipertensivo”, señala la doctora Martell. Tal es el caso del AMPA (Automedida de la Presión Arterial), que permite monitorizar la presión sanguínea del paciente en su propia casa. En general, todos “los grupos de trabajo que integran la SEH-LELHA tienen en marcha muy buenos proyectos de ámbito nacional en los que están implicados muchos profesionales y pacientes”.

La experta ha pedido a la Administración sanitaria española una mayor implicación en la mejora del abordaje de este factor de riesgo cardiovascular en nuestro país me-

dante la promoción de diversas campañas de concienciación que, no teniendo que ser excesivamente caras, pueden aportar grandes beneficios a la población general. “Algo tan sencillo como un programa nacional de ejercicio físico y nutrición puede elevar la salud cardiovascular de los ciudadanos de manera importante”, según esta experta. Además, “es muy importante educar a los niños desde muy pequeños en hábitos de vida saludables”. Esto es lo que se pretende con la colaboración que mantiene el Club del Hipertenso con la Escuela Deportiva Manila Estrellas.

Los pacientes hipertensos, controlados las 24 horas del día

Según el doctor José Abellán, coordinador de la XIII Edición de Casos Clínicos sobre Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovas-





REPORTAJE DE PORTADA

7 de abril, Día Mundial de la Salud

La hipertensión arterial, una amenaza global

cular, cuyos premios se entregaron en el marco de la 18ª Reunión Nacional de la SEH-LELHA, “resulta fundamental que los pacientes hipertensos estén controlados las 24 horas del día para reducir así todos los riesgos asociados que pueden sufrir”. En este sentido, el experto también ha recordado la importancia de la concienciación de los ciudadanos para que tomen decisiones responsables en la gestión de su salud y contribuyan a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios: “es preciso intentar mejorar la educación sanitaria a este respecto”.

Con más de 150 casos clínicos recibidos, el proyecto ganador de este certamen ha sido el titulado “Síndrome coronario con riesgo de ictus. Riesgos y realidades”, presentado por la doctora Lourdes Navarro Sánchez. El trabajo “Hipertensión refractaria juvenil” ha conseguido el segundo galardón, mien-

tras que la tercera posición ha recaído en el estudio “Cuando menos puede ser más”, a cargo del doctor Enrique Rovira. Estos premios tienen por objetivo impulsar la investigación y el desarrollo científico para un mejor conocimiento de la hipertensión y su implicación en la enfermedad vascular. En palabras del doctor Abellán, se trata de “presentar ante la comunidad científica la mejor forma de proceder ante situaciones concretas de pacientes hipertensos”.

La hipertensión arterial se extiende a los países en vías de desarrollo

Para el doctor Luis Alberto Vara González, coordinador del Grupo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), “no es ninguna sorpresa” el hecho de que la OMS haya dedicado el Día Mundial de la Salud

LA FUNDACIÓN SEMG-SOLIDARIA, SOBRE EL TERRENO

En Ciudad Sandino (Nicaragua), la Fundación SEMG-Solidaria, presidida por el doctor José Manuel Solla, ha construido una unidad clínico-docente de 2.000 metros cuadrados donde se ofrece atención sanitaria a la población y formación a los profesionales sanitarios. “Con más de diez años de desarrollo, este proyecto ha recibido ya varios premios como mejor iniciativa de colaboración con Latinoamérica”, destaca. “En base a los datos propios de que disponemos, incluidos todos ellos en un registro informatizado, la prevalencia de la hipertensión arterial se está incrementando de manera considerable, con el drama sobreañadido de que los pacientes no suelen tener fácil el acceso a los fármacos que necesitan en estos países”.

Hay muchos países emergentes, especialmente en Latinoamérica, donde está subiendo el Producto Interior Bruto (PIB) de manera considerable, lo que trae consigo la aparición de grupos poblacionales de gente mayor. “Es aquí donde se están empezando a manifestar algunas patologías crónicas propias de las poblaciones desarrolladas, y los facultativos que las atienden se ven desbordados por no estar acostumbrados a este tipo de enfermedades”, afirma el experto. La Fundación SEMG-Solidaria entra en escena para impartirles docencia y ponerles al día en este tipo de patologías. “Los fármacos antihipertensivos no suelen entrar en la financiación pública de muchos de estos países, lo cual supone una limitación importante”.

En el momento actual, esta unidad clínico-docente de Ciudad Sandino “está siendo sostenida con el trabajo y el dinero de nuestros propios socios, al habérsenos retirado muchas de las ayudas con que contábamos”, explica el doctor Solla. En este contexto, la salud pública sigue siendo uno de los pilares básicos del proyecto. “Todos los años organizamos las ferias de la salud, donde se educa a la población sobre las enfermedades más prevalentes, con especial alusión a la hipertensión arterial y la diabetes”, recalca. “Este apoyo es clave en una zona marginal como ésta”. Por otro lado, “la actividad asistencial está cayendo de manera notable, pues ya no tenemos capacidad para subvencionarla”.



WORLD HEALTH DAY

www.who.int/control-blood-p

al “factor de riesgo cardiovascular con mayor mortalidad atribuible a nivel mundial”. Mientras que el mundo desarrollado “parece haber alcanzado un cierto límite en el control de las cifras de presión arterial”, los países en vías de desarrollo “empiezan a padecer los problemas derivados de la creciente prevalencia de determinados trastornos crónicos, especialmente cardiovasculares, como consecuencia lógica de la prolongación de la esperanza de vida”, afirma.

Una de las principales preocupaciones del Grupo de Hipertensión Arterial de semFYC es la “todavía demasiado elevada” prevalencia de este trastorno cardiovascular en España y en el conjunto de Europa. Además, “en torno al 60 por ciento de los hipertensos desconoce que padece la enfermedad, ya que no se ma-



Under PRESSURE?

Risk of heart attack and stroke – control your blood pressure

April 2013
Hypertension



World Health Organization

nifiesta clínicamente”, señala el experto. “La medición de la presión arterial constituye hoy en día el único método diagnóstico disponible, pero no se recurre a él de manera sistemática”, añade. Por último, las tasas de control de este importante factor de riesgo cardiovascular “continúan en niveles muy bajos”. Todo esto nos indica que “queda mucho por hacer y por mejorar”, aunque “es probable que la crisis económica no ayude demasiado”.

El riesgo de padecer hipertensión arterial se puede reducir siguiendo una dieta equilibrada y disminuyendo la ingesta de sal, dos consejos difícilmente realizables sin una buena cultura alimentaria. A este respecto, “tampoco hay demasiado apoyo por parte de la industria en cuanto a los etiquetados de los alimentos, conservas y

demás”, apunta el doctor Vara González. El Ministerio de Sanidad, sin embargo, sí “parece estar haciendo pequeños esfuerzos” en este sentido. Así, por ejemplo, en julio de 2012 firmó un convenio tanto con los vendedores minoristas de carne, como con quienes fabrican y comercializan aditivos, con la idea de reducir en un 10 por ciento el sodio que estos alimentos contienen y en un 5 por ciento los niveles de grasa.

El Equipo de Atención Primaria desempeña un papel clave en el abordaje de la hipertensión arterial, ya que “la mayoría de los hipertensos son diagnosticados y tra-

tados en el centro de salud”, afirma el experto. Los profesionales que desarrollan aquí su labor no sólo deben perseguir el abordaje precoz de este trastorno cardiovascular, sino que

Un informe de la Red Europea del Corazón coloca a nuestro país, en el caso concreto de la hipertensión, entre los cinco que mejores cifras presentan en el continente

“han de dar un paso más y conseguir que los pacientes lleven a la práctica todas las medidas higiénico-dietéticas a su alcance con el apoyo de entrevistas motivacionales”, explica.

Todo esto conlleva un importante gasto de tiempo del que no disponemos en la actualidad”. Los farmacéuticos comunitarios “pueden prestarnos un importante apoyo en lo que a la adherencia al tratamiento se refiere”.



REPORTAJE DE PORTADA

7 de abril, Día Mundial de la Salud La hipertensión arterial, una amenaza global

Se sabe que la hipertensión arterial “se desarrolla fundamentalmente en sociedades con altos índices de sobrepeso y obesidad donde se consume mucha sal y se practica poco ejercicio”, apunta el doctor Vara González. En el caso concreto de España, la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 muestra un importante incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 25 años: en el momento actual afecta al 17 por ciento de la población española (frente al 7,9 por ciento de 1987), y el sobrepeso llega ya al 37 por ciento. En este contexto, el Ministerio de Sanidad “debe poner en marcha sendas campañas de concienciación que promuevan hábitos de vida saludables, lo que redundaría claramente en un importante descenso de complicaciones cardiovasculares”.

La lucha contra la hipertensión arterial en clave europea

Los datos más recientes de Eurostat, la oficina estadística de la Unión Europea (UE), revelan que las enfermedades cardiovasculares causaron 76,5 muertes por cada 100.000 habitantes en 2010. A pesar de lo visto hasta ahora, “España tenía uno de los índices de mortalidad más bajos, solamente por detrás de Francia, Países Bajos y Portugal”, explica Paola Testori, directora general de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea (CE). “Todas estas regiones se situaron por debajo de la media europea, que se acerca a las 50 muertes por cada 100.000 habitantes”, añade. En el caso concreto de la hipertensión arterial, un informe de la Red Europea del Corazón coloca a nuestro país entre los cinco que mejores cifras presentaban en el continente.

Consciente de la influencia decisiva de los estilos de vida, la experta se ha referido a la Estrategia Europea de Nutrición, Sobrepeso y Obesidad como “una buena herramienta para que los Estados miembros tra-

bajen conjuntamente en el desarrollo de acciones en diferentes áreas prioritarias, como animar a la práctica de actividad física o desarrollar la evidencia en que basar las políticas sanitarias del futuro”. La Estrategia Europea sobre el Alcohol y una “comprehensiva” política de control del tabaco “complementan todo esto a la perfección”. La CE también promueve la investigación de nuevos tratamientos para la hipertensión arterial a través de la Iniciativa de Medicamentos Innovadores (IMI).

Además del sobrepeso y la obesidad, que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular en sí mismo, alrededor de una cuarta parte de la población europea va a tener 65 años o más dentro de medio siglo, con lo que las patologías asociadas al envejecimiento también se verán incrementadas de manera considerable. “Necesitamos mantener a la gente sana a lo largo de su ciclo vital, empezando desde las edades más tempranas”, comenta Paola Testori. “Una mayor inversión en prevención –en la actualidad se dedica entre el 3 y el 5 por ciento de los presupuestos sanitarios nacionales en la UE-, junto con la implementación de estrategias innovadoras, traerá consigo retornos de salud que ayuden a afrontar mejor dichos retos”.

En el ámbito de la nutrición y la actividad física, la CE trabaja con los Estados miembros en un grupo de alto nivel y con un amplio abanico de colaboradores. Por otro lado, con el objetivo de abordar el daño relacionado con el consumo de alcohol, “en 2007 se creó el Foro Europeo de Alcohol y Salud, una acción multisectorial de la que forman parte 65 entidades”, explica. Además, desde 2003, el Programa de Salud de la UE cofinancia estudios y trabajos que contemplan aspectos tales como la hipertensión arterial, la nutrición, el ejercicio físico o el tabaco. “Un ejemplo es el proyecto EuroHeart (2007-2010), gracias al cual

se han recopilado numerosos datos sobre prácticas clínicas y se han generado herramientas muy útiles para los profesionales sanitarios”.

Entre otros logros, la directora general de Sanidad y Consumo de la CE ha citado la implementación de los programas nacionales de reducción del consumo de sal (acaba de lanzarse a los Estados miembros una encuesta sobre este asunto), una experiencia que se repetirá con otros elementos nutricionales, como las grasas saturadas. “Desde la Plataforma Europea sobre Dieta, Actividad Física y Salud se han establecido cerca de 300 compromisos”, afirma. Uno de los ejemplos más destacados es el acuerdo alcanzado con ciertos restaurantes de comida rápida para que proporcionen la información nutricional de sus productos en los etiquetados. “Igualmente, el Foro Europeo de Alcohol y Salud ha puesto en marcha más de cien acciones” ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista a Josep Redón, presidente de la Sociedad Europea de Hipertensión.
2. Entrevista a Nieves Martell, presidenta de la SEH-LELHA.
3. Entrevista a Luis Alberto Vara González, coordinador del Grupo de Hipertensión Arterial de semFYC.
4. Entrevista a Paola Testori, directora general de Sanidad y Consumo de la CE.
5. Entrevista a José Manuel Solla, presidente de la Fundación SEMG-Solidaria.
6. Entrevista a José Abellán, coordinador de la XIII Edición de Casos Clínicos sobre Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular.
7. Club del Hipertenso (www.clubdelhipertenso.es).
8. OMS (www.who.int/es).
9. EL MÉDICO INTERACTIVO





El Gobierno canario

destina a Sanidad

42 euros de cada 100
de su

presupuesto”

Brígida Mendoza

Consejera de Sanidad de Canarias

Texto | Héctor Fajardo

Fotos | Consejería de Sanidad de Canarias



ENTREVISTA Brígida Mendoza

“El Gobierno canario destina a Sanidad 42 euros de cada 100 de su presupuesto”

La consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, Brígida Mendoza, ha hablado para EL MÉDICO sobre la situación que atraviesa la Sanidad pública en las Islas. Admite que los recortes han obligado a este área del Gobierno autonómico a suprimir servicios, aunque se muestra satisfecha con el trabajo realizado y confía en que se resuelva “el déficit histórico en financiación” que arrastra el Archipiélago en esta materia.

¿Está en riesgo la Sanidad pública en Canarias?

La Sanidad canaria, en su carácter de pública y universal, no está en riesgo, ni mucho menos. El actual equipo que está al frente de esta Consejería ha logrado recortar una deuda heredada de los anteriores gestores. La restricción de los programas de tarde, el aumento de la jornada laboral a 37 horas y 20 minutos, y el incremento de las consultas y las atenciones en cirugía, entre otras decisiones, han permitido que seamos sostenibles al tiempo que ofrecemos al ciudadano un servicio de calidad. Cabe destacar que no hemos cerrado centros de salud ni quirófanos y hemos introducido, al mismo tiempo, sistemas de eficiencia energética, lo que ha traído un ahorro considerable a las arcas públicas. Como consejera estoy convencida de que vamos a mantener este servicio público con la máxima calidad. Hay una circunstancia importante que debemos tener en cuenta. Canarias es territorio alejado y fragmentado, por ello, es necesario contar con hospitales en La Gomera y El Hierro, de lo contrario los recursos estarían más centralizados. Hemos podido hacer sostenible la Sanidad pero arrastramos un déficit histórico de 2.000 millones de euros por parte del Gobierno central hacia Canarias. Por mi parte lo he reclamado y lo se-



guiré haciendo. De ello depende la sostenibilidad del sistema sanitario. El Gobierno canario destina 42 euros de cada 100 de su presupuesto a la Sanidad. Yo creo que el esfuerzo queda patente. Evidentemente, si continúan reduciéndose los presupuestos, la situación será cada vez más compleja.

¿Cuál es el estado actual de las listas de espera?

Yo creo que aquí hay que ser claros. Nuestras listas de espera han sufrido un incremento tanto en cirugía como en consultas. Estos datos están en manos del Ministerio, ya que los remitimos regularmente. Estamos trabajando en reducirlas. Por una parte, hay factores como un mayor envejecimiento de la población, más preocupación por mantener la calidad de vida, aumento la demanda; y por otra, las medidas de ajuste. Todo ello ha provocado que estas listas se incrementen. Como consecuencia de la disminución de recursos para Canarias procedentes del Estado no puede esperarse que no crezcan las listas de espera. En lo que respecta a operaciones, la lista ha aumentado un 9 por ciento desde 2010.

En el área de consultas, el incremento ha sido del 7 por ciento. También es importante decir que el número total de pacientes se ha reducido en especialidades como Alergología, Endocrinología, Geriátrica, Neumología, Pediatría y Reumatología. Además, los últimos datos con los que contamos indican que las cirugías programadas se han incrementado un 5 por ciento, pero las extraordinarias han caído casi un cien por cien. Por otra parte, se ha dado un impulso a la cirugía mayor ambulatoria. Hemos conseguido aumentar la eficiencia de los recursos que tenemos.

¿Están colapsadas las urgencias en los hospitales de las Islas, como denuncian los sindicatos?

Los servicios de urgencias siguen el patrón de siempre. Yo trabajé durante 20 años en urgencias hospitalarias. Las medias de ocupación de camas no alcanzan el cien

por cien, no hay colapso en urgencias. Hay picos estacionales, por lo tanto, estamos en la línea habitual.

¿Se invierte lo suficiente en investigación en las Islas?

La investigación es vital en Medicina. En estos momentos la prioridad es la calidad asistencial pero la investigación debemos seguir manteniéndola. Los profesionales quieren seguir investigando. No queremos cortar las iniciativas de los profesionales. Es cierto que el recorte de recursos ha provocado una caída lógica en investigación, aunque la Consejería quiere seguir impulsando este área, tal y como lo hemos hecho hasta ahora.

¿Qué especialidad en la Comunidad repunta por encima de otras?

Yo, como consejera de Sanidad, me siento orgullosa de todas las especialidades. Tenemos unos magníficos profesionales en todas las áreas. Muchos han logrado ser referentes a nivel internacional. En el caso de los trasplantes somos una de las Comunidades más solidarias. Contamos con especialistas de primer nivel como el doctor Benito Maceira, nefrólogo que ha participado en numerosos trasplantes de este órgano, de hecho, Canarias es la comunidad autónoma que ha realizado un mayor número de trasplantes de riñón funcionales. Además, hace unos días recibía otro de nuestros especialistas un premio en tratamiento de sordera en

niños. El doctor Ángel Ramos es otorrino y uno de los mayores expertos en implantes cocleares.

La restricción de los programas de tarde, el aumento de la jornada laboral a 37 horas y 20 minutos, y el incremento de las consultas y las atenciones en cirugía, entre otras decisiones, han permitido que seamos sostenibles

Nuestras listas de espera han sufrido un incremento tanto en cirugía como en consultas, estamos trabajando en reducirlas

La investigación es vital en Medicina. En estos momentos, la prioridad es la calidad asistencial pero la investigación debemos seguir manteniéndola

¿Cree que ha habido en la Comunidad una fuga de cerebros a otros países?

Los dos últimos años, a pesar de hacer muchos esfuerzos para mantener la contratación de nuevos profesionales, no hemos podido contratar a todos. Por eso se han tenido que marcharse fuera. Sin embargo, esto debe ser visto como una oportunidad. Hay que conocer nuevos sitios y trabajar fuera, ya que eso nos da otras visiones y nos hace ver que nuestra Sanidad está por encima de la de otros países europeos. Una salida a esta situación es el cambio generacional, para que los profesionales jóvenes tomen el relevo, ya que tenemos unos profesionales con una formación muy sólida que queremos mantener en nuestra tierra.

¿Cuáles son los principales logros alcanzados en su etapa como consejera?

En la actual situación económica, el mayor logro es, sin duda, mantener una Sanidad pública y sostenible. Asimismo, hemos puesto como eje de la Sanidad al enfermo para que todo se mueva a su alrededor. Por último, me siento muy orgullosa de haber logrado mantener todos los centros operativos ■





Desde su creación en el 83,
la
universalización
de la **Sanidad**
está en el ADN de
Osakidetza



Jon Darpón

Consejero de Salud del Gobierno Vasco

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | Nerea Garay



ENTREVISTA

Jon Darpón

“Desde su creación en el 83, la universalización de la Sanidad está en el ADN de Osakidetza”

El nuevo consejero de Salud del Gobierno vasco, Jon Darpón (Bilbao, 1959) es un médico con una dilatada trayectoria en gestión, tanto en el sistema público como en el privado. En su discurso habla constantemente de «transformar» la Sanidad pública vasca para que siga siendo de calidad y sostenible en una coyuntura de estrecheces económicas, y también cita repetidamente «cuidar al cuidador, porque nosotros somos personas que atendemos a personas». Hereda el “Plan de Crónicos” de su antecesor Rafael Bengoa, asegurando que lo mantendrá, aunque lo complementará con medidas que integren la asistencia de Atención Primaria con la especializada. Darpón defiende como estrategia que los centros de primaria asuman un papel más resolutivo en la oferta del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza para descargar el sobrepeso que soportan los hospitales. En esta línea apuesta también por dotar de mayor capacidad de diagnóstico y tratamiento a los ambulatorios. Entre sus objetivos figura asimismo el redefinir los hospitales, concentrando servicios de alta especialización con el objetivo de “ordenar racionalmente” estas prestaciones, porque “no podemos hacer todo en todos lados”. El consejero insiste en señalar que en épocas de bonanza económica la Sanidad vasca gastó y gestionó con prudencia, “por lo que entendemos que nos llega para gestionar un sistema público y de calidad. Desde su creación en el año 83, la universalización está en el ADN de Osakidetza”, sentencia Darpón, quien muestra su contrariedad por la imposición del Gobierno central de implantar el copago farmacéutico. “Me gustaría que el Tribunal Constitucional considerara la capacidad competencial de Euskadi para decidir sobre el copago”

Hace pocos meses que la Sanidad vasca ha cambiado de manos y de partido gobernante, ¿la herencia es buena?, ¿su gestión será continuista?

Osakidetza nació en el año 83. Desde entonces hasta aquí ha habido muy buenos consejeros en Sanidad. Cada uno ha ido aportando cosas. Cuando llegas a un nivel alto y Osakidetza lo tiene, mejorarlo es complicado. No solo por lo que me toca a mí, sino por lo que les ha tocado a los anteriores consejeros. La Ley de creación del Servicio Vasco de Salud que data del 83 es una ley moderna que ha permitido a Osakidetza ser lo que es hoy y llegar hasta nuestros días. Otra referencia importante fue el Osasuna Zaiduz, que camina en paralelo al Informe Abril en el conjunto del Estado y que fue pilotado por el entonces consejero Iñaki Azkuna. Este plan sentó las bases de la modernización de la Sanidad vasca. También para entender lo que es actualmente Osakidetza es importante la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi que es del año 88 con Azkuna al frente del Departamento. Más tarde, en un periodo más reciente, la Estrategia de Crónicos de mi predecesor Rafael Bengoa es un buen ejerci-

Hay determinadas competencias que cuanto más cerca de donde se presta el servicio se gestionen es mejor. Lo que hay que tener es gestores responsables

cio de planificación, de orientación del sistema sanitario a la cronicidad donde partiendo de la base de buen nivel asistencial que tenía Osakidetza en agudos se ha conseguido llegar a lo que hoy tenemos que

es lo que hay que mantener. Destacaría por otra parte que el Servicio Vasco de Salud tiene muy buenos profesionales; una empresa con 30.000 personas, de las cuales el 60 por ciento es personal

universitario: médicos y enfermeras. Gente con excelente formación, con interés por prestar un buen servicio y con voluntad de compromiso. Además, disponemos de buenas instalaciones en Atención Primaria, donde tenemos un centro de salud en cada barrio de las grandes ciudades y en cada pueblo de la geografía de Euskadi. También es buena la red hospitalaria, con tres hospitales universitarios de cabecera en los tres territorios: Álava, Cruces y Donostia; dos de mediano tamaño: Basurto y Galdakao, y una muy buena red de hospitales comarcales. Para complementar todo esto, Osakidetza cuenta con una excelente red de salud mental tanto extrahospitalaria como hospitalaria distribuida por los tres territorios. En épocas de bonanza se invirtió en tecnología y estamos bien dotados;

en conjunto se presta un buen servicio que nos permitirá afrontar este periodo de crisis económica donde los presupuestos serán más reducidos y tendremos que hacer un esfuerzo adicional de gestión y, sobre todo, gestión eficiente que nos permita mantener los principios y características esenciales de lo que es Osakidetza.

Sanidad pública: universal, gratuita y de calidad. ¿Es hoy día una utopía? ¿Es viable?

No es una utopía. Los principios que inspiraron Osakidetza hace 30 años son universalidad, equidad, calidad de los servicios, y participación ciudadana. Son principios vigentes. Osakidetza es una empresa imbricada en el entramado social de Euskadi y no concebiríamos hoy nuestro país sin ella. Hemos conseguido que los ciudadanos lo sientan como propio. Es un logro social que vamos a mantener. Yo creo que se puede.

¿Le preocupa que en época de crisis económica la Sanidad pública pueda ser gestionada con visión economicista?

Desde mi participación de muchos años en la gestión de Osakidetza y de mi reciente experiencia en la gestión de servicios privados, he comprobado que los servicios sanitarios, y más los financiados por impuestos, siempre se caracterizan porque hay más demanda que oferta. Es inherente a



una población envejecida. No conozco ningún periodo donde no se haya gestionado la Sanidad vasca con rigor, no gastando lo que no se tiene. Siempre se ha intentado buscar eficiencia y pensando que aunque había momentos de vacas gordas, podían venir llegar las flacas. Se ha hecho mucha inversión en estructuras y tecnologías y a lo largo de los años hemos sido prudentes en la gestión de personal y de farmacia. No creo tampoco que el periodo será distinto a los anteriores. Quizás ahora tenemos más conciencia del gasto, más conciencia de que hay que reducir, pero nos

ayudará el que la población es mucho más consciente de que no se puede dar todo a todos; que la Sanidad no es gratis, que vale mucho dinero, solo que se paga a través de impuestos.

¿Los copagos y re-copagos son necesarios o imprescindibles? ¿Sirven para regular, aminorar el uso sanitario o directamente son recaudatorios?

Ya he manifestado por activa y por pasiva que en el Gobierno vasco estamos en contra no solo del copago, sino también de

cómo se ha planteado a través de la ley 16/2012, que revisa el derecho a la salud, pasando de ser un derecho universal para ciudadanía a un derecho laboral por cotización a la seguridad social. Estamos convencidos de que en el momento económico actual, con muchas partes del tejido social que sufre y con una subida de impuestos tanto de los directos como de los indirectos, no es el momento adecuado para implar copagos sanitarios. Por otro lado, las cantidades propuestas por el Ministerio de Sanidad tampoco nos parece que nos van a sacar de ningún atolladero. Por lo tanto, en la concepción actual no le vemos demasiado sentido. Entiendo que otras Comunidades lo puedan valorar, pero en la nuestra, en el ejercicio de las funciones que tenemos, estamos en contra del copago sanitario. Además, la filosofía del copago tal y como está contemplado invade las competencias del Estatuto. En Euskadi tenemos conciencia de que gestionamos los servicios sanitarios con responsabilidad y madurez. Por eso tampoco nos gusta que nos digan si tenemos que cobrar el traslado en una ambulancia o no. Para eso, entendemos que nos bastamos y sobramos.

La última batalla "sanitaria" está planteada en el horario laboral (37,5 horas/semana) propuesto para los funcionarios sanitarios. ¿Se aplicará la normativa del Ministerio? ¿Cuál es el margen de maniobra en las autonomías? ¿Y en Euskadi?

Una de las líneas generales en las que se va a centrar el departamento de Salud en esta legislatura son las personas que trabajan en Osakidetza. Veníamos ya de una crisis de políticas de RR.HH. en el sector sanitario que no es específica nuestra, sino global y que la crisis económica ha profundizado sobre ella. Aunque las características del convenio laboral en el sistema sanitario, al ser Administración pública, da unos márgenes de seguridad importante, éste es el tercer año de congelación salarial y ha habido una bajada de retribuciones del 5 por ciento, amén de la pérdida de otros derechos que no solo se refieren a la jornada y las retribuciones. Cualquiera que conozca el sistema sanitario sabe que somos perso-



ENTREVISTA

Jon Darpón

nas que trabajamos con personas. El 95 por ciento está de cara al público y esto exige un esfuerzo adicional y supone un desgaste. Además, en el sector sanitario trabajamos con gente enferma, con lo cual el grado de ansiedad y el ponernos en su sitio tiene unos costes personales añadidos. Los trabajadores del sector tienen unas características diferentes y les pedimos esfuerzos. Vamos a continuar pidiéndoselos, pero entendemos que hay que intentar llegar a un acuerdo. Hay que acordar con ellos para tener una visión compartida de lo que tiene que ser el sistema y cómo trabajar. En esta línea vamos a

intentar acordar con los representantes de los trabajadores, gestores y con el cuerpo político. Se ha abierto la mesa de la función pública y la decisión de Salud es que las condiciones del sector sanitario no se vayan a separar en nada de lo que se aplique al resto de los trabajadores del Gobierno. Después serán otras características: complementos, jornadas, la dispersión geográfica... las que tendrán que negociarse en la mesa sectorial, porque son más específicas de nuestro sector.

El horario alargado, la congelación salarial, la eliminación de la paga, expectativas profesionales recortadas ¿causan mucho malestar?, ¿pueden ser incentivos para pasarse a la privada?, ¿o para mirar al extranjero?

Las condiciones laborales del sector privado no son mejores que las de las del sector público. En este sentido no creo que se produzca trasvase del público al privado ni viceversa. Son otros condicionantes. Con respecto a la gente que pueda optar por marcharse fuera de Euskadi y del Estado, es obvio que hay países del entorno europeo con retribuciones más alta en el sector salud. Pero normalmente también tienen un coste de vida más elevado e impuestos más altos que los nuestros. Eso hay que ponerlo un poco en la balanza. En el País Vasco, un

sector como el público, en donde trabajan 30.000 y en el privado otras 5.000 aproximadamente, el porcentaje que decide marcharse a otros países es poco significativo.

En resumen, ¿cómo se están gestionando los recursos humanos?

Una de las líneas generales del Departamento de Salud es el personal: cuidar al cuidador. Estamos preocupados porque los sanitarios mantengan el compromiso con el sector. Es un servicio en el que están trabajando de cara al público y entendemos que la asistencia mejora sustancialmente si

los profesionales se sienten comprometidos e implicados. Vamos a intentar cuidarlos, mimarlos al máximo. Una mala instalación con un buen profesional comprometido presta un servicio bueno. Sin embargo, una instalación inmejorable pero con profesionales sin ningún compromiso y escasa experiencia o formación ofrece un servicio nefasto. Nos inquieta que la crisis económica pueda llevar al traste el compromiso de los profesionales con el sistema sanitario.

Con los recortes generalizados, ¿en qué ha quedado la carrera profesional?

La carrera profesional en Osakidetza se puso en marcha para todas las categorías en el periodo 2005-2006. Desde entonces ha habido varias convocatorias; finalizó la aplicación del proyecto en todas las categorías y ha habido ya una convocatoria del periodo no transitorio. Los sanitarios somos los únicos trabajadores de toda la Administración pública que tenemos carrera profesional, lo cual está muy bien. Si preguntamos al resto de los sectores, a todos les gustaría contar con ella. Estamos a unos niveles similares, sino mejores, que en cualquier Comunidad Autónoma del Estado.

¿Van a concentrar servicios en hospitales concretos? ¿Qué servicios? ¿De la propia comunidad o realizarán esta con-

centración también con otras comunidades?

Una de las líneas generales que hemos planteado es la de cronicidad, vejez y dependencia, con la sostenibilidad como siguiente línea. Para trabajar conjuntamente ambas líneas planteamos la imbricación asistencial de los niveles de Atención Primaria con el nivel hospitalaria en organizaciones sanitarias integradas. He encontrado el sistema con experiencias ya en marcha en organizaciones territoriales, sobre todo en hospitales comarcales de Gipuzkoa. Mi percepción y valoración es que funcionan muy bien y que son positivas al existir menor fragmentación de la actividad sanitaria. Además, la integración posibilita una mejor continuidad asistencial y los niveles son más eficientes desde el punto de vista económico. Ahora queremos hacer el despliegue de integración en toda la Comunidad. En todos los hospitales y las comarcas que teníamos de Atención Primaria. El modelo de integración sanitaria es algo más que una gerencia única. No pensamos tanto en que sea un único equipo directivo o un gerente el que gestione los dos niveles asistenciales, sino que consigamos llegar a una integración de niveles asistenciales donde sea la relación entre los clínicos y el personal de enfermería de ambos sistemas los que centren los cuidados en el paciente. Se trata de que los objetivos en términos de salud y de asistencia sanitaria sean comunes. Una vez que tengamos las organizaciones sanitarias integradas intentaremos coordinar el sector mucho mejor con los servicios sociales. Por otro lado, aunque en Osakidetza ha habido una racionalización de las prestaciones, sí entendemos que algunos servicios sanitarios, por su resultado clínico y económico y para evitar duplicidades, se concentren en determinados centros. Estoy pensando en Cirugía Cardíaca, Torácica, algunas prestaciones de Neurocirugía, etc. Por ejemplo, el trasplante renal y hepático está ya concentrado en Cruces. En Euskadi, al ser un país pequeño, tenemos la ventaja que cualquier trayecto de punta a punta que elijamos dentro de la Comunidad está a una hora de distancia. Esto nos puede ayudar.

¿Se harán compras conjuntas de material con otras comunidades para reducir costes?

No nos vamos a poner a favor ni en contra de hacer compras conjuntas con otras CC.AA. Si se plantea en el Consejo Interterritorial estudiaremos cada caso. Osakidetza lleva haciendo compras centralizadas en farmacia, material sanitario, en tecnología estratégica desde hace ya mucho tiempo. Como ha habido una tradición y cultura, que esperamos que se mantenga como es el pago sin demora, nosotros siempre hemos tenido una negociación de precios positiva y adecuada, por lo cual lo vamos a mantener. Si hubiera algún ámbito donde una negociación a un nivel más alto consiguiera una economía de escala y nos posibilitara un precio mejor, no se nos caerían los anillos por hacer una compra centralizada. Pero la primera pregunta que te hace cualquier distribuidor es cuál es el plazo de pago. En un sistema con los actuales plazos de pago tan desiguales entre comunidades autónomas es difícil ir hacia una compra conjunta y centralizada.

Algunas comunidades y grupos hablan directamente de devolver la competencia sanitaria, en Euskadi ¿se lo han planteado?, ¿recentralizar es posible, es viable, es necesario?

Nosotros estamos absolutamente en contra; tenemos competencias en todo lo que es la salud en la Comunidad Autónoma Vasca. Entendemos que la gestionamos con responsabilidad y madurez. Nos ha ido bien; el sistema vasco es bueno y tiene una alta valoración por parte de la ciudadanía. Hasta la fecha, y esperamos que así continúe, tiene un coste para nosotros asumible y no tenemos ningún interés en cambiarlo. Ya nadie se acuerda cuando la Sanidad estaba centralizada y había que pedir permiso para contratar a un celador en una empresa de 3.000 trabajadores. Aquello no era lo adecuado. Hay determinadas competencias que cuanto más cerca de donde se presta el servicio se gestionen es mejor. Lo que hay que tener es gestores responsables.

Pero con tanta concertación autonómica

“por economía”, leyes básicas, re-copagos impuestos, medicamentos excluidos, horarios obligados, sueldos reducidos desde el gobierno central... ¿Ya queda alguna capacidad autonómica de decisión en Sanidad?

Nosotros estamos en contra de que se recentralicen competencias y nos oponemos a que se nos diga lo que tenemos que hacer en nuestro ámbito, competencial y marco legal. A partir de ahí, si hay un intento de centralizar las competencias de las que disponemos, desde el punto de vista legal y en los tribunales las defenderemos hasta el final. Por otro lado, si desde el Consejo Interterritorial o desde cualquier comunidad se estima que nosotros y nuestra experiencia puede ser de ayuda a terceros, vamos a colaborar gustosamente.

Pacientes

En plena reducción presupuestaria ha anunciado un plan estratégico para reducir las listas de espera a períodos más razonables ¿Cómo es el plan? ¿Cuándo empezarán a notar los ciudadanos vascos su efecto “balsámico”?

No hemos planteado un Plan Estratégico. Las listas de espera son inherentes a los sistemas de salud pagados por impuestos, donde no se puede llegar a una lista cero, porque eso supondría tener recursos humanos e instalaciones paradas, lo cual no es nuestro objetivo. Las listas de espera de Osakidetza están en tiempos razonables. Tenemos dos decretos de garantía de demora, uno que es del año 2006, de demora quirúrgica donde planteábamos que nadie con un proceso oncológico para cirugía esperara más de 30 días, que nadie por un proceso cardiológico esperara más de 90 días y que nadie con cualquier patología quirúrgica esperara más de 180

días. La demora quirúrgica actual está alrededor de 52 días. Con la actual coyuntura económica, social y sanitaria no vamos a trabajar por mejorarlos, sino por mantenerlas como están. El año pasado se puso en marcha un decreto de garantía para consultas y pruebas complementarias, especialmente en el ámbito de la Oncología y la patología cardiovascular, que habitualmente marca 30 días de demora.

¿Cómo es la relación Atención Primaria-Hospitales? ¿Administrar mejor esta relación puede aportar beneficio al paciente y también al presupuesto?

Tenemos excelentes profesionales comprometidos en los dos niveles asistenciales y disponemos de buenas instalaciones. Quizás a la Atención Primaria le hace falta una dotación tecnológica y una organización para tener mayor capacidad resolutoria. El problema es que la asistencia se da en paralelo. Por una parte, los médicos, pediatras y el personal de enfermería de AP; por otro, los especialistas que van a los ambulatorios a pasar consulta y hay otro camino, el de la atención hospitalaria. Cuando alguien se sale de esos caminos pasa a la cola del anterior o a la urgencia del hospital. El objetivo es la integración para que se trabaje en común, porque se podrá dotar

de mucho más poder de resolución al mundo extrahospitalario. Tenemos una gran tendencia a meter al paciente en el hospital tanto si tiene una patología grave como si sufre otra dolencia menos grave. El objetivo es coordinar bien los dos niveles asistenciales y que

ambos trabajen sobre el mismo paciente con una responsabilidad más definida, y dotar de mayor capacidad de resolución a las dos atenciones. Hay que dejar de ser tan hospitalocentrista y que todo el mundo no acabe en un hospital, que es lo que nos pasa ahora.

Me gustaría que el Constitucional considerara la capacidad de Euskadi en términos de competencias y de gestión en el copago farmacéutico, y se nos respetara nuestro nivel de competencia



ENTREVISTA

Jon Darpón

Volviendo al tema de los crónicos, aumenta la edad de la población y al unísono se incrementan. ¿Sigue en vigor el plan de crónicos que puso en marcha su antecesor, Rafael Bengoa? ¿Se incrementará?

La estrategia de crónicos parte de la OMS es una recomendación para todos los sistemas sanitarios occidentales, donde la pirámide poblacional está en envejecimiento, dependencia y patología crónica. Los sistemas sanitarios vasco y estatal hacen frente mejor a la enfermedad aguda que a la crónica. Bajo ese prisma, la estrategia de crónicos de Bengoa nos parece positiva. Ha sido un buen ejercicio de planificación, pero quizás no le dio tiempo de hacer un despliegue en los hospitales y en la primaria. Los profesionales conocen la estrategia, sin embargo el ciudadano no se ha beneficiado. Ha habido muchos proyectos piloto que no han llegado al conjunto de la población. Salud está decidida a continuar con ese despliegue. En la anterior legislatura se dispuso de herramientas que estaban implementadas desde tiempo atrás y que han beneficiado a la estrategia de crónicos. Si hay una valoración que hacemos de Osakidetza es que en los últimos 30 años en Euskadi ha habido grandes consejeros y cada uno ha ido dejando su impronta. Lo que hace mejor a

Osakidetza, y en lo que tenemos que profundizar, es que cada vez que hay un cambio político o un consejero nuevo no se revise todo lo que ha hecho el anterior, porque si no parece que el siguiente no ha hecho nada. Hay que aprovechar lo que viene de atrás e ir dejando sus ideas y el sistema continúa. Si hay algo importante en nuestro sistema sanitario público vasco es que es más importante el sistema en sí que los consejeros.

¿Qué sentencia del Tribunal Constitucional (TC) espera sobre los copagos farmacéuticos?

Soy bastante respetuoso con el Constitucional. Me gustaría que considerara la capacidad de la Comunidad Autónoma Vasca en términos de competencias y de gestión, y que en el copago farmacéutico, que existe desde la creación de la Seguridad Social porque no se ha inventado ahora, se nos respetara nuestro nivel de competencia. Soy partidario de que sea la propia Comunidad, que financia la Sanidad a través del cupo y que de momento no ha pedido dinero a nadie que no seamos nosotros mismos, tengamos la capacidad de decidir si hay que pagar un 40, 50 ó 60 por ciento. O si los pensionistas deben de abonar un 10 por ciento ó nada, como hasta la fecha.

Privada versus pública

Usted es consejero de Sanidad, no sólo de la pública, ¿cómo cree que tiene que ser la relación entre la Sanidad privada y la pública?

Me siento muy orgullo de mi paso por ambos sistemas; he aprendido mucho de los dos. La Sanidad pública y la privada son complementarias. A veces los políticos hacemos mucha demagogia con esto. En Euskadi la tradición es que el sistema sanitario mayoritariamente es público y se paga con impuestos. En paralelo, el sector privado genera empleo, y riqueza. Es complementario del sector público en aquellas prestaciones a las que no tenemos mucha accesibilidad o hay un exceso de demanda. Funciona bien porque no se trata de sustituirnos unos a otros, no tendría demasiado sentido. Por otro

lado, no hay que olvidar que en Euskadi hay entre un 15 - 20 por ciento de población que voluntariamente tiene un seguro sanitario privado. Desde el punto de vista de la gestión que a mí me toca, es el copago más rentable para el Gobierno. Pero en modo alguno lo vivimos como una competencia.

Sanidad pública: derroche, listas de

espera y poco eficiente. Sanidad privada: eficiencia, ahorro y trato rápido. ¿Son ciertos estos binomios-antinomios?

Yo he trabajado en los dos y mi actitud en el trabajo ha sido la misma. Lo que se me ha pedido estando en el sector público-privado ha sido lo mismo: gestionar un buen servicio al menor coste posible. No veo grandes diferencias. La gestión en Euskadi de los sistemas sanitarios está bastante profesionalizada. Sin embargo, observo con preocupación una marcada línea entre los gestores y los clínicos. Veo difícil el traspase de estos últimos a la gerencia y esto no es bueno. Tampoco lo es que jóvenes con otras licenciaturas no se incorporen al sector sanitario, aunque los necesitemos. Necesitamos gestores no sanitarios que se acerquen al sector.

¿Le preocupa la actual tendencia privatizadora del Gobierno central? ¿Cree que es una cuestión coyuntural por la economía adversa o es algo más profundo e ideológico?

Permítame que no mire en la casa del vecino sin tener arreglada la mía, no sería prudente. En el contexto de crisis económica en el que también estamos inmersos y que nos preocupa, en Euskadi entendemos que nos llega para gestionar un sistema sanitario público y de calidad. No es una idea nueva. Llevamos 30 años en eso. En las épocas de bonanza hemos gastado y gestionado con prudencia. Y en tiempos de escasez, como ahora, no cuestionamos los valores del sistema para nuestros ciudadanos. Tenemos claro que para Euskadi en este momento lo mejor es mantener el sistema sanitario como público y de calidad.

Más población de edad y más crónicos, mayor demanda tecnológica en Sanidad: ¿mantener la atención sanitaria a nivel de calidad para todos seguirá siendo viable?, ¿tal vez más impuestos?, ¿tal vez el copago?, ¿qué se puede corregir para mejorar?

Estamos convencidos de que el sistema sanitario presta buenos servicios, pero

está en una encrucijada: nos hemos hecho muy grandes. Somos la empresa más grande del Gobierno y las cosas que se gestionan a través de impuestos tienen un exceso de demanda. En nuestro caso, la población tiene un grado importante de envejecimiento y esto va a continuar. Somos conscientes de que hay que hacer cambios. Pero estos no pasan por cuestionar los principios sobre los que hemos construido Osakidetza y en los que nos basamos. Es cierto que disponemos de menos dinero que en el ejercicio anterior y ojalá el año que viene remontemos, pero aunque barajamos un escenario en el que los recursos serán menores, insisto en que nuestra situación de infraestructuras es buena. Vamos a ser prudentes. No nos planteamos crecer en ninguna infraestructura que no esté empezada o a punto de ponerse en marcha. Lo demás vamos a esperar. Tenemos una plantilla de 30.000 trabajadores que ha crecido de forma notable en los últimos años y entendemos que nos permitirá afrontar este periodo. Por otro lado, esta plantilla lleva tres años con disminución o congelación de retribuciones y como tal está gastando menos dinero que hace cinco años con excepción del deslizamiento de la antigüedad. La gestión de RR.HH. sobre empleo temporal será la más austera. En el contexto del Plan de Crisis Económica, todos los que nos venden productos también se lo aplican y nos venden más barato. Haremos el esfuerzo de comprar mejor, de forma coordinada concentrando servicios. También está bajando el gasto farmacéutico, fruto de mayor sensibilidad en el gasto y la disminución de los precios de referencia de los fármacos. Sin olvidar que la administración va a rebajar las estructuras de dirección tanto del Departamento de Salud como de Osakidetza.

¿Tal vez la educación en utilizar lo necesario?

Sí. Se pueden hacer muchas cosas. Muchas de las prestaciones del sistema sanitario se han convertido en un bien de consumo. En ocasiones se utiliza el sistema con todo lo que está al alcance. Habrá que hacer pedagogía y cultura con la pobla-



ción y con nuestros profesionales para intentar desmedicalizar a la población y hacer un uso más adecuado de los recursos.

¿O tal vez excluir a algunos como los inmigrantes de los servicios sanitarios?

Desde el 83, la universalización está en el ADN de Osakidetza. Somos un pueblo pequeño, solidario. Hemos sido emigrantes en muchas épocas de nuestra historia y entendemos que el porcentaje de gente de fuera que tenemos entre nosotros es bajo y podemos asumir su asistencia. Es-

tamos decididos – y de momento el TC nos ha dado la razón– a mantener la atención a los emigrantes empadronados en Euskadi y la asistencia urgente pediátrica y obstétrica a todos aunque no lo estén.

¿Privatizar más es el camino hacia un mejor servicio sanitario?

La Sanidad privada presta un buen servicio y la Sanidad pública también. En este momento no creo que haya una diferencia en términos de calidad del servicio que presta una y otra. Ni tampoco en términos de efectividad, ni siquiera conozco ningún estudio ni trabajo que demuestre fehacientemente que la prestación sanitaria con un sistema privado iba a ser más eficiente. Con este prisma, nosotros concebimos los recursos de la privada como complementarios y los vamos a usar sin demagogias, pero mantendremos el sistema sanitario mayoritariamente como público.

Teniendo en cuenta que el Gobierno del PNV no tiene mayoría, ¿En quién se apoyará para plasmar los proyectos?

Espero no equivocarme. Pero estoy convencido que entre los cuatro grandes partidos que en este momento tienen representación en el Parlamento Vasco: PNV, Bildu, PP y PSOE no hay una gran diferencia en los conceptos esenciales sobre cuál es el sistema sanitario que queremos para nuestros ciudadanos en Euskadi. No lo creo. Pienso que la diferencia está más en los matices. Bajo esta óptica, nosotros vamos a intentar trabajar sin entrar en la gran confrontación política sobre lo que son los principios sanitarios que rigen el sistema de salud. Y, sobre todo, vamos a intentar apoyarnos en los profesionales, que es donde creemos que estará el punto de inflexión para abordar este periodo. Si conseguimos el compromiso de la gente que trabaja en Osakidetza: médicos, enfermeras, auxiliares y celadores... y si somos capaces de transmitirles que hay que hacer un esfuerzo suplementario en un momento donde económicamente se va a sufrir, sacaremos el sistema adelante y con calidad ■



EL 18º CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES
Y GESTIÓN SANITARIA, CELEBRADO EN BILBAO,
CONCLUYE CON LA EXIGENCIA DE LA PROFESIONALIZACIÓN
DE SUS DIRECTIVOS

Innovando

para crear valor sostenible
en los **sistemas
sanitarios**

Disponer de profesionales específicamente formados y volcados en la gestión y dirección sanitaria ha sido una de las exigencias largamente demandadas desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud. Por ello, no es de extrañar que a lo largo del 18º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, organizado por SEDISA y ANDE, que se acaba de celebrar en Bilbao, se presentara un informe sobre la profesionalización de los directivos de la salud, en el que se llamó la atención sobre la extraordinaria dependencia de la vinculación política en la elección de dichos directivos. El evento, que se celebró por vez primera en País Vasco, con la participación de cerca de 1.700 profesionales relacionados con la gestión y la dirección sanitaria, así como con clínicos e investigadores tanto del ámbito público como privado, tuvo como hilo conductor de todas las sesiones la sostenibilidad del sistema sanitario.

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



En el Congreso de Bilbao, bajo el lema “Creando valor sostenible”, los más de 1.700 asistentes contaron con un programa científico atractivo, estructurado en nueve áreas temáticas, con la celebración de 25 mesas redondas, siete talleres y cuatro desayunos con expertos, tres conferencias, 130 ponentes en total, así como 723 comunicaciones y pósteres. En este foro bianual, con carácter multidisciplinar y multiprofesional, los expertos compartieron conocimientos y experien-

cias relacionadas con la gestión de las instituciones sanitarias de todo el Estado, sin renunciar al análisis comparado con otras realidades de los países europeos de nuestro entorno. “La participación ha sido un éxito”, recalcó el presidente del Comité Organizador, el doctor Achútegui, en la jornada de inauguración en el Palacio Euzkalduna, que contó con la presencia del recién nombrado consejero de Salud del Gobierno Vasco, Jon Darpón, además del alcalde de Bilbao, y ex consejero de Sanidad, Iñaki Azkuna, al que desde SEDISA y ANDE se homenajeó, tanto por su reciente nombramiento como mejor alcalde del mundo como “por haber sido un innovador en la gestión sanitaria y, sobre todo, por ser una persona que hace este mundo un poco mejor”, según subrayaron los responsables de las dos sociedades.

“Nuestro principal objetivo en los momentos actuales es destacar las tareas fundamentales de la gestión”, remarcó Achútegui, para quien “en este periodo hay que centrarse en lo importante, la misión y visión de la atención sanitaria que deben prestar nuestros centros y dejar de lado lo accesorio. Lo más importante es que el valor sea el principal centro de atención, que todo lo que hagamos aporte valor al paciente”, sentenció.

En esta misma línea, la presidenta del comité científico del congreso, la doctora Carmen Yarritu, apuntó que, tal y como se puso de

manifiesto en las diferentes mesas, “la sostenibilidad es la prioridad actual en los sistemas sanitarios avanzados. El debate es cómo se pueden mejorar los niveles de salud de la población sin que conlleven necesariamente un incremento de asistencia, con una visión de futuro que garantice la sostenibilidad.

La idea, según los expertos, es ir hacia un pago capítativo ajustado, que permita equilibrar la financiación frente a resultados en salud en nuestros centros

Porque para mantener la calidad y la equidad es necesario que el sistema sea sostenible”, subrayó. En este camino, apostilló Yarritu, se están revisando enfoques desde planificación y provisión que introduzcan modificaciones en el sistema “que nos permitan mejorar los niveles de salud, revisando las fórmulas de asistencia actuales y buscando otras más eficientes, que supongan costes razonables y asumibles. Las estrategias de cronicidad y el abordaje del envejecimiento plantean muchas de las respuestas a estas cuestiones”.

En el Foro se habló de Medicina Personalizada, un aspecto especialmente importante si se tiene en cuenta que se tienen pacientes cada vez más exigentes y, con las nuevas tecnologías, más informados. Las mesas relativas a esta nueva y ambiciosa concepción de atención sanitaria basada en la premisa fundamental de ofrecer a cada paciente el fármaco más adecuado, a la dosis correcta y en el momento oportuno, fueron de lo más novedosas. En el Congreso se presentó un documento elaborado a iniciativa del Instituto Roche, donde se exponen las “Propuestas para un modelo organizativo de Medicina Individualizada. Medicina en la era genómica”, incorporando tanto sugerencias del ámbito estatal como del autonómico.

Por otro lado, en una de las mesas sobre

la innovación tecnológica como motor del cambio sanitario, se puso de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tal y como está planteado en estos momentos es insostenible. “Para poder mantener el nivel de prestaciones, aportando mayor eficiencia, es imprescindible la incorporación de innovación tecnológica y cambios estructurales”, apuntaron los expertos. En esta línea, el ex consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana, el doctor Luis Rosado, aseguró que solo hay dos posibilidades: “o se encarga a empresas la gestión o se gestiona lo público como si fuera una empresa”. Los especialistas abordaron también el aspecto de la innovación en los sistemas de financiación. En este sentido, según opinó el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez, “la clave es dejar de pagar por procesos, lo que muchas veces incrementa la actividad innecesariamente, porque se hacen pruebas que no sirven y porque no hay una verdadera evaluación de resultados -ni de salud, ni económico/asistencial”. Por tanto, añadió que la idea es ir hacia un pago capítativo

La formación de los directivos de salud debe basarse en la adquisición de conocimientos técnicos, habilidades directivas y actitudes que se sustenten en habilidades sociales, tolerancia y flexibilidad

ajustado, “que permita equilibrar la financiación frente a resultados en salud en nuestros centros”.

La profesionalización, el caballo de batalla

Sobre la profesionalización de la función directiva, Estévez se refirió al trabajo presentado a lo largo del Congreso, en el que se aconseja que la formación de los directivos de salud debe basarse en la adquisición de conocimientos técnicos, habilidades directivas y actitudes que se sustenten en habilidades sociales, tolerancia y flexibilidad. “La profesionalización es nuestro caballo de batalla; es el primer objetivo de nuestra Sociedad”. A pesar de todo, el presidente de SEDISA reconoció

su esperanza porque “de una vez por todas en las CC. AA. en las que todavía no se han dado cuenta de esto, se despolitice el nombramiento y mantenimiento de los directivos. Igualmente esperamos que sean evaluados por objetivos, resultados y rendimientos”.

En opinión de Joaquín Estévez, entre los principales retos a los que deben de enfrentarse los directivos sanitarios figura el conseguir la sostenibilidad del sistema, por lo que apuesta por conjugar los intereses de todos los agentes: profesionales, pacientes, propietarios de centros... Y solo así se conseguirá disminuir las bolsas de ineficiencias y aumentar la productividad.

En esta línea, el presidente de SEDISA insiste en reclamar la profesionalización del directivo sanitario. Lo hace conociendo que la figura del gestor o directivo de la salud se halla actualmente desprestigiada, debido a que en determinadas Comunidades Autónomas se pone a dirigir centros y organizaciones muy complejas a profesionales que desconocen la dinámica de los hospitales, y necesitan un tiempo de rodaje. Y cuando empiezan a manejarse con soltura, lo más probable es que les llegue la destitución. “No se produce una continuidad en la función directiva y eso provoca en los profesionales un gran descrédito”, explicó, al tiempo que reconoció haber mantenido una reunión con el Ministerio de Sanidad para solucionar esta situación.

Por esta razón, SEDISA ha realizado una publicación que es una declaración de intenciones: el Informe sobre la profesionalización de los directivos de la salud, coordinado por Mariano Guerrero, director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud y secretario de la Junta Directiva de SEDISA, que dijo que es el resultado de “una línea fundamental del plan estratégico de la sociedad, que no ha sido nada fácil de llevar a cabo porque aborda un tema espinoso”. Así, Guerrero consideró que la función directiva sanitaria debe convertirse en una profesión exenta de nepotismo: “Nadie duda de que para nombrar a un directivo hay que confiar en él,

OBJETIVOS CUMPLIDOS

- Se superaron las 1.700 inscripciones, que sumadas a los ponentes y comités alcanzaron los 1.900 asistentes. Además, se contó con más de 120 stands, 90 empresas patrocinadoras y Euskaltel, la telefonía vasca, como patrocinador Gold.
- El perfil de los asistentes fue claramente multidisciplinar y heterogéneo. Destacó, sobre todo, la presencia de gerentes tanto de hospitales como de Atención Primaria, así como directores de las distintas áreas asistenciales y no asistenciales: médica, enfermería, económica, servicios generales, información y sistemas investigación, etc.
- También acudieron directivos de compañías farmacéuticas, empresas proveedoras de los distintos servicios, desde productos tecnológicos, comunicación, hostelería, equipamientos, hasta dispositivos asistenciales de una gran diversidad.
- Por comunidades autónomas, la participación estuvo muy repartida. Destacó la presencia de congresistas de Madrid (20%), País Vasco (19%) Cataluña (17%), Andalucía (12%) y la Comunidad Valenciana (9%). También participaron otras comunidades como Galicia (5%) o, en menor medida, Aragón, Castilla y León, Cantabria, Asturias, Canarias, Baleares y Castilla-La Mancha.

pero no se debe confundir la confianza personal con la profesional”, remarcó.

En este tema, la agrupación de directivos demandó programas formativos específicos y acreditados, y que se incluya un área de gestión sanitaria en el decreto sobre troncalidad que prepara el Ministerio de Sanidad.

De las medidas estructurales que SEDISA considera fundamentales para sacar al SNS de la crisis se encuentra la despolitización de la gestión. “Hay que emprender medidas de más calado, no basta solo con recortes”, subrayó Estévez.

Entre las iniciativas que proponen destacan “una mayor coordinación de los hospitales con Atención Primaria, competitividad entre centros, pago capitativo, incentivos por rendimiento o más participación de los ciudadanos”. Y es que, a su juicio, “no existe un modelo perfecto de gestión, pero lo que está claro es que hay que avanzar hacia unos hospitales empresarizados, no funcionarizados ni burocratizados, y con una política de recursos

humanos centrada en los resultados”.

Una utopía realizable

A los responsables de SEDISA todas estas medidas les suenan muy lógicas, sin embargo dudaron de que los encargados de ponerlas en marcha las compartan. “Será un fracaso si en el siguiente Congreso de Hospitales, dentro de dos años, este cambio sea todavía una utopía”, confesaron.

Al igual que otros directivos, Estévez reconoció que ya se están poniendo en marcha en los distintos centros del Estado medidas para afrontar los recortes sanitarios. “Hay que eliminar la 'grasa' del sistema, las bolsas de ineficiencia, solo de este modo se conseguirá una mayor competitividad. Aparte es clave también la optimización de la incorporación de nuevas tecnologías, de productos sanitarios y de fármacos”, sentenció.

Y es que la adopción de estas medidas -como coincidieron en señalar los expertos- van encaminadas a mantener una atención sanitaria de calidad. “Es una obligación



En el Plano de la tecnología

En el plano de la tecnología se expusieron importantes argumentaciones. En primer lugar, se habló de la importancia de la colaboración hospital-empresa, a través de la cual se puede mejorar la eficiencia de los equipos tanto tecnológicos como humanos. Es también importante que se realice un concurso por diálogo competitivo para fomentar la mejora continua a través de la sana competitividad.

En relación con la baja inversión en tiempos de crisis, se alertó de la importancia de la innovación como motor de mejora, tal y como ya advertía un director de sistemas de diagnóstico por imagen en las horas previas al congreso: "la falta de innovación es el verdadero coste de la Sanidad". Mejores equipos de diagnóstico, por ejemplo, conseguirían "mejorar la eficiencia del sistema evitando su colapso económico", comentaba.

Durante el evento de Bilbao se habló también en esta línea de la importancia de apostar por la innovación dando continuidad a las mejoras en sistemas como la historia clínica electrónica, que juegan un papel muy importante en la autogestión del paciente y en la eficacia y eficiencia de los procedimientos de gestión.

Importante relevancia tuvo el tema del liderazgo del sistema. La sostenibilidad se asienta en la fundamentación de saber hacia dónde va el sistema, de marcarse unos objetivos. Es importante que esta dirección sea debatida primero entre diferentes cargos y equipos multidisciplinares; y sea transmitida a los mandos con gran transparencia.

ética para con los pacientes. Hay que buscar una estrategia para mantener los servicios sanitarios. Para ello hay que estar dispuestos a cambiar las estructuras mentales". Ésta fue una de las ideas clave que sobrevoló en la mayoría de las mesas redondas y en los encuentros celebrados.

El foro se convirtió en un lugar idóneo para la discusión sobre la relación entre pública-privada en los centros de salud y en los hospitales. En distintas mesas redondas, directivos como José Andrés Gorricho, director general del Iguatatorio Médico Quirúrgico (IMQ) de Bilbao, abogaron por cambiar las reglas del juego: la legislación y los reglamentos en materia de contratación de recursos humanos y materiales en los centros sanitarios. Desde SEDISA se muestran a favor de llevar a sus centros a una fórmula empresarial. En este sentido, se defiende que el hospital sea una empresa prestadora de servicios sanitarios, por tanto, si está dotada de mecanismos ágiles, la gestión es mejor y se consigue mayor eficiencia, competitividad y calidad. "La Sanidad pública y la privada son dos sectores que deben ir de la mano y disponer de las mismas reglas de juego", sentenciaron. En el debate sobre los modelos sanitarios público-privados se puso de manifiesto a lo largo del Congreso que, desde las diferentes opciones ideológicas, suelen ser difícilmente compatibles.

En este debate sobre gestión pública y privada, los especialistas reconocieron que ambos modelos tienen sus ventajas y sus debilidades. "En los momentos actuales hay modelos de concesión, privados, públicos... Los gerentes de corte clásico se hallan un poco más atados en el margen de maniobra, y se les tiene que proporcionar las mismas herramientas de gestión que a los centros más "empresarizados", que cuentan con una gestión más moderna, que se traduce en mayor eficiencia y productividad", apostillaron.

Manuel de la Puente, gerente del Hospital de Fuenlabrada, en Madrid, y moderador

de una mesa sobre "Eficiencia hospitalaria: ¿recortes o cambio?" lo dejó claro: "Hay que hacer cambios. La crisis, que económicamente se ha manifestado entre 2010 y 2011, en Sanidad ya existía desde 2007, y aún no se le ha puesto remedio". Incluso se ha agravado, ampliando continuamente "una cartera de servicios en que se da acceso a todo".

De la Puente aseguró que los responsables sanitarios, en lugar de poner remedio a esta crisis se han empeñado en un debate

La falta de innovación es el verdadero coste de la Sanidad, según expertos

ficticio sobre lo público y lo privado. "Los profesionales y los pacientes estamos acostumbrados a compatibilizar

ambas cosas, y ahora resulta que la privada se demoniza. Es más un debate político que real". Ni todo es blanco ni negro: "Hay modelos públicos eficientes, como el del Hospital de Fuenlabrada -gestionado mediante una empresa pública-, y si a los gestores públicos se les dejara administrar con las herramientas de las que dispone la privada no habría ningún problema", remató.

Sistemas sanitarios integrales

Ejemplos de esta eficiencia son también los modelos de sistemas sanitarios integrales, que basan su éxito en que "el principal problema de los sistemas sanitarios es la fragmentación de niveles, lo que provoca una falta de visión global de los pacientes, algo que genera duplicidades, ineficiencias y pérdidas de información que en ocasiones derivan en efectos adversos", explicaba Raimon Belenes, adjunto al director general del Grupo Capio y moderador de un debate sobre organizaciones integradas.

Para Belenes estos sistemas, que proponen una integración total de los niveles, incluyendo la atención domiciliaria y la sociosanitaria, resultan muy complejos de poner en marcha, sin embargo considera que "los resultados están siendo muy esperanzadores", afirmó en referencia a los dos modelos presentados en la mesa, el del área de

Ferrol, en Galicia, y el del área de Bidasoa, en el País Vasco.

El problema es que casi tan complicado como desarrollar un modelo así es evaluarlo. Por eso, el experto señaló que “el objetivo no debe ser medir lo que produce el sistema, sino cómo ese producto impacta en la salud”. Esta fórmula -explicó Belenes- no es una mera gerencia única de área, dado que “no se pueden arreglar problemas complejos con soluciones administrativas. Es preciso cambiar la forma de trabajar, los sistemas de información y los incentivos, por ejemplo”.

Otro aspecto fundamental para los expertos es cambiar la forma de financiar la Sanidad. “Los hospitales no deben financiarse por actividad, por complejidad o por altas, porque puede generar un efecto perverso. El presupuesto sanitario debería estar cerrado, y que la gestión se ajuste a él”, propuso José Soto, gerente del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, y moderador de un debate sobre “Modelos de financiación”. A su juicio, lo mejor sería el pago caputivo, es decir, recibir fondos necesarios para atender a la población de referencia. “La cápita debe basarse en el análisis poblacional. No vale lo mismo atender a un área envejecida que una zona con gente más joven”.

En un contexto de crisis económica como la actual, se apuntó por parte de los representantes de SEDISA y ANDE la necesidad de un Pacto por la Sanidad, aunque también dejaron claro que ha dejado de estar en la agenda de los responsables sanitarios, ya que hay escasa voluntad política para caminar en esa dirección. En este sentido, los expertos en gestión criticaron las iniciativas cortoplacistas, ya que es necesaria una visión estratégica a medio y largo plazo, que implique a todos los agentes del sector. Un pacto en el que intervengan no solo los políticos, sino también las sociedades científicas, los colegios profesionales, los sindi-



catos, las asociaciones de enfermos y la ciudadanía en general.

Y es que el Pacto de Toledo que se llevó a cabo con las pensiones no se ha producido con la Sanidad. Falta que se dialogue para saber hacia dónde va el sistema y qué catálogo de prestaciones se pueden pagar. Para los expertos, el Estado dispone de un gran sistema sanitario, sin embargo para sostenerlo no basta con meter la tijera.

Las cinco “ideas-fuerza” del congreso

En el acto de clausura, Carmen Yarritu, presidenta del comi-

té científico, explicó las cinco “ideas-fuerza” en las que se pueden sintetizar las conclusiones del Congreso. En primer lugar, dijo Yarritu, “no podemos responder a los problemas de hoy con las soluciones de ayer. Es imprescindible rediseñar las organizaciones dotándonos de nuevas estructuras y nuevos diseños organizativos, pero, sobre todo de nuevas estructuras mentales, reinventándonos a nosotros mismos primero (desprogramarnos para una nueva programación)”, apuntó. En segundo término, resulta imprescindible colocar al paciente, por un lado, en el foco del sistema, y, por otro, contar con los profesionales. El principal reto consiste

en implantar con decisión un diálogo colaborativo entre pacientes, profesionales, organizaciones públicas y privadas y la sociedad.

En tercer lugar, para abordar esto se necesita un verdadero liderazgo, abierto y participativo, que se apoye en valores como la honestidad, la confianza, la creatividad y el compromiso y que trascienda la mera gestión. En cuarto lugar, apuntó la urgencia de la profesionalización de los directivos. Y en quinto, el Congreso entiende como sostenibilidad la consecución de valor para el ciudadano -sin olvidar que tiene que ser el foco del sistema- por medio de la interacción de: una gestión profesional; una aportación de técnica, conocimiento y servicio de las empresas; y la creatividad y el compromiso de los profesionales. Debiendo las administraciones públicas facilitar un entorno organizado y favorecedor ■

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





Doce “acciones clave” para una gestión más eficiente de la cronicidad

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) ha presentado un documento de consenso sobre estrategias de gestión de pacientes crónicos orientadas a mejorar la organización de los servicios y la eficiencia de los recursos

Texto y fotos  Ana Montero



La atención a la cronicidad es una prioridad en las políticas sanitarias, debido al aumento de años en la esperanza de vida, al incremento de personas con pluripatología y, por consiguiente, a la mayor utilización de los recursos sanitarios y su repercusión en el gasto, de hecho, se estima que la atención de los procesos crónicos supone entre el 70 y el 75 por ciento del gasto sanitario total. En definitiva, una sensibilización muy presente en las organizaciones sanitarias, tanto en los profesionales como en los gestores, que puede llevar a implantar experiencias sin orden y concierto y originar una derivación de procesos desde la atención hospitalaria hacia la Atención Primaria, con gran riesgo de frustración de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

En este contexto ha surgido el documento de consenso “Estrategia de Gestión de Crónicos”, que ha elaborado la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) y patrocinado por MSD, en el que importantes expertos en gestión de servicios sanitarios han consensado doce “acciones clave” para la atención a pacientes crónicos y una serie de recomendaciones, desde el punto de vista de la organización y de la gestión de los servicios sanitarios, siempre teniendo en cuenta la visión de los clínicos. Este documento “puede ser de utilidad, y el tiempo lo dirá, para complementar la elaboración o implementación de las estrategias de atención a pacientes crónicos en los ámbitos estatal y autonómico”, tal y como ha reconocido Marta Aguilera, presidenta de SEDAP.

“El objetivo es definir una estrategia, desde el punto de vista de la gestión para, así, darle una mayor eficiencia a los recursos

disponibles y que el abordaje de la cronicidad se convierta en una prioridad de las políticas sanitarias”, ha asegurado Aguilera. En este sentido, independientemente de las experiencias innovadoras que se están llevando a cabo en diferentes comunidades autónomas, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria ha considerado oportuno ordenar y priorizar estas “acciones clave” para que las estrategias que se vayan poniendo en marcha supongan un éxito en la mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos, en la motivación de los profesionales responsables de su atención y en la eficiencia de utilización de los recursos.

Doce acciones estratégicas

Así pues, esas líneas estratégicas, encaminadas a la optimización de la atención en los procesos crónicos, se han plasmado en un documento, que, como ha informado la presidenta de los directivos de Atención Primaria, ha sido enviado a los consejeros de todas las comunidades autónomas para su valoración, “y siete de ellas ya han manifestado su conformidad con esta iniciativa por su utilidad e interés”, y también se ha entregado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como a los diferentes servicios regionales de salud.

Desde el punto de vista de la estrategia de crónicos el informe prevé una revisión y actualización de la cartera de servicios comunes, con un enfoque orientado a los niveles de la estratificación de la cronicidad

poner para mejorar la gestión de la atención sanitaria, ya que en la actualidad es una necesidad evolucionar desde una atención fragmentada a una integración asistencial enfocada en el paciente crónico, rediseñando la organización y optimizando recursos.

Del mismo modo, se refleja la importancia de retomar la racionalidad en la planifica-

ción de servicios y recursos, tendiendo a un equilibrio entre los planteamientos políticos y las necesidades de los gestores; de homogeneizar criterios que garanticen la equidad de las prestaciones en el SNS; de implicar al ciudadano en los órganos de participación, en la autorresponsabilidad de la salud y en el autocuidado de la enfermedad; de potenciar la Atención Primaria y reorganizar el hospital de referencia en el marco de una mayor integración asistencial y, consecuentemente, más eficiente; de avanzar decididamente en la profesionalización de los directivos como “motor del rediseño” de la organización sanitaria; y de promover la evaluación y difusión de las experiencias tanto de gestión pública como privada, “con transparencia y compartiendo los resultados, sean positivos o no”, como ha apuntado la presidenta de SEDAP en la presentación del documento. Igualmente, se hace indispensable, como ha señalado Aguilera, garantizar el buen gobierno de las instituciones, con transparencia en su ejecución y rendición de cuentas; y aunar esfuerzos de políticos, gestores y profesionales de las organizaciones sanitarias públicas y privadas, así como de otros sectores implicados, especialmente las industrias tecnológica y farmacéutica, prevaleciendo el fin común del mantenimiento del SNS.

Así pues, en el documento se recogen un total de doce “acciones clave” para la implementación de la estrategia que incluyen, a su vez, sesenta y tres líneas de actuación con sus correspondientes grados de factibilidad, y que se integran en cuatro bloques. Por un lado, las prestaciones y los servicios, enfocado principalmente a la homogeneización y actualización de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la elaboración de guías clínicas como marco de referencia para la atención por procesos; y, por otro, la participación ciudadana y las alianzas con otras administraciones, asociaciones de pacientes, servicios comunitarios, empresas, medios de comunicación social y, fundamentalmente, con los servicios sociales, debido a su gran importancia para la atención de los procesos crónicos.

En este sentido, desde el punto de vista de

la estrategia de crónicos, el informe propone una revisión y actualización de la cartera de servicios comunes, con un enfoque que integre la promoción de la salud, la prevención de factores o conductas de riesgo y una atención orientada a los niveles de la estratificación de la cronicidad -desde población sana a pacientes con buen autocontrol, pacientes con morbilidad intermedia y pacientes complejos o pluripatológicos- y, además, deberían establecerse criterios de derivación entre niveles asistenciales en función de la complejidad de los procesos. Igualmente, deberían ponerse a disposición de los profesionales sanitarios guías clínicas basadas en la evidencia que aborden de forma integrada la atención al paciente crónico. Estas guías deben ser sencillas de utilizar para que puedan orientar y facilitar la actividad asistencial.

Para ello, la estrategia contempla la constitución de una Agencia de Evaluación, independiente del Ministerio y del resto de administraciones sanitarias, que ponga a disposición de las mismas, así como de organizaciones profesionales y de sectores implicados en salud, evaluaciones de la cartera de servicios tanto técnicas como económicas basadas en criterios objetivos, sustentados en la evidencia científica y en el consenso profesional, que, además, cuenten con la participación social y de los sectores afectados.

Asimismo, los expertos han mostrado la importancia de promover la atención por procesos, basada en los niveles de estratificación de crónicos, e implicando a los profesionales sanitarios ya que, según ha asegurado Aguilera, hay estudios internacionales que evidencian la oportunidad de esta acción.

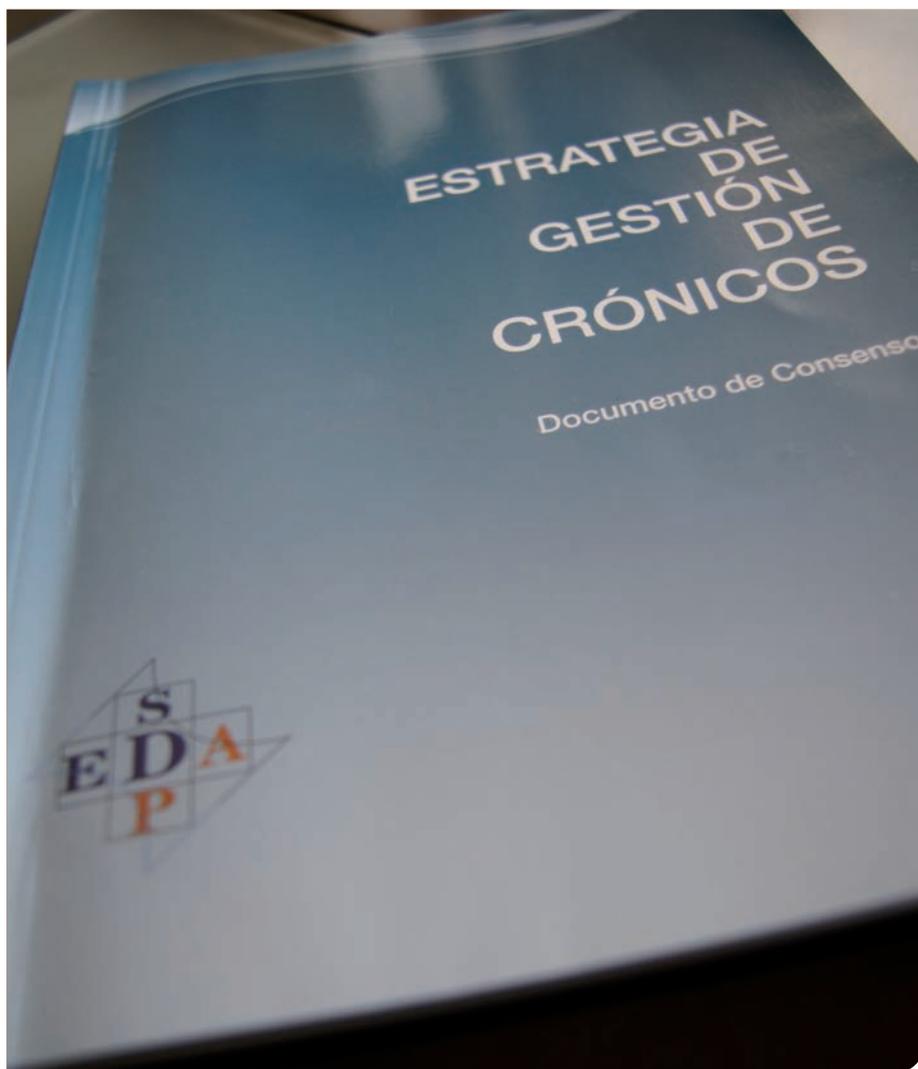
Por lo que se refiere a la participación ciudadana, el documento recoge varias líneas de actuación como la concienciación de los ciudadanos en la promoción de su salud y en la adecuada utilización de los servicios sanitarios. En este sentido, en la estrategia se apuesta por el desarrollo del “Paciente Experto”, basado en pacientes activos, que una vez formados, pueden proceder a la formación de otros pacientes, haciéndoles

pacientes proactivos; también se plantea el desarrollo de herramientas que proporcionan las tecnologías de la información y comunicación, como vías de comunicación entre las instituciones, los profesionales y los ciudadanos, incorporando servicios on-line; y se plasma la conveniencia de la acreditación de páginas web por parte de las autoridades sanitarias, para que el ciudadano-paciente obtenga una información veraz. “Hay que concienciar a los ciudadanos de la importancia de la promoción de la salud y hay que formar a los profesionales para que sepan transmitir esa in-

formación”, ha subrayado la presidenta de SEDAP.

Los expertos han mostrado la importancia de promover la atención por procesos, basada en los niveles de estratificación de crónicos, e implicando a los profesionales

Por otra parte, en la línea estratégica del establecimiento de alianzas, se hace indispensable establecer mecanismos de colaboración entre el sistema sanitario y el de servicios sociales, para lo cual es fundamental el desarrollo de una serie de prestaciones y servicios, como programas de atención a domicilio o atención residencial, que constituyendo nuevos cauces de colaboración permitan la creación de nuevos dispositivos de atención que aseguren al





paciente la atención adaptada a su necesidad en un entorno más cercano, evitando en muchos casos ingresos innecesarios y el uso indiscriminado de los servicios de urgencias. En este contexto, el establecimiento de una cartera de servicios de atención sociosanitaria para la atención a crónicos por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y acuerdos de colaboración entre los departamentos de Sanidad y Asuntos Sociales en las comunidades autónomas es factible.

Estructura, organización y gestión de los servicios

Del mismo modo, en el documento se especifican los cambios en la estructura, organización y gestión sanitaria, donde se aborda el rediseño de la organización sanitaria, destacando la necesidad de reorganizar los hospitales de referencia para que haya una mayor integración asistencial con

Atención Primaria, “que debe ser referente en la gestión y orientación del paciente crónico”, como ha apuntado Aguilera.

En este sentido, se contempla la modernización y adecuación de las estructuras y

de la gestión clínica; la implicación de los profesionales; los contratos de gestión; los sistemas de incentivos; y el cambio necesario de cultura organizativa para poderlo llevar a cabo. Además, este bloque contiene otras dos acciones clave imprescindibles para el rediseño de la organización como son el marco de relación con los profesionales el papel relevante de la enfermera de AP, como “enfermera coordinadora de cuidados”; y la profesionalización del directivo.

En ese rediseño de la organización se consideran líneas de actuación concretas, entre otras, la asunción de la de la Atención Pri-

maria como ámbito clave de la atención al paciente crónico; la reordenación hospitalaria para adecuarse a la atención de los procesos crónicos y apoyar a la Atención Primaria; la asunción de las funciones de “enfermera de enlace”; el fomento de acciones centralizadas, promoviendo economías

de escala, tanto en la compra de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, como en la adquisición de equipamientos tecnológicos; el seguimiento y evaluación de las experiencias de gestión clínica implantadas en los distintos servicios regionales de

salud; el impulso de la implantación de unidades de gestión clínica por parte de los servicios regionales de salud; la priorización de procesos crónicos en los contratos de gestión; el reconocimiento profesional e incentivos ligados a la consecución de objetivos priorizados por la organización; o el fomento del trabajo multidisciplinar.

Otra de las acciones estratégicas es la profesionalización del directivo y, en este sentido, las líneas de actuación pasan por la acreditación de directivos; por la constitución de órganos de gobierno responsables de velar por la buena gobernanza de las organizaciones sanitarias, con transparencia en la gestión y en la rendición de cuentas; y por la selección de directivos, de manera que los puestos directivos sean desempeñados por profesionales de la gestión sanitaria.

En este marco, la normativa actual, con procedimientos rígidos, hace más difícil el cambio en la organización sanitaria. Es por ello que se necesita una organización más flexible, más transversal, enfocada al paciente y al ciudadano en general y, por tanto, ha de dotarse de instrumentos de gestión de recursos humanos que le den flexibilidad y adaptabilidad a las nuevas necesidades. La actualización de la normativa sobre personal es una acción de importancia alta, tal y como se especifica en el informe, ya que no se pueden conseguir los objetivos de la organización sanitaria sin contar con los profesionales. Tal es así que otra de las “acciones clave” de la estrategia es la creación de un nuevo marco de relación con los profesionales que debe ir orientado a la adecuación de los puestos de trabajo y la oferta de servicios a partir de las competencias adquiridas, donde los criterios de selección del personal estén adaptados a las competencias necesarias, evitando reglas fijas uniformizantes y teniendo en cuenta criterios de efectividad, productividad y valor añadido para la red y el ciudadano. Además, se hace imprescindible flexibilizar las condiciones de contratación, en horarios y destinos; fomentar el desarrollo profesional continuo; cambiar el sistema retributivo, con un

mayor peso de los conceptos variables; e impulsar el reconocimiento de los méritos de los profesionales.

Acciones transversales

Una vez definido el qué y el cómo, el documento plasma también las acciones estructurales y facilitadoras de la estrategia, tales como la financiación; la formación; la investigación; los sistemas de información y evaluación; y las tecnologías de la comunicación.

En este sentido, desde el ámbito de la financiación, y puesto que en la estrategia de enfermedades crónicas la gestión debería estar orientada por procesos, en función de la estratificación de pacientes, no parece adecuada la asignación presupuestaria por actividad, debiéndose realizar la asignación en Atención Primaria y atención hospitalaria por capitación ajustada. Así pues, para la consecución de esta “acción clave” el documento refleja una asignación de presupuestos por área de salud que integre el presupuesto de AP y atención hospitalaria con los mismos criterios de asignación presupuestaria en ambos niveles asistenciales; el establecimiento de un factor de ponderación de la asignación presupuestaria al Área de Salud para promoción de la salud y prevención de factores de riesgo; y una compensación por actividad por población no perteneciente al área de salud.

En el marco de la formación, se hace referencia a la adecuación de la formación de grado y de posgrado y a la definición y desarrollo de sus competencias básicas. Al respecto, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria ha apostado por fomentar la coordinación entre el sistema sanitario y educativo, así como por la creación de programas compartidos entre Medicina y Enfermería. “También creemos que podría ser bueno que en la estrategia de atención a pacientes crónicos estén presentes otros profesionales sanitarios como, por ejemplo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o nutricionistas”, tal y como ha explicado la presidenta de la Sociedad.

En otro orden de cosas, también se refleja la

importancia de rentabilizar al máximo la investigación existente en el SNS. Al respecto, es imprescindible el impulso de la investigación evaluativa mediante la constitución de grupos de investigación estables y coordinados, integrados por profesionales de los diferentes niveles de gestión, tanto macro como meso, y de los distintos ámbitos, para conocer el grado de eficiencia de cualquier estrategia, acción o intervención implementada.

Del mismo modo, es esencial disponer de sistemas de información que permitan llevar a cabo la integración clínica tanto entre profesionales del propio equipo de Atención Primaria como con los profesionales entre ambos niveles asistenciales y con otros sectores implicados en la atención, como son los servicios sociales. En este sentido, cabe destacar que aunque las comunidades autónomas han realizado un gran esfuerzo en la implantación de la historia clínica electrónica, en el momento actual, a pesar de que existen aplicaciones que posibilitan el uso compartido de información, no todos los sistemas son compatibles, lo que impide el intercambio, tanto entre ambos niveles asistenciales como entre territorios. Es por ello que, para el desarrollo de esta acción, parece necesaria la implantación y desarrollo de sistemas integrados de clasificación de pacientes; la estratificación de los pacientes crónicos; la definición y selección de un conjunto de indicadores priorizados; el seguimiento y evaluación de las experiencias que se estén desarrollando en este ámbito; y la difusión pública de los resultados. En la misma línea, es importante desarrollar y aplicar las tecnologías de la comunicación para garantizar la continuidad asistencial y, también, impulsarlas entre profesionales y ciudadanos.

Por último, el documento incluye una serie de recomendaciones estratégicas sobre líneas de actuación comunes e innovadoras, pro-

poniendo las que deberían ser comunes para todo el SNS, con el fin de garantizar la equidad y posibilitar su seguimiento y evaluación, y aquellas que podrían tener un desarrollo autónomo según las estrategias y organizaciones regionales, dando valor al SNS por sus innovaciones. Del mismo modo, se apuesta por establecer un itinerario de implementación, definiendo las fases de desarrollo de la estrategia, identificando las líneas de actuación que pueden implementarse simultáneamente y aquellas que deben ser secuenciales. También se proponen indicadores y criterios para el seguimiento y evaluación de la propia estrategia y criterios para la evaluación económica de la misma, basadas en la estratificación de la población; en el coste del tratamiento en cada nivel; y en los indicadores de impacto económico de la intervención, analizando posteriormente los resultados ya que, como ha reconocido Aguilera, actualmente no se dispone de este tipo de evaluaciones ■

El documento incluye una serie de recomendaciones sobre líneas de actuación comunes e innovadoras, proponiendo las que deberían ser comunes a todo el SNS

poniendo las que deberían ser comunes para todo el SNS, con el fin de garantizar la equidad y posibilitar su seguimiento y evaluación, y aquellas que podrían tener un desarrollo autónomo según las estrategias y organizaciones regionales, dando valor al SNS por sus innovaciones. Del mismo modo, se apuesta por establecer un itinerario de implementación, definiendo las fases de desarrollo de la estrategia, identificando las líneas de actuación que pueden implementarse simultáneamente y aquellas que deben ser secuenciales. También se proponen indicadores y criterios para el seguimiento y evaluación de la propia estrategia y criterios para la evaluación económica de la misma, basadas en la estratificación de la población; en el coste del tratamiento en cada nivel; y en los indicadores de impacto económico de la intervención, analizando posteriormente los resultados ya que, como ha reconocido Aguilera, actualmente no se dispone de este tipo de evaluaciones ■

NOTA. Puede consultar el texto íntegro del Documento de Consenso de la Estrategia de Gestión de Crónicos elaborado por la SEDAP en [EL MÉDICO INTERACTIVO \[www.elmedicointeractivo.com\]\(http://www.elmedicointeractivo.com\)](http://ELMÉDICOINTERACTIVOWWW.ELMEDICOINTERACTIVO.COM) Y en la página de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria www.sedap.es

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







Reclamamos una Ley de
regulación
de la
Cirugía Estética
para garantizar la excelencia
y la profesionalidad
de la especialidad

Miguel Chamosa Martín

Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética (SECPRE)

Texto | Ana Montero

Fotos | SECPRE



ENTREVISTA

Miguel Chamosa Martín

“Reclamamos una Ley de regulación de la Cirugía Estética para garantizar la excelencia y la profesionalidad de la especialidad”

Se estima que cerca de 9.000 médicos realizan intervenciones de Cirugía Estética en España sin la titulación oficial, de ahí que combatir el intrusismo, la mala praxis y los actos ilegales que se llevan a cabo en el sector sea uno de los principales objetivos del nuevo presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), el Dr. Miguel Chamosa Martín, doctor en Medicina, con Sobresaliente “Cum Laude”, académico y director de la Clínica Doctor Chamosa desde 1982. Dos años de presidencia por delante para seguir posicionando a la SECPRE como referente en esta especialidad.

¿Cómo van a ser sus primeros pasos en la Sociedad? En este sentido, ¿cuáles son los retos a corto, medio y largo plazo?

Mi compromiso como nuevo presidente, y el de la nueva junta directiva que me acompañará los dos próximos años, es seguir posicionando a la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) como referente en cirugía plástica, así como defender la excelencia y profesionalidad en este ámbito sanitario. Además, ante la constante y preocupante práctica de operaciones de cirugía estética por parte de médicos que no poseen la titulación oficial de cirujano plástico, estético y reparador, desde la SECPRE defendemos que la cirugía estética deben ejercerla únicamente los especialistas en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, es decir los médicos que después de aprobado el examen MIR, hacen otros 5 años más en esta especialidad médica. La cirugía estética es una

faceta más del ámbito de actuación que corresponde a los médicos que ostentan el título oficial de especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, tal y como se recoge en una sentencia del Tribunal Supremo del 15 de julio de 2005. En este sentido, soportamos una cantidad de actuaciones de otros médicos que sin haber aprobado el MIR, con un simple curso, un taller de cirugía estética o un workshop hacen sus pinitos en este ámbito. Desde la SECPRE defendemos que esta especialidad regulada no equivale a cursos, máster o talleres, ya que estos no proporcionan el entrenamiento, la formación, ni la duración suficiente para la cualificación en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. La realización de cualquiera de estos cursos no acredita la titulación ni los conocimientos necesarios para ejercer esta especialidad.

¿Cuál es la situación actual de esta especialidad médica y del sector de la Cirugía Plástica en España?

En los últimos años se ha puesto muy en boga la Cirugía Plástica, de hecho, ha supuesto todo un hito que en los tres últimos años se hayan hecho en España tres trasplantes de cara. Es un exponente de lo que aquí se puede hacer y conseguir, pero, seguramente, la situación de crisis que vivimos hará que se disminuyan los gastos que la Sanidad pública vaya a hacer en este ámbito. Desde la especialidad tratamos de hacer ver al Ministerio de Sanidad lo rentable que puede ser un especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, incluso en un centro de una pequeña ciudad, ya que tener en plantilla un cirujano plástico puede aligerar muchas estancias hospitalarias: heridas que no cierran, cicatrices inestéticas, úlceras... Lógicamente, esto supone un incremento del gasto, y no todos los hospitales pueden mantener una sección de Cirugía Plástica, pero sería bueno pensar en ello. En cualquier caso, la situación

económica hace que no podamos esperar una gran expansión de cara al futuro. Por lo que se refiere a la Cirugía Estética la situación es la misma, la crisis está haciendo que las personas reclamen intervenciones más pequeñas.

En síntesis, ¿cuáles serían las principales debilidades, fronteras y preocupaciones de la profesión?

Como decía, uno de los principales campos de batalla de la especialidad es denunciar a aquellos médicos que realizan intervenciones de Cirugía Estética sin la titulación oficial porque una operación de estas características realizada por un profesional que no posea la titulación oficial es para el paciente como ponerse en manos de un profesional no legalmente acreditado. Hay que alzar la voz con respecto a esto, estamos en nuestro derecho de informar al consumidor. No todo el mundo puede hacer de todo y, al igual que ocurre en Odontología, donde existe una ley que regula que nadie que no sea dentista puede quitar una caries a un paciente, en este ámbito debería aprobarse una ley, como ocurre en otros países, como es el caso de Francia y Austria. Es por tanto que desde la SECPRE demandamos una Ley de regulación de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Desde el Senado tenemos alguna resolución positiva al respecto, pero hoy por hoy, no se ha formalizado.

Por el contrario, ¿cuáles son las fortalezas del sector?

Uno de los principales campos de batalla de la especialidad es denunciar a aquellos médicos que realizan intervenciones de Cirugía Estética sin la titulación oficial

Los médicos residentes que tenemos hoy en día en Cirugía Plástica son unos “números uno”, su formación es excelente, son una élite de estudiantes y lo vemos a diario. No podemos hacer que el camino

sea difícil al que quiere ser y tener un título oficial y dejar paso, sin restricciones, al médico que viene del extranjero con un diploma de un curso o un máster. Son



magnitudes distintas, de ahí que defendamos al médico con titulación oficial. Hoy por hoy, ese talento no se está marchando fuera porque, de momento, el Sistema Nacional de Salud (SNS) amortigua un poco, se les necesita y se les reclama aquí.

La Sociedad está solicitando a los pacientes que quieran someterse a una operación de cirugía estética que antes de meterse en el quirófano exijan al médico el título oficial de especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, con el fin de garantizar que será tratado por un profesional capacitado, ¿por qué esta petición ahora? ¿Es la crisis un caldo de cultivo para el intrusismo profesional? ¿Qué medidas tiene pensado llevar a cabo la Sociedad para erradicar este problema?

La crisis, exactamente, no ha sido caldo de cultivo para el intrusismo profesional. En la actualidad, se estima que cerca de 9.000 médicos realizan intervenciones de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en España

sin la titulación oficial, de ahí que desde la Sociedad se recomiende a todos aquellos pacientes que estén pensando en someterse a una operación de cirugía estética exigir al médico el título oficial de especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, puesto que es el único modo de garantizar que será tratado por un profesional capacitado.

En este sentido, la Sociedad ha elaborado un decálogo de consejos a los pacientes que quieren someterse a una operación de Cirugía Estética, en el que se establece que es imprescindible seleccionar un cirujano plástico con título de especialista oficial y altamente recomendable que tenga una experiencia de al menos 6 años post especialidad. Además, existe un teléfono informativo (902409060) donde el paciente puede llamar para conocer si el cirujano en cuestión dispone o carece del título oficial en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y también desde la pá-

gina web de la Sociedad (www.secpres.org) se ofrece información al respecto. Otra fórmula podría ser a través del Colegio de Médicos o desde las entidades y hospitales pri-

vados, ya que todas ellas nos exigen el título de especialista para poder ejercer en sus instalaciones, además del último recibo del seguro de respon-

sabilidad civil profesional, que en nuestro caso es de los más elevados. Además, en el decálogo se recomienda también que desde la primera visita, el paciente sea explorado, valorado e informado por el cirujano plástico que le va a operar y nunca por un comercial, desconfiando de las ofertas comerciales. Del mismo modo, la intervención debe realizarse en un centro hospitalario o clínica que disponga de todos los recursos necesarios para atender a cualquier posible situación de emergencia (UVI; reanimación), debe hacerse en un quirófano legal y con todas las medidas hi-

Se estima que cerca de 9.000 médicos realizan intervenciones de Cirugía Estética en España sin la titulación oficial



ENTREVISTA

Miguel Chamosa Martín

giénicas y de seguridad correspondientes. Asimismo, antes de cualquier intervención, se ha de contar con pruebas preoperatorias del paciente, tales como: electrocardiograma, analíticas de sangre y orina, placa de tórax y, en algunos casos, ecografías y mamografías, certificándose así que no existe ninguna contraindicación médica para realizar la operación.

¿Cuáles son las cirugías más demandadas?

El tipo de intervención estética más popular a nivel mundial es la liposucción, abdominal, de flancos, de muslos y de trocánteres, por ese orden, seguido del aumento de mama y la blefaroplastia. También en el caso de España la liposucción ocupa el primer lugar y el aumento de mamas el segundo, pero en tercer lugar se encuentra la rinoplastia o cirugía de la nariz y sólo en cuarto lugar la blefaroplastia; el quinto tipo más realizado es la elevación de mama. En el caso del aumento de mamas, este tipo de cirugía se incrementa de manera significativa entre aquellas mujeres que tienen menos de 30 años y se reduce entre las mayores de 44 años.

¿Está afectando la crisis a este tipo de intervenciones?

Lo que está disminuyendo es la demanda de cirugías grandes a consecuencia de la crisis económica. Está descendiendo el número de operaciones de pecho, puesto que los costes, sólo de las prótesis, son elevados, entre 1.200 y 1.400 euros, pero, por el contrario, se siguen haciendo intervenciones quirúrgicas más pequeñas, como la cirugía de párpados; tratamiento con botox; ácido hialurónico; pequeñas liposucciones o infiltraciones de grasa. En España, se realizan al año unas 150.000 intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, pero a pesar de lo que erróneamente se cree no somos el país con más intervenciones del mundo. Los españoles se operan en unos porcentajes similares a otros ciudadanos europeos y nuestras pre-

ferencias son semejantes a las de otros países. Si tenemos en cuenta los datos recogidos en la encuesta de ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) de 2009, a la vista de nuestros resultados, estaríamos entre el puesto 12 y 15 a nivel mundial, lógico dado el boom de la Cirugía Estética en otros países emergentes

como México, China, Rusia, Brasil, Turquía... Porcentualmente nuestras estadísticas son muy parecidas a las de los norteamericanos.

¿El paro también tiene sus efectos en esta especialidad?

No existe paro en nuestra especialidad. En este ámbito hay dos terrenos muy distintos, por un lado, el médico que ejerce en un hospital público, siempre va a tener trabajo, y en la parte privada, donde hay espacio y se puede ejercer. Además, esta especialidad es una de las más solicitadas por los MIR, ya he dicho que nuestros médicos residentes son los números uno del examen MIR.

Hay quien piensa que la Cirugía Estética reviste de cierta frivolidad, pero cada vez hay más casos de cáncer, quemaduras o accidentes graves que encuentran su solución en la cirugía plástica reparadora, ¿podría ahondar un poco más en esto?

Dentro de esta especialidad se realizan, por ejemplo, cirugías para quemaduras graves; cirugía de la mano; cirugías para malformaciones congénitas o reconstrucciones mamarias tras una mastectomía. Esta última intervención es considerada como una parte esencial del tratamiento de rehabilitación del cáncer de mama y existen evidencias de que favorece la curación y disminuye la incidencia de trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Tal y como se recoge en el estudio "La calidad del tratamiento integral a las mujeres afectadas por cáncer de mama", avalado por la SECPRE, el 30 por ciento de las mujeres que han sufrido una mastectomía se

somete a una reconstrucción mamaria. En este sentido, los cirujanos plásticos están presentes en el 70,2 por ciento de las reconstrucciones inmediatas, cuando se realizan al mismo tiempo que la mastectomía, y en el 89,3 por ciento de las reconstrucciones diferidas, es decir, cuando se realizan de forma posterior.

En el ámbito de la especialidad, ¿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 estas especialidades? ¿España es referencia en este sector?

En España hay muy buenos cirujanos plásticos y estéticos, pero también los hay en otros países. Lo que está cambiando es el entorno, donde están despuntando los países emergentes como México o Turquía. Cuando llegue China, con 1.500 millones de habitantes, donde ya se está haciendo Cirugía Estética, será otro mundo. Por otra parte, el llamado "turismo de bisturí", que se practica en ciertos países más pobres, está siendo problemático y deteriora, en cierta manera, a la especialidad.

Por lo que se refiere a la investigación y la innovación, ¿qué se está haciendo en España? ¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas más novedosas?

En nuestra especialidad lo único que tenemos es investigación clínica. Otra cosa es la tecnología, y en España es muy difícil inventar, de hecho, es significativo que en nuestro país no haya ninguna fábrica de prótesis de mamas. Por lo que se refiere a las técnicas, aparte de todos los avances de la Microcirugía y los reimplantes, otra de las más novedosas es la de infiltración de grasa, de hecho, estamos en la "década de los injertos de grasa", pero es una técnica que no está todavía conseguida puesto que la permanencia de la grasa en el cuerpo, con el paso del tiempo, ronda el 50 por ciento y en torno al 30 por ciento si la infiltración es en la cara. Todavía no podemos ofrecer a los pacientes unos resultados cien por cien óptimos con respecto al resultado estético ■



!Ponte en Marcha!

XX Congreso
nacional de medicina
general y de familia

*mano a mano
con vosotras*



Elemental
Dr. Watson

Palacio de Congresos de
Zaragoza
22-25 mayo de 2013
www.zgz.semg.net



SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



frecc



Enfermedades poco frecuentes

más visibilidad, apoyo
e investigación

Texto | Mónica de Haro



REPORTAJE

Enfermedades poco frecuentes, más visibilidad, apoyo e investigación

Pacientes y asociaciones luchan a contracorriente y piden más ayuda médica y atención social para reducir el tiempo medio de diagnóstico de las conocidas como enfermedades raras o poco frecuentes. Esta baja frecuencia y la falta de conocimientos específicos de los médicos hace que sea, en el mejor de los casos, de 5 años. Para acercar a los ciudadanos al conocimiento de estas patologías, establecer lazos de ayuda mutua más intensos y, además, despertar el interés de nuevos investigadores, profesionales sanitarios y de la industria, y así como continuar avanzando en el conocimiento y tratamiento de estas dolencias, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, anunciaba en octubre del año pasado la declaración de 2013 como el Año Español de las Enfermedades Raras.

La declaración del Año Español de las Enfermedades Raras por parte de Ana Mato, ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha servido como pistoletazo de salida a la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) que, a su vez, ha realizado una campaña de sensibilización por el día mundial de las enfermedades raras (celebrado el 28 de febrero), con el objetivo de sensibilizar e informar a la sociedad española sobre la problemática de estas patologías poco frecuentes. Con esta declaración, Mato espera “contribuir a que los lazos de ayuda mutua sean más intensos” y “despertar el interés de nuevos investigadores, profesionales sanitarios y de la industria, y así continuar avanzando en el conocimiento y tratamiento de estas dolencias”. Además, la adhesión a la declaración del año 2016 como Año Internacional de la Investigación en Enfermedades Raras es otra de las medidas que ha adoptado el Gobierno para afrontar el “reto” que suponen estas patologías.

Según explicaba Ana Mato en octubre pasado, “queremos proporcionar respuestas individualizadas para cada situación”, y ofrecer “una atención con enfoque multidisciplinar y sociosanitario, en la que se consideren las necesidades de los pacientes no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el ámbito asistencial, psicológico, económico y social”. Además, la ministra manifestaba

su “compromiso claro y decidido” para “movilizar todos los medios disponibles para fomentar el desarrollo de nuevos tratamientos orientados a alcanzar soluciones o, al menos, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares”.

Raras y poco conocidas

Entre el seis y el ocho por ciento de la población mundial estaría afectada por enfermedades raras, es decir, más de tres millones de españoles, 27 millones de europeos y 25 millones de norteamericanos

es tan raro tener una enfermedad rara. Según FEDER, que maneja cifras del Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER) y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), se estima que habría unos 10.000 afectados por diversos tipos de anemia, unas 6.000 por esclerosis lateral amiotrófica, cerca de 5.000 por fibrosis quística, unos 1.000 de patologías mitocondriales, unos 100 de enfermedad de Pompe y unos 6 de Síndrome de Joubert.

Puede que la prevalencia de estas patologías sea baja, pero no lo es el número de afectados: del 6 al 8 por ciento de la población mundial estaría afectada por estas enfermedades. O sea, más de 3 millones de

españoles, 27 millones de europeos y 25 millones de norteamericanos.

Las enfermedades raras son, en su mayor parte, crónicas y degenerativas. De hecho, el 65 por ciento de estas patologías son graves e invalidantes y se caracterizan por un comienzo precoz en la vida (2 de cada 3 aparecen antes de los dos años), dolores crónicos (1 de cada 5 enfermos) y una discapacidad en la autonomía en 1 de cada 3 casos, que afecta al desarrollo de déficit motor, sensorial o intelectual. Solo entre el 10 y 15 por ciento de las enfermedades raras tienen tratamiento y en ningún caso son curativos, aunque sí pueden retrasar la aparición de la enfermedad y controlarla.

Además, en casi la mitad de los casos el pronóstico vital está en juego, ya que a las enfermedades raras se le puede atribuir el 35 por ciento de las muertes antes de un año, del 10 por ciento entre 1 y 5 años y el 12 por ciento entre los 5 y 15 años.

Tal y como explica la Dra. Carmen Calles Hernández, coordinadora del Comité ad-hoc de Enfermedades Raras de la Sociedad Española de Neurología: “No solo son raras, sino que son muy poco conocidas. Actualmente solo se tiene conocimiento científico y médico de aquellas que, aunque raras, son las más prevalentes, es decir, de unas 1.000”, asegura. Por lo tanto estamos hablando de que existen unas 6.000 enfermedades de las que es difícil llegar a un diagnóstico por el escaso conocimiento que se tiene de ellas. Además, muchas de estas enfermedades no disponen de un tratamiento específico. Asimismo, existen pocos médicos expertos en ER, por lo que los pacientes deben pasar la

mayoría de las veces por enormes periplos hasta conseguir un diagnóstico.

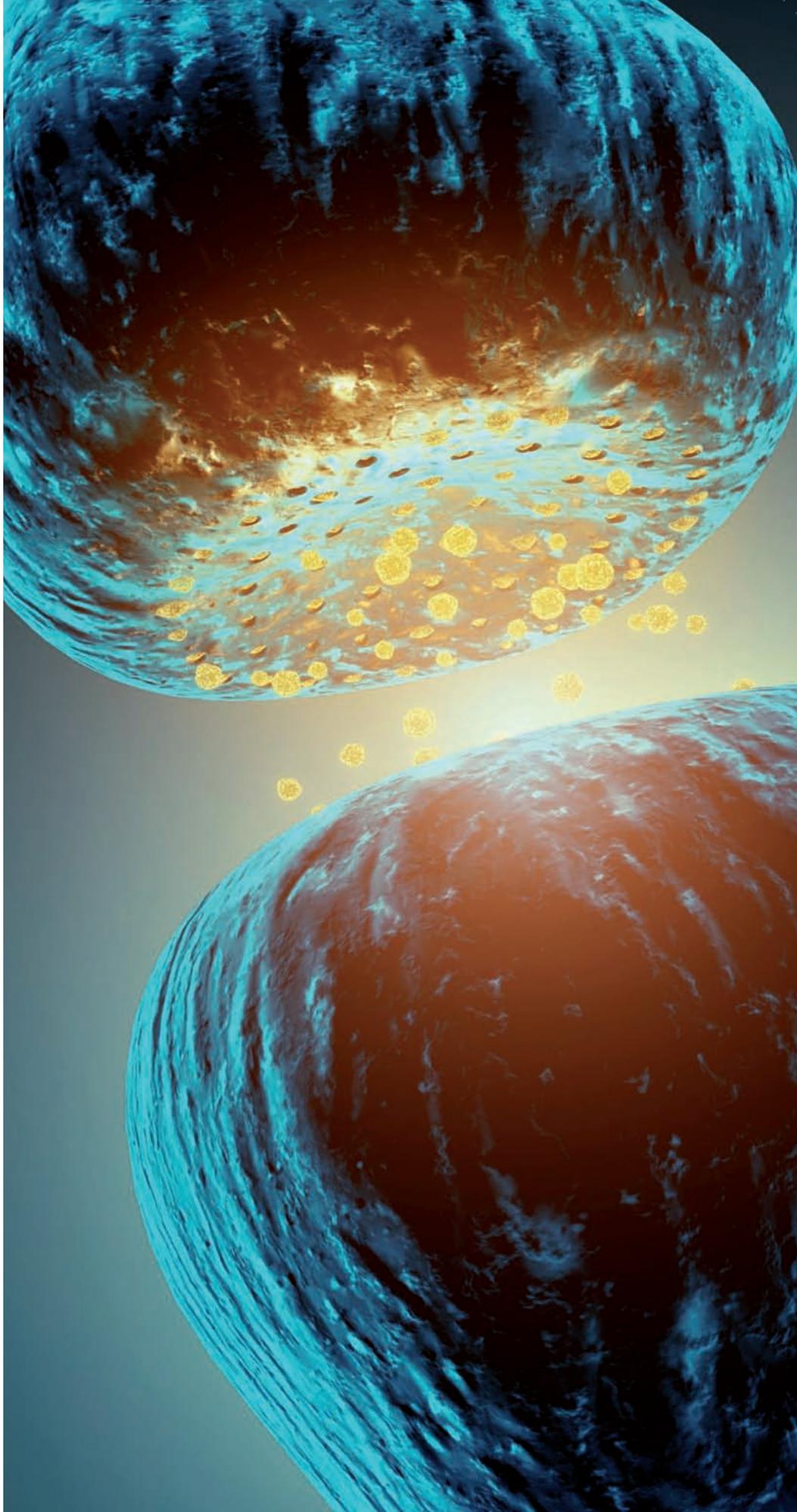
Según afirma el Dr. Jordi Antón, presidente de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica, “el problema fundamental para este tipo de pacientes es el diagnóstico correcto; son enfermedades raras que tardan en diagnosticarse lo que acarrea retrasos en el inicio del tratamiento”. Además, como añade, “hay que tener en cuenta que a veces existe un problema de comprensión por parte de las familias, las escuelas, las empresas y la sociedad en general sobre estas patologías, lo que influye negativamente en la calidad de vida de estos pacientes”.

Para Arancha Gazulla, presidenta Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Enfermedades Reumáticas (ASPANIJER) y madre de un niño con una patología poco frecuente, “es muy importante que se entienda cómo se vive la enfermedad desde la familia ya que el debut, el diagnóstico y el día a día es una experiencia en la que hay que sentirse apoyados”.

Sin duda entre los principales problemas de estas patologías están el desconocimiento que existe sobre su naturaleza y prevalencia; la escasez de tratamientos farmacológicos, en muchas ocasiones derivado de la falta de recursos que se emplean para la investigación destinada a enfermedades poco prevalentes; y el retraso en el diagnóstico de los afectados, ya que actualmente el 20 por ciento de los pacientes tardan hasta 10 años en ser diagnosticados. El objetivo de la investigación, por lo tanto, deberá centrarse en facilitar su tratamiento y mejorar su esperanza y calidad de vida.

Objetivo 2013: Concienciar

De ahí que FEDER y la Organización Europea de las Enfermedades Raras (EURORDIS) hayan realizado una campaña de sensibilización por el Día Mundial de las Enfermedades Raras, celebrado el 28 de febrero, con el objetivo de concienciar sobre las patologías poco frecuentes y atraer la atención sobre las grandes situaciones de falta de equidad e injusticias que viven las familias.





REPORTAJE

Enfermedades poco frecuentes, más visibilidad, apoyo e investigación

Las reformas sanitarias realizadas a lo largo de 2012, justificadas por el Gobierno bajo el paraguas de la crisis económica, han significado un importante retroceso en los derechos de las personas con enfermedades poco frecuentes, según se denuncia desde diferentes foros. Unos hechos que, según FEDER, están afectando gravemente a las personas con estas patologías que son quienes más apoyo necesitan.

Por y para ellos la Federación ha elaborado un documento reivindicativo con 13 propuestas prioritarias para 2013 (ver recuadro de apoyo), que son la hoja de ruta para que las principales instituciones aborden de forma integral el problema de las ER durante este año. Las propuestas son el resultado del consenso entre las más de 230 asociaciones de personas con enfermedades raras, representadas por la plataforma, e incluyen varias peticiones que llevan años siendo reivindicadas y otras más recientes de carácter urgente provocadas por las consecuencias de la crisis económica y las medidas de recorte en el gasto sobre la atención sanitaria a los enfermos con estas enfermedades poco frecuentes.

FEDER solicita que las ER sean declaradas como crónicas en el SNS y de interés prioritario de salud pública. También que se exima del copago farmacéutico a las familias con ER (de baja prevalencia) y que se impulsen medidas para asegurar el acceso en equidad a medicamentos de uso vital para las familias con enfermedades raras, a través de su inclusión en la cartera de servicios del SNS. Igualmente la federación solicita al Gobierno regional que se dote a los Equipos reflejados en el Mapa de Profesionales de Referencia en Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid de los recursos técnicos y humanos necesarios para su buen funcionamiento.

A las enfermedades raras se les puede atribuir el 35 por ciento de las muertes antes de un año, el diez por ciento entre uno y cinco años, y el doce por ciento entre cinco y quince años

En este sentido, la Dra. Carmen Calles afirma que “iniciativas de reciente creación, como el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (Creer), el Registro de Enfermedades Raras del IIER, o el reciente anuncio de que la Unión Europea destinará fondos para el proyecto internacional Neuromics, con el objetivo de definir con exactitud el número y características de enfermedades neurodegenerativas y neuromusculares raras, son avances importantes; pero aún queda por hacer mucho más”.

Especialmente relevante es la propuesta que solicita la acreditación de al menos 50 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para ER en el Sistema Nacional de Salud en 2013, dotando a estas unidades de financiación suficiente para garantizar su calidad y sostenibilidad. Actualmente, de los 34 nuevos centros de referencia pendientes de designación, al menos cinco patologías de baja prevalencia están entre las candidatas para ser tratadas en ellos.

Los CSUR, financiados a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, garantizarán la mejor asistencia posible y el mayor nivel de especialización en cada patología. Asimismo, asegurará la igualdad en el acceso de todos los ciudadanos, con independencia de la comunidad autónoma en la que vivan. Además durante la presentación de dichas propuestas en la Asamblea de Madrid el pasado 23 de enero, Justo Herranz, portavoz de FEDER Madrid, destacó que “ha de impulsarse la investigación en enfermedades raras a través de los centros, servicios y unidades de referencia”.

“Potenciar la investigación, tratamiento, diagnóstico y conocimiento de estas enfermedades, que afectan a tanta gente, debería convertirse en una prioridad”, añade la Dra. Calles. Desde la SEN llevan varios

años reivindicando la necesidad de crear centros de referencia para el tratamiento de estas enfermedades, así como aumentar los recursos destinados a la investigación y formación de estas patologías.

A este respecto, el Dr. Ignacio Blanco, miembro del comité de expertos encargados de diseñar los criterios de designación de centros y unidades de referencia, ha valorado positivamente el proceso de acreditación que se sigue para designar a los CSUR -Centros, Servicios y Unidades de Referencia-, pero solicitó que “había que ir más deprisa y sobre todo, no pararse”.

Por su parte, la Dra. Inmaculada Calvo, jefe de sección de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, ha destacado la importancia de la financiación para la investigación en enfermedades raras, ya que “desempeña un papel esencial en la mejora de la salud y la prosperidad, permitiendo el desarrollo y la optimización del uso de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas”.

En el caso de las enfermedades pediátricas, “la investigación clínica es más difícil” que en el caso de los adultos, por lo que “el profesional debe saber, además de los conocimientos de la enfermedad, reconocer los síntomas guía de las patologías, conocer la exploración física necesaria, utilizar los recursos disponibles para el diagnóstico y el manejo correcto de los tratamientos actuales de las enfermedades porque todo ello hará que se desarrolle la sensación de seguridad en el paciente y el entorno familiar”. Otra de las peticiones de FEDER es que se establezca y publique la ruta de derivación para garantizar la efectiva atención de las familias con afectados por estas patologías en cualquier punto de la geografía española.

También se insta a incluir en la Estrategia Nacional de ER las propuestas e indicadores del Informe EUROPLAN, a fin de mejorar su incidencia real en la atención de las personas con ER y que se establezcan en todas las comunidades autónomas unida-



des de información y atención general a las personas con estas enfermedades a fin de garantizar la atención real y efectiva de todos los afectados por ER, eliminando las graves situaciones de desigualdad existentes hoy en día.

Los últimos ruegos trasladados por FEDER al Gobierno de Madrid son que se utilice la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, permitiendo liderar al IMSERSO la homogeneización de los criterios de valoración a la discapacidad cuando haya que valorar las enfermedades raras en las distintas autonomías, y que se impulse la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en los centros ordinarios incorporando recursos educativos y de asistencia sanitaria necesarios aunque se necesite para ello crear protocolos entre centros educativos y hospitales.

Huérfanos del sistema sanitario

Huérfanos del sistema sanitario, así es

como se sienten las personas con enfermedades poco frecuentes según reveló el Primer Estudio ENSERio. Prácticamente la mitad de los afectados por enfermedades poco frecuentes en España se ha visto obligado a viajar en busca de diagnóstico o tratamiento, debido a que no existe un sistema adecuado a sus necesidades.

Por este motivo, otra de las iniciativas de FEDER ha sido presentar un modelo sanitario que podría frenar el grave retraso en el diagnóstico en enfermedades raras, que en un 20 por ciento de los casos llega hasta los 10 años. Para solventar esta problemática, gracias al apoyo de la Fundación Especial Caja Madrid, la federación plantea crear un modelo que no se basa en generar nuevos recursos, sino en maximizar los que ya existen a través de una correcta coordinación.

En el Estudio ENSERio2, promovido por FEDER, la Fundación Especial Caja Madrid y la Fundación ONCE, se plantea un modelo sanitario para la atención a las personas

con enfermedades raras en las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana, Extremadura y Comunidad de Murcia.

“Planteamos un proyecto de 'cambio social' para restablecer el principio de igualdad de oportunidades que, como ciudadanos de plenos derechos, le corresponden a las personas afectadas con una enfermedad poco frecuente y a su familia, a través de la adaptación del modelo sanitario en las diferentes autonomías”, explica Claudia Delgado, directora de FEDER. La Federación comprendió que hacía falta lanzar un nuevo proyecto “para luchar por la transformación de esta dura realidad”, añade Delgado.

Concretamente, el primer Estudio ENSERio ponía de manifiesto que las personas con enfermedades poco frecuentes se sienten aisladas y en muchos casos fuera del SNS. La falta de información existente dificulta su diagnóstico, los tratamientos y provoca un largo peregrinaje por la geografía espa-



PRIORIDADES

El colectivo de personas con ER solicita que la Administración pública exprese su compromiso, solidaridad y responsabilidad a través de la publicación de un Plan de Trabajo basado en las siguientes prioridades:

1 Que las Enfermedades Raras, siendo enfermedades crónicas y de interés prioritario en salud pública, tengan un marco jurídico administrativo que garantice la protección de los derechos (sociales y sanitarios) de las personas.

2 Que se exima del copago a las familias con ER.

3 Que se impulsen medidas concretas para asegurar el acceso en equidad a medicamentos de uso vital para las familias con ER (Medicamentos huérfanos, medicamentos coadyuvantes, productos sanitarios y cosméticos).

Para ello se insta a establecer una partida específica en el fondo de cohesión del SNS para los medicamentos huérfanos (MHU) de manera que se garantice el acceso equitativo a estos tratamientos en las distintas CC.AA.

También se pide que la medicación coadyuvante en ER tenga, a efectos de financiación, la consideración de medicación crónica, para estos enfermos. En caso de fármacos no financiados por el SNS, serán reembolsados en condiciones similares a la de los medicamentos para uso de enfermos crónicos. Es decir, productos con cíceros o punto negro.

Asimismo se pretende que la nutrición enteral, parenteral, apósitos, vendas, etc. y elementos de ortoprótesis sean gratuitos para estos pacientes. Además de que se vuelva a incluir en el SNS los medicamentos necesarios excluidos por la Reforma sanitaria 2012.

4 Que se publique el Mapa de los Expertos/Unidades de Referencia en ER que existen en España.

5 Que se acrediten al menos 10 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para ER en el Sistema Nacional de Salud en 2013, dotando a estas unidades de financiación suficiente para garantizar su calidad y sostenibilidad.

6 Que se impulse la investigación en ER a través de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia.

7 Que se establezca y publique la ruta de derivación para garantizar la efectiva atención de las familias con ER, en cualquier punto de la geografía española.

8 Que se establezcan en todas las CCAA Unidades Multidisciplinares de Información, Seguimiento, Control y Atención General a las personas con ER, a fin de garantizar la atención real y efectiva de todos los afectados por ER, eliminando las situaciones de desigualdad existentes hoy en día.

9 Que se incluyan en la Estrategia Nacional de ER las propuestas e indicadores del Informe EUROPLAN, a fin de mejorar su incidencia real en la atención de las personas con ER.

10 Que se garantice la atención a las personas con ER que requieran su traslado a otro estado miembro, cuando sea preciso, a través de la Directiva de Movilidad Sanitaria Transfronteriza.

11 Que se utilice por parte del Gobierno Español la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, liderando el IMSERSO la homogeneización de los criterios de valoración a la discapacidad en las ER en las CCAA.

12 Que se impulse la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales (ER) en los centros ordinarios, incorporando recursos educativos y de asistencia sanitaria, y se fomente la creación de protocolos de actuación conjunta entre centros educativos y hospitales.

13 Que se asegure la inclusión laboral mediante la flexibilización de los horarios, la adaptación de las condiciones laborales y de la ubicación del puesto de trabajo.

ñaola en busca de respuestas y recursos que con frecuencia no existen, o son muy difíciles de encontrar. Según el informe, la mitad de los afectados ha tenido que viajar en los últimos dos años fuera de su provincia a causa de su enfermedad. Además, se estima que el 40 por ciento de los pacientes se ha desplazado hasta más de 5 veces fuera de su provincia para recibir diagnóstico o tratamiento. Aún así, la primera preocupación de las personas con enfermedades poco frecuentes, en los últimos informes realizados por la Federación, es la denegación de la derivación a otras CCAA.

La consecuencia del peregrinaje es inmediato: “retrasos diagnósticos inaceptables, diagnósticos equivocados y la aplicación de tratamientos, en algunos casos nocivos, agravado por el empobrecimiento que ocasionan los numerosos desplazamientos, que en la mayoría de los casos se deben costear ellos mismos. Todo esto implica un alto impacto familiar, psicológico y económico”, señala Claudia Delgado.

El primer Estudio ENSERio afirmaba que el promedio de tiempo estimado que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas hasta la consecución del diagnóstico es de casi 5 años, mientras que para el 20 por ciento de los afectados esta demora supera incluso los 10 años. Sin embargo, además de la obtención de un diagnóstico correcto, otro de los motivos principales del peregrinaje médico es la obtención de una terapia adecuada. Y precisamente, en el acceso a esta terapia se halla otro de los grandes obstáculos que el Estudio ENSERio pone de manifiesto, “ya que el importante coste de dichos medicamentos y productos no siempre están cubiertos por la Seguridad Social”.

De esta forma, el informe indica que para el 36 por ciento de los afectados la cobertura de los productos sanitarios por parte de la Sanidad pública es escasa o nula”, señala la directora de FEDER. “Hay familias que tienen que asumir un alto impacto económico a causa de la enfermedad, llegando a costear de 500 a 700 euros al mes destina-

dos a la patología”, confirma la presidenta de FEDER.

Mejorar lo presente

El estudio se ha centrado en el desarrollo de un modelo de organización y actuación de los servicios sanitarios para mejorar la atención a personas con enfermedades raras.

El modelo pretende dar respuesta a la demora en el proceso diagnóstico, a la especialización de determinados servicios o profesionales clave, al acceso a centros de atención o servicios de referencia especializados en entornos más cercanos, a falta de información que produce sensación de inseguridad, angustia e incertidumbre, así como desorientación y desafección hacia el sistema sanitario. Se quiere también paliar los problemas buro-

cráticos con demora de los procesos administrativos y en los ámbitos de gestión de los sistemas sanitarios.

Igualmente habría que resolver otras trabas como la falta de protocolos y modelos de atención y/o derivación a especialistas, además de las dificultades económicas para acceder a tratamientos, medicamentos y materiales no costeados por la Seguridad Social.

A partir de la información disponible y de la experiencia desarrollada en diferentes instituciones y con la colaboración de asociaciones, especialistas, administración sanitaria y empresas, el Estudio ENSERio2 se ha orientado a reconocer los recursos del sistema sanitario clave en relación con las necesidades identificadas y establecer pro-

tos de actuación orientados a la mejora de los servicios, con el objetivo último de maximizar los recursos, mediante su correcta coordinación eficaz. “No se propone la creación de nuevos recursos, sino el aprovechamiento de los existentes”, asegura Delgado.

Los protocolos de actuación que propone el estudio han sido consensuados mediante grupos de trabajo formados por personas con enfermedades raras, familiares, profesionales de las delegaciones regionales de FEDER y profesionales y técnicos de la Administración en cada una de las CCAA de referencia.

Como principal resultado, se ha obtenido una serie de protocolos a partir de los cuales es posible ordenar los servicios sanitarios por comunidades autónomas para ofrecer un servicio con mejor integración y coordinación. El diseño se ha obtenido a partir de la experiencia de las comunidades autónomas que han destacado por haber realizado ya actividades en este ámbito.

Una de las demandas de FEDER es que se establezca y publique una hoja de derivación para garantizar la efectiva atención a los enfermos y sus familiares





REPORTAJE

Enfermedades poco frecuentes, más visibilidad, apoyo e investigación

Los diferentes modelos se han desarrollado a partir de una propuesta básica de consenso, con tres elementos fundamentales:

1. Una zona de diseño, estrategia y evaluación, cuya función principal consiste en el establecimiento de prioridades en función de la información disponible.
2. Una unidad coordinadora, que pone en conexión las prioridades estratégicas y los recursos disponibles, con el apoyo de las organizaciones de apoyo a pacientes, los especialistas y centros de referencia.
3. Una zona de intervención, donde se ejecutan las actividades de atención sanitaria, tanto primaria como especializada, y se recoge la información sobre nuevas necesidades.

Compromiso e inversión rentable

Volviendo al tema de la investigación y los recursos, los expertos insisten en señalar que se invierte poco en prevención e investigación, pero a largo plazo el dinero invertido es rentable porque evita costosas actuaciones médicas y la asistencia a los pacientes durante años si se puede evitar la progresión de la enfermedad.

Se sabe que los medicamentos huérfanos, que sirven para diagnosticar, prevenir o tratar afecciones poco frecuentes, son fármacos de corte biotecnológico que requieren una alta inversión para un uso reducido. Pero los profesionales médicos y los farmacéuticos también reiteran la necesidad de incrementar las ayudas sociales y a la investigación en estas patologías.

En este sentido, desde la perspectiva del ámbito farmacéutico, el Dr. José Luís Poveda, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), denuncia los problemas con la comercialización de medicamentos huérfanos. Tal y como afirma, “el 68 por ciento de los más de 1.100 tratamientos presentados ante la Agencia Europea del Medicamento (EMA) recibieron opinión favorable, pero al cabo de diez años sólo se había comercializado el 8 por ciento”.

En el caso de España, añade, “más del 38 por ciento de estos medicamentos no se comercializan porque no tienen asignado un precio”. Aún así existen muchas compañías implicadas en el desarrollo de este tipo de fármacos para tratar las diferentes patologías poco frecuentes.

Por su parte, la UE está tomando un papel activo en la regulación de medicamentos huérfanos con el objetivo de incentivar la investigación en enfermedades raras. De hecho, el número de designaciones de medicamento huérfano ha subido en los últimos años exponencialmente en este continente, con 107 en 2011, 148 en 2012 y 150 designaciones esperadas para este año. En cuanto a los problemas de financiación, recientemente la UE ha anunciado que destinará 38 millones para diagnosticar las ER antes de 2020.

Los 38 millones se han concedido en el marco del Consorcio Internacional de Investigación en Enfermedades Raras (IRDiRC) en el que participan más de 4.000 grupos de investigación, centrados en más de 2.100 enfermedades, lo que ha permitido hasta la fecha describir unos 1.800 genes asociados con estas dolencias. De este modo, los investigadores aspiran a compartir qué cambios genéticos o qué combinación de cambios desencadenan cada enfermedad, y poder articular así tratamientos farmacológicos que, por su escaso retorno económico, tienen dificultades para atraer el interés de los grandes laboratorios farmacéuticos.

Aunque advierten de que compartir la información clínica y genética entraña dilemas

éticos y morales, y debe sortear también diferentes legislaciones a nivel de cada país, por lo que serán especialmente cuidadosos con el tratamiento de los datos, que en todo caso deben contar con el consentimiento informado de los pacientes. La inversión se destinará a tres proyectos internacionales que pretenden definir con exactitud el número y características de las ER:

EURenOmics, coordinado por la Universidad de Heidelberg (Alemania) y centrado en enfermedades renales, Neuromics -coordinado por la Universidad de Tübingen (Alemania) y centrado en enfermedades neurodegenerativas y neuromusculares-, y el RD-Connect -coordinado por Newcastle (Reino Unido) y cuyo fin es desarrollar una infraestructura global que permita compartir los resultados de la investigación-

Diversos centros españoles participan en aspectos sectoriales de cada proyecto, entre ellos el Centro Nacional de Análisis Genómico (CNAG), el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y el Instituto de Salud Carlos III de Madrid, entre otros.

El Estudio ENSERio pone de manifiesto que para el 30 por ciento de los afectados por enfermedades raras la cobertura de los productos sanitarios por la Sanidad pública es escasa o nula

En España se investiga

El 68 por ciento de los medicamentos huérfanos presentados a la EMA recibieron una opinión favorable, pero al cabo de diez años sólo se había comercializado el ocho por ciento

Además, más allá de estas colaboraciones internacionales, nuestro país sigue en la brecha a pesar de la crisis. Sin ir más lejos, la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO) cuenta con Grupo de Trabajo de

Enfermedades Raras que está compuesto por 19 empresas, tres fundaciones, un instituto de investigación, el CIBERER y el CIBERBBN que analiza las implicaciones del sector en la lucha contra estas patologías y pide un papel más activo y de colaboración en la



puesta en marcha y renovación de la Estrategia en Enfermedades Raras en el Sistema Nacional de Salud 2011/2012.

Para ASEBIO es de vital importancia la creación de un presupuesto nacional, y no regional, como ya existe en otros países de la Unión Europea, para facilitar el acceso a los medicamentos huérfanos; establecer requerimientos comunes que sean cubiertos en todas y cada una de las regiones, y garantizar la equidad en el acceso universal a una atención socio-sanitaria de manera justa y solidaria para todos los afectados.

Además, a finales del año pasado, ASEBIO solicitó incluir en los Presupuestos Generales del Estado de este año, declarado Año Nacional de las Enfermedades Raras, incentivos fiscales para las empresas que investigaran tratamientos para enfermedades raras, aunque la propuesta no fue tenida en cuenta por el Parlamento.

En este sentido, ASEBIO ha trasladado al

Gobierno la importancia del proyecto International Rare Diseases Research Consortium (IRDirC), en España liderado por el Instituto de Salud Carlos III, y su necesario acceso a todos los agentes, así como la mejora de la llegada al mercado de medicamentos huérfanos.

Esta alianza público-privada tiene como objetivo contar con 200 nuevas estrategias terapéuticas y 200 diagnósticas en 2020 y constituir registros probables

CISNS y enfermedades raras

El pasado 21 de marzo se tenía lugar una reunión del Consejo Interterritorial del SNS, el primero del Año Nacional de las Enfermedades Raras. En él se acordaba el procedimiento para la recogida de información para la elaboración del mapa de recursos de unidades de experiencia en estas patologías. La ministra y los consejeros de Sanidad definían un listado inicial de enfermedades y, para cada una de ellas, se reco-

gerá, por hospital, el número de casos atendidos el año pasado, desagregados por edad, sexo y comunidad autónoma ■

Documentación y fuentes

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Federación Española de Enfermedades Raras. FEDER.
3. Sociedad Española de Neurología. SEN.
4. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. SERPE.
5. Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Enfermedades Reumáticas. ASPANIJER.
6. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras.CIBERER.
7. Asociación Española de Bioempresas. ASEBIO.
8. EUROPA PRESS.
9. EL MÉDICO INTERACTIVO.



**ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN**

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

**El Médico.
Interactivo**

LA SANIDAD DÍA A DÍA

**ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN**



Los especialistas en activo
no suelen tener
**experiencia
pericial**
y los peritos con experiencia
no suelen ejercer su especialidad



Luis Bernaldo

Perito médico. Director médico del Área de Responsabilidad
Profesional Sanitaria de PROMEDE
(Profesionales de la Medicina y la Empresa)

Texto y fotos | Ana Montero



PERFILES MÉDICOS

Luis Bernaldo

“Los especialistas en activo no suelen tener experiencia pericial y los peritos con experiencia no suelen ejercer su especialidad”

Hablar de peritaje médico es hablar de imparcialidad; de rigor científico; de objetividad; de fiabilidad y veracidad. En este sentido, el perito, como profesional que analiza los siniestros de aquella especialidad o área de la Medicina que domine, es siempre un auxiliar de la Justicia y, por tanto, su función es la de ayudar a comprender la actuación médica que se pone en cuestión y a decidir si ha sido o no adecuada a las normas del correcto proceder médico. Además, puesto que la Medicina avanza, el perito debe ser especialista en activo de la materia que concierne al caso y actualizarse constantemente en su formación. Con el fin de sintetizar los valores y pautas que deben orientar la actuación de los peritos médicos, PROMEDE (Profesionales de la Medicina y la Empresa) ha redactado un decálogo para unificar criterios y así conseguir que los informes sean cada vez mejores, incrementando su eficacia y la garantía de sus resultados. Un reglamento que como asegura el director médico del Área de Responsabilidad Profesional Sanitaria de esta empresa pericial, el Dr. Luis Bernaldo, servirá para unificar los criterios de los peritos y orientar a los nuevos profesionales de esta área con el fin de que su trabajo se desarrolle en la dirección correcta.

¿En qué consiste exactamente el trabajo de un perito médico?

La actividad médica sólo puede ser analizada por médicos y ni el juzgador ni los letrados poseen los conocimientos suficientes para comprender por sí mismos si la actuación de un profesional de la Medicina ha sido o no correcta. En consecuencia, necesitan de un experto en esa materia que

les ayude en esa labor. Así, el perito médico es un auxiliar de la Justicia. Su misión no es otra que la de ayudar al juzgador y, naturalmente, al abogado que requiere de sus servicios, a concluir si la actuación médica en litigio se ha desarrollado de conformidad con las normas establecidas por la ciencia médica y a comprender el porqué de esta conclusión, o bien a ayudarles, en su caso, a valorar el daño que

en lo referente al ámbito médico, ha podido sufrir una persona como consecuencia de cualquier situación que comprometa su integridad física y psíquica.

¿Cuáles son sus principales ámbitos de actuación?

La pericia médica tiene cabida en cualquiera de los ámbitos de la actividad jurídica.



Tanto en los ámbitos penal y civil, en los que se dirige la responsabilidad de una actuación médica en relación con un resultado lesivo ocurrido como consecuencia de esa actuación, como en el ámbito contencioso-administrativo en el que sustancia la responsabilidad de las administraciones sanitarias en relación con la actividad médica dependiente de ellas. Y también, naturalmente, en los ámbitos competentes en lo que se refiere al daño corporal ocurrido como consecuencia de accidentes y otros eventos lesivos y en el ámbito de lo social al que corresponden las enfermedades y los accidentes laborales y las situaciones de incapacidad. Puede decirse que allí donde se sustancia un litigio que tenga alguna relación con un daño a la integridad del organismo humano, la actuación de un perito médico es imprescindible.

¿Cuáles son los casos de peritaje más frecuentes con que se encuentra?

Por especialidades médicas los casos más frecuentes corresponden sin duda a Traumatología, Obstetricia, Medicina de Urgencias y Cirugía. En relación con el ámbito judicial es el contencioso-administrativo el que más casos aporta actualmente, aunque no es posible predecir cómo va a evolucionar esto en el futuro, a la vista de los cambios introducidos en este ámbito.

Junto a usted, ¿qué otros profesionales intervienen y cuál es su labor?

Nuestra pretensión, en Profesionales de la Medicina y la Empresa (PROMEDE) es unir en la elaboración del informe pericial a un experto en pericia médica capaz de enfocar el caso y redactarlo de forma que sea comprensible por sus destinatarios y un especialista en la materia sobre la que versa la actuación médica, que aporte su experiencia y su conocimiento del estado actual de la ciencia en ese ámbito. De esa forma el caso goza de una sólida base

científica y de una orientación pericial adecuada. Claro que, en muchas ocasiones, no es precisa esa duplicidad bien porque el experto en pericia médica es al tiempo especialista en la materia de interés, bien porque el especialista tiene suficiente experiencia pericial como para no precisar de una orientación en ese sentido.

¿Cuál deber ser la fórmula de colaboración idónea entre un médico perito y un abogado?

La relación entre el perito y el abogado

que solicita el informe debe basarse sobre todo en la confianza. El abogado debe saber que el perito le va a informar siempre con objetividad y ateniéndose escrupulosamente a la veracidad de los hechos, tanto si beneficia a sus intereses como si los perjudica. De esa forma sabrá siempre cuáles son sus expectativas ante un eventual procedimiento y pisará un terreno firme a la hora de decidir su forma de actuación. Debe ser también fluida de forma que el abogado obtenga del perito todas las explicaciones que precise para comprender el porqué de las conclusiones del informe. Y, además, debería iniciarse, idealmente, desde el primer momento. En el caso del abogado de la parte actora antes de que inicie el procedimiento, para que sepa si merece o no la pena iniciarlo y en el caso del abogado que defiende al demandado antes de que conteste a la demanda para contar con argumentos médicos al redactarla o, en su caso, para procurar un acuerdo extrajudicial rápido en caso de que el informe haya sido negativo.

¿Cuál es la formación que ha de tener el profesional en este entorno? ¿Cuál es el nivel de formación de los peritos médicos españoles?

Idealmente el perito debe reunir una formación sólida en la especialidad sobre la que trata el caso en el que ha de peritar y una experiencia en pericia médica. Claro que los especialistas en activo (los más cualificados para analizar una actuación médica concreta) no suelen tener experiencia pericial y los peritos con experiencia no suelen ejercer su especialidad. Es por eso que en PROMEDE intentamos resolver este problema encargando el informe a un director de informe, experto en pericia, y a un especialista consultor que trabajen en equipo aportando cada uno sus conocimientos y su experiencia en cada una de las dos áreas. En cuanto al nivel de formación de los peritos españoles es en general buena en uno de esos dos campos. Pero no es tan frecuente encontrar peritos con formación adecuada en ambos campos a la vez. Los que han adquirido experiencia pericial dejaron muchas veces de ejercer su especialidad y los que ejercen su especialidad suelen estar volcados en ella y carecen de experiencia pericial suficiente. Por eso en PROMEDE tratamos de unir a ambos especialistas.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria?

Naturalmente, además de la formación estrictamente médica, se requiere una experiencia pericial que ayude a enfocar el caso y explicarlo de forma que lo puedan entender las personas ajenas a la Medicina que

han de leerlo y utilizarlo.

El perito debe reunir una formación sólida en la especialidad sobre la que trata el caso en el que ha de peritar y una experiencia en pericia médica

¿Hay suficientes peritos médicos en España? ¿Cuáles son los retos a nivel profesional?

El término suficiente es siempre relativo. Hablando en términos absolutos puede decirse que hay muchos peritos médicos, al menos a tenor de los listados de los Colegios de Médicos. Pero no podría decirle si son suficientes. Sin embargo, en determi-



PERFILES MÉDICOS

Luis Bernaldo

nadas especialidades, el número de peritos es escaso (a veces muy escaso y claramente insuficiente) de forma que cuesta mucho encontrarlos.

¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la profesión?

La fuerza de la pericia radica en su fiabilidad. El perito fiable, el veraz, el objetivo, el que nunca pretende juzgar la actuación sino analizarla desapasionadamente, el que no pretende defender los intereses de la parte que le contrata y se limita a examinar la actuación a la luz de la *lex artis*, acaba ganándose la confianza y el respeto de abogados y juzgadores. La debilidad principal de la pericia radica en que algunos peritos (afortunadamente cada vez menos) han incumplido sistemáticamente con estas exigencias, lo que ha llevado a la consideración del perito de parte como perito parcial, prejuicio que perjudica a los que sí cumplen con ellas.

¿Cuál es la responsabilidad profesional del perito médico? ¿Y desde un punto de vista deontológico?

El perito es responsable de que su informe esté disponible antes de que se cumpla el plazo de su representación; de no tenerlo en ese momento su cliente puede demandarle indemnización por el perjuicio causado por el incumplimiento de su función. Es responsable, por supuesto, de acudir a la citación judicial a efectos de ratificación de su informe. Y, desde el punto de vista deontológico su informe y su ratificación deben atenderse a los principios de veracidad y objetividad, tal y como exige la Ley de Enjuiciamiento Civil en su artículo 335.

En el desarrollo de su actividad entran en juego aspectos como el secreto profesional, el acceso a la información sanitaria de un paciente o el hecho de que no exista una historia clínica unificada, ¿el



marco legislativo que regula la actividad de su profesión es el idóneo para que ésta se desarrolle de forma correcta?

Naturalmente el perito está sometido al secreto profesional. Nada de lo que tenga conocimiento en relación con el caso objeto de su pericia puede divulgarse y sus responsabilidades en este sentido son las mismas que las de cualquier otro. Dispone de la documentación que le es facilitada por el juzgado o por la parte que le encarga el informe, con la condición del mantenimiento del secreto sobre su contenido. Desde luego el marco legislativo actual es suficiente para el desarrollo de la pericia.

¿Cómo debe ser un buen informe pericial? ¿Qué debe y no debe recoger?

Un buen informe pericial debe ser comprensible por personas ajenas a la Medicina. Debe ser más un ejercicio de

divulgación que de erudición. Debe contemplar todos los aspectos del caso, tanto si benefician como si perjudican a cualquiera de las partes. Debe contener sólo los datos y las explicaciones de interés para el caso, evitando así que sea innecesariamente extenso. Y, desde luego, nunca debe contener valoraciones subjetivas, juicios infundados, descalificaciones o ala-

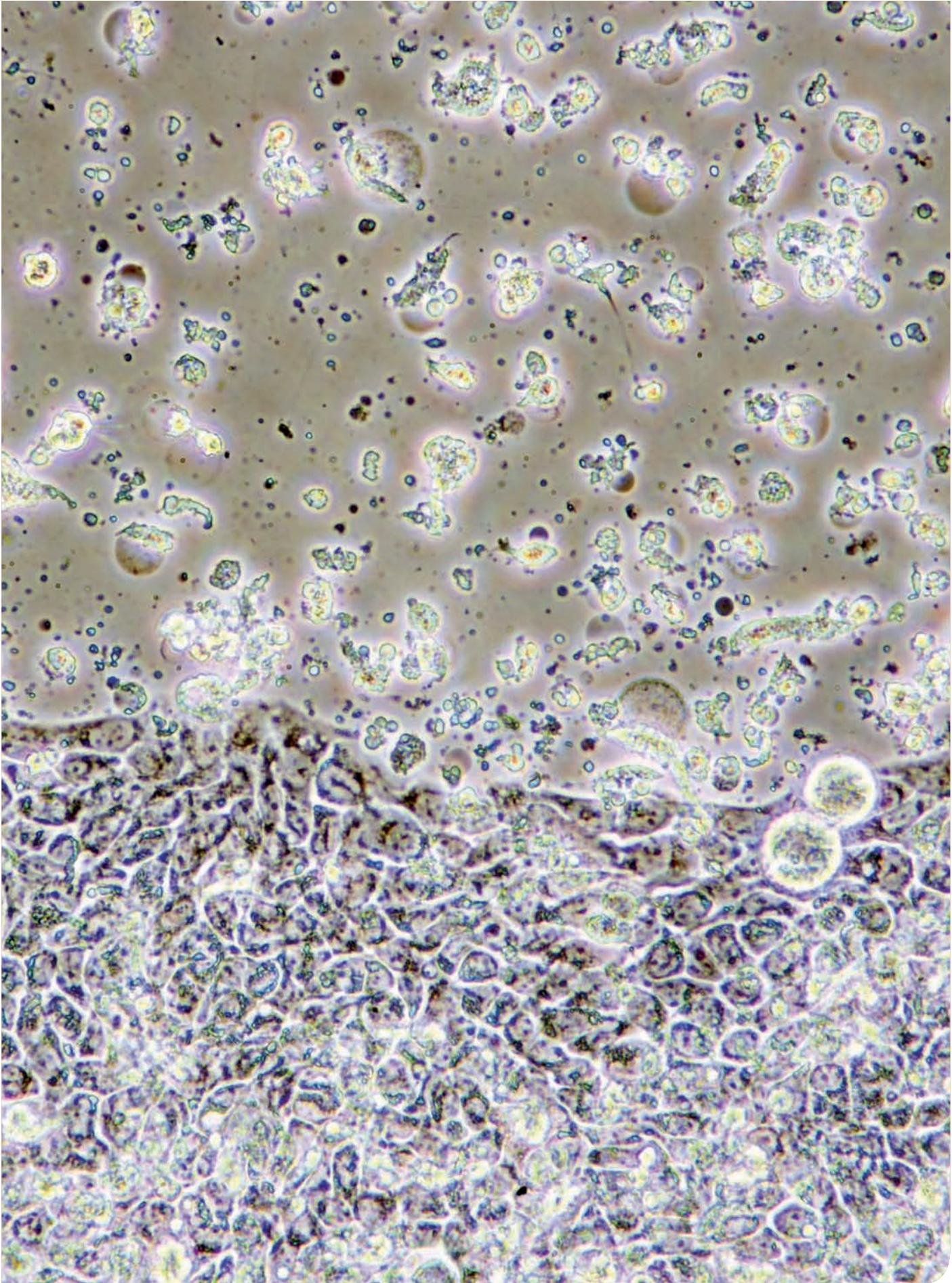
banzas ni opiniones sobre los aspectos jurídicos del caso que no son competencia del médico. En resumen: debe ser claro, veraz, imparcial, objetivo y estar fundado exclusivamente en bases médicas sólidas.

En el ámbito de la Medicina pericial, ¿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 pericial?

Lamento no poder responder a esa pregunta, pero no soy un experto en la actividad pericial comparada. Hay que tener en cuenta que el perito desarrolla su actividad en su propio país y, por tanto, no hay mucha relación entre peritos de diferentes países. Tengo la impresión de que los peritos españoles tienen un buen nivel, pero esta impresión está basada en un conocimiento muy parcial del tema, por lo que no pasa de ser una opinión personal no ratificada.

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿en qué medida están afectando los recortes al ejercicio de su profesión?

No tengo datos globales al respecto. Mi impresión es que, de momento, la crisis no ha afectado significativamente a nuestra actividad o, al menos, sus efectos todavía no se han hecho patentes; pero no estoy seguro de que esto vaya a seguir así. Vamos a ver cómo evolucionan las cosas este año ■



El futuro,
presente ya,
en Oncología se llama

Medicina Personalizada

Hace poco hemos celebrado el Día Mundial contra el Cáncer, una conmemoración que al tiempo que recuerda a los pacientes sirve a los especialistas para hacer una radiografía actualizada de la situación oncológica en España. En 2013, el lema elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido “Destapando los mitos e ideas erróneas frente al cáncer”. Aprovechando la repercusión mediática del día, desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se ha insistido en la necesidad de continuar con la implantación en nuestro país de los avances en el tratamiento contra el cáncer a pesar de la crisis económica, puesto que en las últimas décadas estos avances han supuesto un significativo incremento en las posibilidades de curación de muchos tipos de tumores y en los tiempos de supervivencia posteriores al tratamiento. Sobre el futuro en Oncología los expertos dejan claro que se llama Medicina Personalizada.

Texto | Nekane Lauzirika



El cáncer afecta a todas las personas –niños, jóvenes y viejos, ricos y pobres, hombres y mujeres– y representa una carga enorme para los pacientes, las familias y la sociedad. Es una de las principales causas de defunción en el mundo, sobre todo en los países en desarrollo. No obstante, hoy día muchas de esas muertes se pueden evitar o como mal menor dilatar en el tiempo. Más del 30 por ciento de los cánceres se pueden prevenir con un modo de vida sano, o mediante inmunización contra las infecciones víricas que los causan (VHB, PVH); otros pueden ser detectados tempranamente, tratados y curados. Y en último término, incluso cuando el cáncer se encuentra en fase terminal, es posible aliviar el sufrimiento, que no es poco.

El cáncer continúa siendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestra sociedad, y en el subconsciente colectivo su anuncio se toma mayoritariamente como casi funesto presagio. Es por esto que los avances en investigación, la necesidad de una mayor y mejor información sobre la enfermedad, la creación de comités multidisciplinares o la labor de desmitificar la palabra "cáncer", son aspectos de vital importancia que urge analizar al abordar la enfermedad.

En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en España en las últimas décadas han supuesto no sólo un cambio en las alternativas de curación, sino también en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de tumores. Unos avances que, como explican desde la SEOM, si se analizan de forma errónea y de manera aislada, pueden ser cuestionados por su aparente escasa relevancia. "Sin embargo, cada paso, incluso pasito, logrado se va acumulando a los anteriores, lo que está consiguiendo modificar para bien y de forma más que notable el pronóstico y la calidad de vida de muchos pacientes con tumores".

Los especialistas en cáncer subrayan con insistencia que en Oncología cada avance, por pequeño que pueda parecer, cuenta, y es la suma de estos avances la que permite lograr resultados y cambiar la vida de muchos enfermos. Sobre esta realidad las cifras no dejan lugar a dudas: a principios de los 80, la supervivencia a los cinco años vista del diagnóstico apenas superaba el 45 por ciento, mientras que a día de hoy se aproxima al 65 por ciento de los casos. En el cáncer de mama, por ejemplo, el avance ha sido espectacular y en ese tiempo se ha pasado del 70 por ciento de mujeres libres de recaída a los cinco años hasta un 90 por ciento.

El uso de los mejores tratamientos oncológicos es un derecho irrenunciable que no tiene que estar reñido con el empleo racional de los recursos y un mayor celo en la contención del gasto

Estos porcentajes en el Estado español, con más de 200.000 casos nuevos diagnosticados de cáncer al año, suponen que los pacientes vivos después de cinco años del diagnóstico sean 130.000 en lugar de 90.000. "Nada más y nada menos que 40.000 pacientes vivos más que si no se hubieran tenido en cuenta cada uno de estos avances", tal y como apuntan desde la SEOM.

El ejemplo del cáncer de mama

En los años 70 se obtuvieron los primeros resultados que beneficiaban a los pacientes después de recibir tratamiento de quimioterapia tras la cirugía. También en los 70 tuvo éxito el tratamiento hormonal del cáncer avanzado de mama con Tamoxifeno que poco después se comenzó a emplear en estadios precoces de la enfermedad. En la década de los 80, una nueva quimioterapia basada en las "antraciclinas" mejoraba los resultados obtenidos con esquemas previos; y ya a finales de los años 90, combinando la quimioterapia con los "Taxanos", aumentaron aún más los beneficios de las antraciclinas.

El descubrimiento de tipos de cáncer con diferentes perfiles biológicos permitió en la pasada década incorporar anticuerpos



monoclonales al tratamiento de cáncer de mama Her2 positivo, hasta entonces de mal pronóstico por su feroz agresividad. "Además, en estas tres décadas la proporción de cirugías mucho más conservadoras y menos agresivas o la no intervención de la axila, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida de las pacientes, ha sido otro hecho de gran relevancia", recalcan desde la SEOM.

Por su parte, a comienzos del año 2000, más de 1.200 mujeres españolas participaron en un ensayo clínico del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM), que demostró que añadir paclitaxel a la quimioterapia que había entonces se consideraba estándar, conseguía reducir la recaída en la enfermedad de un 6 por ciento de mujeres. Hoy en día, muchos Taxanos, solo en el Estado, evitan más de 500 recaídas al año.



Es sólo un ejemplo de un tipo de tumor, pero hay muchos otros de igual o mayor magnitud y no sólo en estadios precoces. Por esto mismo, los pacientes se muestran preocupados por la repercusión negativa que los recortes en Sanidad puedan tener en los pacientes oncológicos. “La situación actual de recortes en el ámbito sanitario nos obliga a mostrar el posicionamiento de los pacientes respecto a los mismos y a seguir trabajando en la línea de lo recogido en la Declaración de Madrid de los derechos de los pacientes con cáncer”, explica Begoña Barragán, presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC).

Desigualdades en el acceso a los tratamientos

Para Barragán, las medidas de ahorro anunciadas, tanto desde el Gobierno cen-

tral como desde los respectivos gobiernos autonómicos, supondrán un mayor empobrecimiento, un aumento de las desigualdades en el acceso a los tratamientos y una disminución de la calidad de vida, lo que indefectiblemente generará a la larga mayores costes sociosanitarios.

La presidenta del GEPAC se refiere al informe “Aspectos relevantes del RD 16/2012 desde la perspectiva del paciente oncológico”. Entre las medidas analizadas en el informe se encuentra el listado provisional de medicamentos dispensados en las farma-

cias hospitalarias a los que se les aplicará un copago del 10 por ciento, con un máximo de 4,13 euros. “Entre los fármacos incluidos en esa lista provisional se encuentran algunos básicos ampliamente empleados en el tratamiento de distintos tipos de cáncer, como el de mama, de pulmón, de riñón, de próstata, tumores cerebrales y diversos tipos de cánceres hematológicos”, apunta.

En la línea de lo señalado por Begoña Barragán, el oncólogo Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM, también considera que “puede haber un riesgo cierto de que el principio de igualdad de acceso a la atención sanitaria de toda la población se vea afectado por la diferente manera en que las reformas son implementadas por las autoridades sanitarias de cada comunidad autónoma”, afirma, al tiempo que añade: “el uso de los mejores tratamientos oncológicos es un derecho irrenunciable que no tiene por qué estar reñido con el empleo racional de los recursos y el mayor celo posible en la contención del gasto”.

Además del RD 16/2012, los diferentes sistemas de salud autonómicos también están siendo sometidos a planes restrictivos y medidas de ahorro impulsadas por los Gobiernos de cada Comunidad. En este sentido, en marzo de 2011, el consejero de Sanidad de Cataluña, Boi Ruiz, presentó un plan de choque en el que se recortaba un 10 por ciento el presupuesto sanitario

de 2011, lo que supuso el cierre progresivo de camas y la drástica reducción, según explicaron las centrales sindicales, de puestos de trabajo de profesionales sanitarios.

En el GEPAC señalan que las medidas establecidas para el

copago de tratamientos y servicios financiados hasta la fecha por el SNS y en relación al paciente con cáncer, atacan gravemente al colectivo de pacientes en situa-

Hay riesgo de que el principio de igualdad de acceso a la atención sanitaria de toda la población se vea afectada por la diferente manera en que las reformas son implementadas en las CC.AA.



El cáncer en cifras

1. **Las estimaciones de la incidencia** de todos los tumores malignos en mujeres y hombres para 2012 fue de 20.000 nuevos casos más respecto al año 2006. Este incremento fue más destacado en mujeres que en hombres. Para 2013 se prevén aproximadamente 208.500 nuevos casos.
2. **La estimación de la mortalidad** de todos los tumores malignos en mujeres y hombres en 2012 giró en torno a 4.000 muertes por cáncer más que en 2006. En el año 2013 se estima que la mortalidad será cercana a 41.000 en mujeres y 82.000 en hombres.
3. **Entre los años 2006-2012** los cinco cánceres más relevantes fueron: de mama, próstata, colorrectal, de pulmón -que aumentaron de forma general- y el cáncer gástrico, que mantendrá su tendencia descendente.
4. **En mujeres aumentó en 2012** el número de nuevos casos de cáncer de mama, de colon y de pulmón, mientras disminuyeron los cánceres de estómago. En cuanto a los fallecimientos en mujeres por tumores de pulmón se incrementaron en 1.300 entre el año 2006-2012. En cuanto al cáncer de mama, la subida de mortalidad ha sido discreta. Los fallecimientos por cáncer colorrectal se reducen en 200 casos, así como también disminuyen las muertes producidas por el cáncer de estómago.
5. **En hombres, previsiblemente también aumentará** el número de nuevos casos de cáncer de colon y se diagnosticarán más casos de cáncer de próstata. Sin embargo, se espera que el de pulmón y el gástrico disminuyan discretamente.
6. **Fallecimientos en varones.** Sólo crecen en 2012 respecto a 2006 los provocados por cáncer colorrectal. Las muertes por cáncer de próstata han sido similares mientras se reducen las debidas al cáncer de pulmón y gástrico.

ción grave y ponen en riesgo su salud. “Una parte de los tratamientos que se incluyen en el listado de fármacos dispensados en la farmacia hospitalaria propuestos para copago son quimioterapia, medicamentos que los pacientes con cáncer tenemos que tomar necesariamente, ya que en muchos casos de ellos depende nuestra vida”, subraya Barragán.

El oncólogo Juan Jesús Cruz no es tan pesimista ante los tratamientos que precisan los pacientes de cáncer. “Espero que los tijeretazos económicos no incidan en las terapias. En lo que sí pueden repercutir es en las campañas de prevención. Ahora hay menos posibilidad de hacerlas, están más restringidas. Es un error grave. Es claro que las campañas de prevención políticamente dan sus beneficios al cabo de 20 años, y como tenemos unos políticos sani-

tarios cortoplacistas que sólo piensan en tres o cuatro años, pues no las ponen en marcha”, reconoce el jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

La importancia de la prevención

Esta opinión camina de la mano de la mayoría de los especialistas en Oncología, que hacen especial hincapié en la prevención del cáncer, tanto en la primaria como en la secundaria. “Hay que evitar los factores de riesgo. Esto es fundamental. Si hace 25 años -cuando salió el código de buenas prácticas contra el cáncer- todos hubiéramos dejado de fumar, tendríamos un 80 por ciento menos cáncer de pulmón. Esto es un porcentaje impactante: por eso hay que fomentar el cribado para el diagnóstico precoz cuando la enfermedad no pre-

senta síntomas”, exclama Cruz, al tiempo que se refiere también a la prevención secundaria. “En Europa se recomiendan tres cribados, a saber: el de mama, cérvix uterino y cáncer de colon. Los dos primeros en España están institucionalizados, sin embargo, desde que se recomendó en el 2003 la realización del screening de colon, unas comunidades lo tienen y otras no. Actualmente sólo un 17 por ciento de la población española está cubierta con el programa de prevención de este cáncer. Nunca nos cansaremos de pedirla para todos, porque con esta sencilla prueba se rebajaría la mortalidad por este cáncer entre un 60-70 por ciento”, explica didácticamente.

Por su parte, desde el Ministerio de Sanidad se apuesta por los cambios de costumbres para prevenir el 40 por ciento de los cánceres. Es claro que adoptando unos hábitos de vida saludables, evitando la obesidad y el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, los pronósticos mejoran ostensiblemente. Sobre esto mismo ha hecho hincapié la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) que, además, alerta de que el uso de suplementos alimenticios en pacientes con cáncer puede resultar contraproducente, aumentando el riesgo de determinados cánceres.

Participación de los profesionales

Las recientes decisiones de los gestores del sistema público de salud están generando un descontento social y una situación de incertidumbre en los pacientes, aseguran desde el GEPAC. Desazón primero soterrada, pero ahora claramente manifiesta, sobre cómo están afectando las medidas anunciadas a los profesionales sanitarios, para quienes, como reconoce el doctor Cruz, muchas de las nuevas decisiones de gestión han supuesto un incremento notable en las cargas de trabajo: aumento de horarios laborales, reducción de plantillas, amortización de plazas de profesionales jubilados... actuaciones político-administrativas que pueden suponer una pérdida de la calidad de la actividad e indudablemente una desmotivación de los profesionales.

Por este motivo, como apunta Begoña Ba-

ragán, desde el Grupo Español de Pacientes con Cáncer han pedido a los responsables de la gestión sanitaria que cuenten con la participación de los profesionales sanitarios y con la opinión de los pacientes para que el desarrollo de medidas de ahorro esté consensuado socialmente.

En esta misma línea, la Fundación ECO, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) presentaron recientemente las propuestas del documento Por una atención oncológica de calidad. El valor de la innovación. Entre las recomendaciones citan la necesidad de publicar los resultados en cáncer de los centros y asignar presupuesto específico para la innovación oncológica, propuestas para que los pacientes

accedan a ella de forma rápida y equitativa. Otras importantes propuestas fueron: separar la gestión económica de la clínica, reconocer y acreditar a los grupos cooperativos de investigación oncológica, estandarizar comités interhospitalarios y crear un subgrupo parlamentario que vigile los derechos de las personas con cáncer

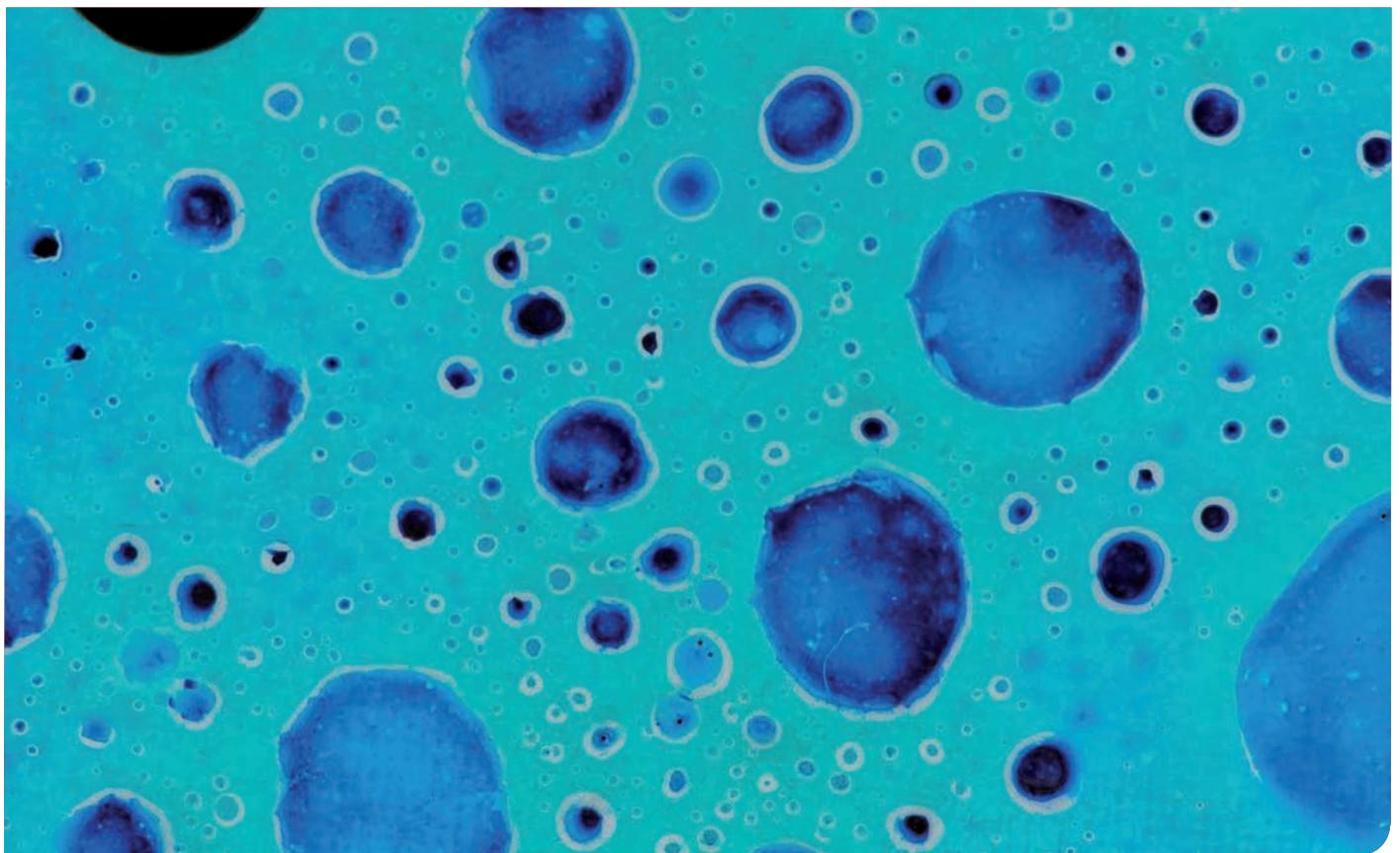
La investigación traslacional

En las expectativas a corto plazo de lucha contra el cáncer, el oncólogo del Hospital Universitario de Salamanca quiere referirse a los biomarcadores como otro paso de avance. “En el momento que conozcamos las dianas terapéuticas que van contra una alteración concreta podremos determinarla mejor y de este modo la efectividad del tratamiento será exponencial. Además del

beneficio directo contra el cáncer, el paciente saldrá ganando enormemente al evitarse muchas toxicidades colaterales del tratamiento. Sin olvidar que el ahorro también será destacable, pues el objetivo es tratar a quien hay que tratar en lo que necesita y evitar hacerlo a quien no lo necesita”, subraya Cruz. “Estamos obteniendo dianas para tratamientos específicos en cáncer de pulmón, para melanomas, etc. El futuro en Oncología es sin duda ninguna la Medicina Personalizada”, añade rotundo.

Es esta misma línea se manifiestan los expertos del Grupo TTD. En el último Congreso Internacional sobre Tumores Digestivos celebrado en Granada dejaron claro que la Oncología moderna tiene que ir de la mano de los aspectos moleculares que tiene el cáncer. Las decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, requieren de un laboratorio de Biología molecular en beneficio del cuidado del paciente oncológico. La investigación traslacional es hoy un elemento fundamental en el progreso de la Oncología y en el desarrollo de lo que se denomina “fármacos dirigidos frente a dia-

Los tijeretazos en Sanidad pueden repercutir en las campañas de prevención. Ahora están más restringidas porque los beneficios no se ven antes de 20 años y nuestros políticos gestores de la Sanidad son bastante cortoplacistas





Conclusiones de la Conferencia sobre la sostenibilidad de la Atención Oncológica

En el marco de la Conferencia General sobre la sostenibilidad de la Atención Oncológica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), organizada por la Fundación Bamberg, en colaboración con Novartis, expertos en Oncología se han reunido para analizar la incidencia de las medidas de ajuste y reforma del SNS en el abordaje y los tratamientos del cáncer. Algunos de los temas de la jornada han girado en torno a la variabilidad clínica; la equidad en el acceso a medicamentos y tratamientos; la cartera de prestaciones; las responsabilidades de la farmacia hospitalaria; los servicios oncológicos y la gerencia de los hospitales; junto con la incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías para el diagnóstico y tratamiento terapéutico del cáncer.

En dicho encuentro, los expertos han evidenciado una falta grave de equidad en el sistema, tanto en el acceso al mismo como en términos de resultados en salud. Así pues, tal y como han puesto de manifiesto, en el proceso de decisión de adquisición de tratamientos oncológicos innovadores se aplican criterios diferentes en cada comunidad autónoma, incluso en cada hospital dentro de la misma comunidad. Este hecho está produciendo situaciones de inequidad en el acceso a la innovación y, en consecuencia, diferentes grados de calidad asistencial y eficiencia terapéutica según que el paciente esté en uno u otro territorio. Esta situación de 17 sistemas de salud, que no se hablan entre ellos, puede ser evitable pues existe marco legal para ello, tal y como han apuntado, puesto que las leyes están para ser cumplidas y, por tanto, ese nivel ordenante ha de ser vinculante para todas las comunidades autónomas.

Además, en el marco de la cartera de servicios oncológicos se apuesta por la racionalización en contraposición a

la reducción de la misma. No se puede hacer de todo en todos los hospitales. Hay que concentrar los recursos y reforzar el conocimiento en los hospitales de referencia.

Otro de los aspectos que han destacado los expertos es que existe variabilidad en la aplicación de las guías y protocolos y se pone en valor la implementación de las mismas como elementos que orientan y ayudan a los profesionales en su práctica clínica, tal y como se establece en la normativa. No obstante, dada la variabilidad en la evolución y respuesta de cada paciente oncológico a los tratamientos, los protocolos y guías de práctica clínica no deben ser considerados por las autoridades sanitarias con carácter impositivo, ni su aplicación debe limitar la capacidad del médico para prescribir a cada paciente el tratamiento que considera más adecuado en cada caso.

En otro orden de cosas, hay que evitar la politización excesiva puesto que, a menudo, esto ha llevado a improvisar decisiones cortoplacistas que dificultan la aplicación de medidas prácticas en el medio y largo plazo. Se aboga por adelgazar el papel de la Administración y potenciar a otros agentes del sistema principalmente los profesionales, la industria y los propios pacientes.

En términos de sostenibilidad y ahorro, no hay nada más coste-efectivo que la prevención, de ahí la importancia y urgencia de la estrategia de los procesos de cribado y detección precoz de tumores, que han de ser homogéneos en todo el territorio nacional.

En el caso de los enfermos oncológicos, a la hora de implantar las medidas de ahorro se hace imprescindible poner al paciente en el centro del sistema y cuantificar el impacto de

esas medidas en las personas. Los pacientes escuchan que son el centro del Sistema Nacional de Salud y, sin embargo, la experiencia cotidiana de los ciudadanos es que el eje de la actividad sanitaria ahora mismo está en la sostenibilidad económica. Los tumores raros representan el 20 por ciento de los diagnosticados pero nos encontramos ante una verdadera carrera de obstáculos desde la investigación hasta la puesta a disposición de los recursos disponibles en condiciones de equidad.

Del mismo modo, se evidencia que el facultativo no puede tomar decisiones forzadas y en soledad, su deber ético es dar al paciente el mejor tratamiento que precise. El profesional sanitario no puede ser el único responsable a la hora de decir al paciente que su tratamiento no puede ser costeado por el sistema. Se exige corresponsabilidad y que las autoridades y los gobernantes den información y soluciones a la población.

En la misma línea, el diálogo con los profesionales se perfila como solución clave para garantizar la sostenibilidad del sistema, su opinión ha de ser escuchada y tenida en cuenta.

En relación con la eficiencia y eficacia, los expertos insisten en la idea de que hay que atender al paciente de la manera más rápida y más eficiente posible, y en que conseguir más calidad a menor precio es difícil, además, en este contexto, se hace oportuno buscar soluciones creativas. No es justo cargar las tintas sólo contra el precio de los fármacos, en este caso oncológicos, cuando existen otras bolsas de ineficiencia donde se pueden generar ahorros. Se puede ahorrar en infraestructuras; se puede racionalizar la cadena de exploraciones del paciente; en la gestión de toxicidades... La sostenibilidad

de la Oncología no sólo depende del coste de los fármacos.

Igualmente, se expone la necesidad de renovar el equipamiento técnico en el tratamiento de las enfermedades oncológicas. No es aceptable que en España aun estén funcionando 34 unidades de cobalto. A pesar de que invertir en nuevas tecnologías puede parecer caro, éstas son coste-efectivas porque mejoran la supervivencia, acortan los tiempos de duración de los tratamientos, disminuyen los efectos secundarios e incrementan la calidad de vida de los pacientes. Hay nuevos procedimientos, nuevas técnicas de radioterapia que han evolucionado, por ejemplo, gracias a la imagen, y que en España no se han implantado por su elevado coste. ►►

nas terapéuticas específicas con gran impacto en el tratamiento del cáncer diseminado”, explicó el profesor Eduardo Díaz-Rubio, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario San Carlos de Madrid.

La onco-farmacogenética abre las puertas a una posible selección individualizada del tratamiento ya que el análisis de expresión de ciertos genes, sus polimorfismos, o su análisis global, pueden ser determinantes para establecer más acertadamente los factores predictivos de respuesta y toxicidad y ayudarán a una más

adecuada selección de fármacos, es decir, a un tratamiento más personalizado.

La suma de la eficacia de los paulatinos avances en el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer en España, con más de 200.000 casos nuevos diagnosticados al año, supone que los pacientes vivos después de cinco años del diagnóstico sean 130.000 en lugar de los 90.000 que hubieran sido en las décadas de los 70 y 80

El Grupo TTD es pionero en la incorporación en uno de sus estudios de una novedosa técnica que permite la detección y cuantificación de células tumorales circulantes. El objetivo es la identificación de nuevos factores pronóstico y predictivos de respuesta y progresión. Puede suponer una metodología óptima para la selección del tratamiento más adecuado para los pa-

cientes. El futuro ya es presente.

Nuevo programa de formación MIR

Desde el punto de vista de formación académica, la especialidad de Oncología Médica en el Estado se equipará a la de Europa. Los oncólogos han mostrado su satisfacción por el nuevo programa de formación MIR de la especialidad desarrollado por la Comisión Nacional de la Especialidad del Ministerio de Sanidad, ya que al ampliarse a cinco años mejorará los resultados futuros en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer en España.

Para la SEOM, que ha colaborado en la elaboración de este nuevo programa teniendo en cuenta el tiempo destinado a la formación troncal, la formación en Oncología Médica se equipara a los mínimos docentes requeridos en la Unión Europea con dos años troncales y tres específicos.

Según recuerdan, en el año 2011 se incluyó la especialidad de Oncología Médica en la Directiva 2005/36/CE de cualificaciones profesionales, que mejoró la movilidad de los profesionales entre los estados miembros de la Unión Europea.





Conclusiones de la Conferencia (continuación)

►► Del mismo modo, los expertos reunidos en la jornada exigen transparencia en la información sobre resultados en salud de cada centro, así como en investigación clínica, con la finalidad de fomentar la competitividad entre los hospitales, lo que generará innovación y mejora en la calidad de la asistencia a los pacientes.

En el ámbito asistencial, se plantea el trabajo en red como estrategia para compartir el conocimiento y ganar en eficiencia.

También se aboga por seguir explorando nuevas fórmulas que faciliten el acceso de la innovación, como los riesgos compartidos con la industria, tanto para el medicamento como para las tecnologías sanitarias, siempre en el marco de unas condiciones específicas establecidas de común acuerdo entre ambas partes; con indicadores específicos, medibles y alcanzables sobre resultados; con comisiones de seguimiento paritarias y donde se evalúen los procesos y los resultados.

Otro de los aspectos abordados ha sido la investigación clínica. Una investigación clínica de excelencia es fundamental para el desarrollo de un país, no sólo por la competitividad industrial, sino también porque aporta numerosas ventajas al Sistema Nacional de Salud y a los pacientes. Una investigación clínica potente es el mejor aval para una asistencia de calidad y un elemento de motivación y desarrollo para los profesionales del SNS. También aporta prestigio e imagen a las instituciones, así como importantes recursos económicos. En este sentido, España lo tiene todo para tener una posición destacada en investigación clínica a nivel mundial: una red hospitalaria y de Atención Primaria bien estructura y con centros potentes; unos investigadores clínicos que gozan del prestigio y reconocimiento

preciso para acometer la investigación con los mejores estándares de calidad; una industria establecida en España, tanto la de capital nacional como internacional, que está comprometida con la investigación y, sin embargo, en una comparativa internacional nuestra posición es intermedia y está constantemente amenazada por la competencia de otros países, como EE.UU., grandes países europeos, Canadá, y otros emergentes.

En este sentido, los expertos han puesto de manifiesto la complejidad que supone poner en marcha un ensayo clínico, lo que se traduce en un excesivo tiempo para su aprobación. Concretamente, ese periodo -que en España requiere más de 180 días- excede ampliamente de la media europea. En este sentido, como han argumentado los expertos, el principal cuello de botella se encuentra en la fase de contrato, por la heterogeneidad en los modelos establecidos por las comunidades autónomas. En este contexto, España pierde capacidad y deja de ser competitiva, esa demora en los plazos provoca que los ensayos clínicos se hagan en otros países.

Otro de los problemas detectados es la eficiencia en el reclutamiento de pacientes debido, entre otros factores, a las deficiencias estructurales existentes en los centros, falta de motivación de los propios investigadores y, en ocasiones, a cuestiones relacionadas con la información a los pacientes.

También se ha expuesto que las evaluaciones coste-efectividad deben abordarse desde planteamientos que incluyan una visión amplia, tanto económica como sanitaria y social. Además, sería deseable disponer de biomarcadores, especialmente para los nuevos medicamentos, que permitan seleccionar, para cada paciente oncológico, el que resulte más eficaz en

función de su expresividad genética. Se pide a las agencias evaluadoras que sean más exigentes en la aprobación de fármacos.

En el ámbito de la innovación terapéutica entran en juego factores como el conocimiento; la confianza mutua, donde se ha de dar un marco legal estable; y la corresponsabilidad. En este sentido, los expertos han valorado positivamente la conveniencia de seguir fomentando la investigación clínica independiente al tiempo que ponen de manifiesto el esfuerzo que realiza la industria farmacéutica, señalando que el 30 por ciento de la investigación clínica se efectúa en el área de Oncología, lo que facilita el desarrollo de nuevos medicamentos para estos pacientes.

En cifras, de 14.000 millones de euros que destinó el sistema sanitario, en 2011, a factura farmacéutica, sólo 1.500 millones, aproximadamente un 10%, fueron para Onco-Hematología.

Otros temas abordados en la jornada



han sido: el papel de la Enfermería Oncológica y la exigencia de su cualificación y formación a la hora de tratar a los pacientes oncológicos; la necesidad de buscar otras fuentes de financiación, como puede ser la alternativa privada; la oportunidad que supone incluir a pacientes en ensayos clínicos; la utilización de las TIC en la evaluación de los resultados; o la gestión clínica.

Asimismo, los oncólogos han lamentado que la mayoría de las comisiones farmacoterapéuticas estén formadas por gente que no tiene la cualificación oncológica necesaria y que en ellas no haya oncólogos ni hematólogos.

Por otra parte, se ha puesto en valor la figura del especialista en Oncología y, por último, algunas voces han apuntado a la necesidad de crear un registro de pacientes oncológicos, ya que al Sistema Nacional de Salud le falta información, un requisito básico para la planificación y toma de decisiones.

Sin embargo, para que el reconocimiento de la especialidad fuese automático era necesario elevar el periodo formativo de los residentes a cinco años, según los mínimos marcados por la UE.

Con este nuevo programa se conseguirá "una mejor y más actualizada formación de los futuros oncólogos médicos y mejores resultados futuros en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer", explica Alfredo Carrato, presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Pero las ventajas van más allá, ya que este nuevo programa "permitirá la libre circulación de los oncólogos médicos españoles entre los estados miembros de la Unión Europea".

El ejemplo del tumor del colon

Desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) inciden en la importancia que tienen los "pequeños avances" en enfermedades como el cáncer, ya que en casos como el de colon han supuesto la su-

pervivencia de 4.500 afectados más que en los años 70.

Así, la supervivencia a cinco años por cáncer de colon se situaba en los años 70 en torno al 50 por ciento, mientras que hoy casi alcanza el 65 por ciento, lo que supone "una ganancia de supervivencia de menos del 1 por ciento cada dos años".

Esta ganancia, prosiguieron los oncólogos, quizá puede parecer insignificante año a año, "pero si consideramos que cada año se diagnostican en España unos 30.000 casos de este tumor, la supervivencia a cinco años ha pasado de ser privilegio de 15.000 pacientes a 19.500 (4.500 pacientes más que si estos avances no hubieran tenido lugar)".

Algunos de estos avances han sido el de la quimioterapia complementaria tras cirugía de cáncer de colon, que se empezó a emplear a finales de los 80 y que ha demostrado ser eficaz en el incremento de la supervivencia. Además, en 2004, por primera vez un fármaco dirigido a la angiogénesis tumoral mejoró también la supervivencia en pacientes con cáncer de colon avanzado ■

La Oncología moderna tiene que ir de la mano de los aspectos moleculares que tiene el cáncer



Documentación y fuentes

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)- Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM y jefe de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca.
2. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)-Begoña Barragán, presidenta de la GEPAC.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad..
4. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
5. Grupo TTD.
6. EL MÉDICO INTERACTIVO.



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

21 de febrero

Rajoy destaca como logros de su año en la Presidencia "una cartera de servicios razonable" y la fuerte reducción en recetas. "Me gustaría atender a todo el mundo, pero eso no lo hace nadie", señala el presidente del Gobierno en el Debate sobre el Estado de la Nación. En el lado socialista, Rubalcaba apunta que privatizar hospitales públicos va en contra del actual modelo sanitario, y pide que una parte del PIB vaya "directamente a Sanidad" ■

22 de febrero

El Gobierno aprueba un conflicto positivo de competencia por la subasta de medicamentos andaluza y solicita la suspensión de la norma. Con ésta, es la tercera vez que el Ejecutivo lleva al Tribunal Constitucional la iniciativa andaluza ya que, según su criterio, vulnera las competencias estatales en relación con la legislación farmacéutica ■

El TC admite a trámite los recursos de Cataluña, Canarias y País Vasco contra algunos de los artículos del Real Decreto Ley sobre Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Público de Salud, aprobado el pasado mes de abril por el Gobierno ■

27 de febrero

La reforma sanitaria de Ana Mato permite ahorrar en seis meses casi la mitad de los 7.000 millones previstos. Así lo anunciaba la ministra durante su intervención en la Comisión de Sanidad del Congreso, en la que insistía en la necesidad de un gran Pacto. La oposición criticaba el deterioro del SNS causado por la reforma, y PSOE e IU pedían la dimisión de Mato: José Martínez Olmos (PSOE) la acusaba de esconder un sistema de pólizas de seguros públicas y privadas para la asistencia sanitaria ■

Lista actualizada de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del SNS. Publicación en el BOE de la Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del SNS ■

El Pleno del Congreso, con los votos del PP, reclama al Gobierno que promueva un Pacto Sociosanitario. El PP propone, entre otros puntos: la receta electrónica en todo el territorio nacional; la promoción del uso seguro de medicamentos con un sistema unificado de registro y notificación de incidentes; el desarrollo de una política común en colaboración entre comunidades en materia de compra de productos sanitarios; y seguir avanzando en la reducción del gasto farmacéutico a través de la racionalización de los precios de los medicamentos financiados para fomentar la innovación ■

El Defensor del Pueblo recibe en 2012 el triple de quejas sanitarias que el año anterior. Aumentan las quejas relacionadas con limitaciones en el acceso y por el nivel de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud con el trasfondo de la actual crisis económica y financiera. Las quejas están relacionadas con la reducción de prestaciones sanitarias, exclusión de colectivos del ámbito de protección de la Sanidad pública, financiación de medicamentos, supresión de centros de urgencia en AP, insuficiente dotación de personal y demoras en pagos a proveedores de centros sanitarios y a oficinas de farmacia ■

28 de febrero

El Ministerio anuncia la elaboración de un Mapa de Recursos sobre Enfermedades Raras. Recopilará las unidades de experiencia que hay en España para tratar las ER. La metodología para su elaboración se acordará en los próximos meses, pues el Ministerio considera "fundamental" que, desde el diagnóstico, exista un documento de referencia para que la familia sepa dónde dirigirse para recibir el tratamiento más adecuado. Ésta será una de las primeras iniciativas que se pondrán en marcha en el marco del Año Español de las Enfermedades Raras ■

1 de marzo

Antonio L. Andreu, nuevo director del Instituto de Salud Carlos III. Sustituye a Joaquín Arenas que ha solicitado su relevo por razones personales. Hasta su nombramiento, Antonio L. Andreu ocupaba la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación del Instituto ■

6 de marzo

El TC decreta inconstitucionalidad y nulidad en la colegiación voluntaria de médicos con dedicación exclusiva al SESPA. El precepto que la regulaba entró en vigor en el Principado de Asturias el pasado 1 de Enero de 2004 (artículo 11 de la Ley Asturiana 6/2003 de 30 de diciembre); el Gobierno central, a instancias del Colegio de Médicos de Asturias, lo recurrió ■

7 de marzo

El TC falla a favor de la colegiación obligatoria de los profesionales sanitarios en Extremadura. En la misma línea de lo que decidió para Andalucía y para Asturias, el Alto Tribunal veta la colegiación voluntaria en Extremadura; de las cuatro comunidades autónomas donde la colegiación del personal sanitario no era obligatoria sólo resta Canarias ■

9 de marzo

Juan José Rodríguez Sendín renueva como presidente de la OMC. Igualmente, era nombrado como tesorero José María Rodríguez Vicente, y como vicesecretario, Jerónimo Antonio Fernández, con un amplio apoyo en unas elecciones en las que ha participado el 95 por ciento del electorado. En el cargo de representante nacional de la Sección de Médicos con Empleo Precario salía elegido Fernando Rivas Navarro, hasta ahora vocal de formación de la OMC. "Prometo mi cargo y sé que es la última vez que lo hago", estas eran las palabras con las que Rodríguez Sendín renovaba su cargo como presidente de la Organización Médica Colegial para los próximos 4 años. En esta ocasión, el apoyo de los presidentes de los colegios médicos a Rodríguez Sendín era mayor que hace cuatro años, cuando obtuvo 11 votos en blanco, cifra que en esta ocasión ha reducido a 6 ■

11 de marzo

El TC admite a trámite el conflicto de competencias del País Vasco contra el RD que regula la prestación ortoprotésica. Según ha publicado el Boletín Oficial del Estado (BOE), se admite contra los artículos 1, 5, 6 y la disposición final segunda del Real Decreto, aprobado por el Gobierno central el pasado mes de noviembre ■

19 de marzo

El TC admite a trámite el conflicto de competencias planteado por el Gobierno contra la subasta andaluza de fármacos. Este dictamen responde al acuerdo alcanzado el 22 de febrero en el Consejo de Ministros contra la segunda convocatoria pública para la subasta de medicamentos en Andalucía, en el cual también se solicitaba la suspensión de la norma. La providencia del Constitucional no recoge la paralización de ésta ■

20 de marzo

"Gracias a la colaboración leal del Gobierno con las CC.AA. hoy podemos garantizar los servicios básicos del bienestar", dice Ana Mato. En su intervención en el Pleno del Senado, la ministra de Sanidad pedía a los gobiernos autonómicos "priorizar su política de gasto" para la Sanidad, los Servicios Sociales y la atención a la dependencia. Mato calificaba de "soluciones históricas" el Plan de Pago a Proveedores y el Fondo de Liquidez Autonómico ■

21 de marzo

El CISNS acuerda un calendario vacunal infantil único para toda España. Ministerio y CC.AA. llegan al acuerdo sobre los tra-



mos de edad en el caso de las vacunas de tosferina, virus del papiloma humano, meningococo C y varicela, logrando así por fin el primer calendario vacunal común para toda España. No se ha determinado aún cuál será la diferenciación de los tramos de renta para el copago farmacéutico, tema sobre el cuál la ministra ha preferido esperar unos meses para estudiar todas las propuestas realizadas por las diferentes CC.AA. ■

El Congreso proroga hasta el 27 de noviembre los trabajos de la Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del SNS. La prórroga por seis meses de los trabajos de esta Subcomisión se ha aprobado con 208 votos a favor -PP, CiU, EAJ-PNV, UPyD, UPN y CC-, 106 en contra -PSOE e Izquierda Plural- y 2 abstenciones de ERC ■

22 de marzo

El Foro pide al Ministerio "un marco en el que el médico se sienta cómodo para desempeñar con calidad su ejercicio profesional". En la segunda reunión del grupo de trabajo sobre Recursos Humanos se presenta una "situación complicada, aunque también la voluntad para encontrar fórmulas", resume Francisco Miralles, secretario general de CESM; hay discrepancias sobre el modelo de Registro de Profesionales que plantea Sanidad. También se reunió el grupo sobre gestión clínica, que busca un modelo básico para la incorporación del médico a la toma de decisiones; a finales de abril, el Foro quiere que estén listas las conclusiones de los tres grupos de trabajo formados con el Ministerio ■

El 31 de mayo, fecha límite para presentar las solicitudes para la realización de la prueba ECOE de Medicina Familiar. Ha sido aprobado en Consejo de Ministros a propuesta del Ministerio de Sanidad ■

NOTA: Cronología del 18 de febrero al 25 de marzo de 2013.

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



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica

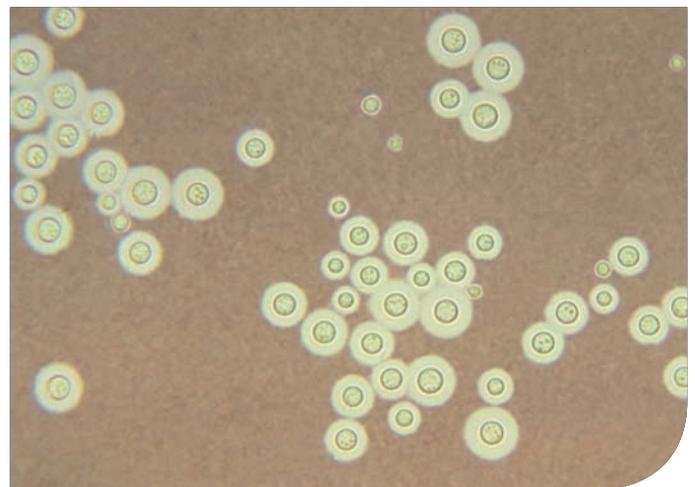


En los últimos 40 años se ha incrementado la supervivencia en cáncer colorrectal

En los últimos 40 años se ha producido un aumento de la supervivencia en los pacientes de cáncer de colon y recto de casi un 1 por ciento cada dos años, según revela la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) con motivo de la celebración del 'Mes Europeo de Cáncer de Colon y Recto'. A juicio de los expertos, la supervivencia a cinco años por este tipo de tumor se situaba en los años 70 en torno al 50 por ciento, mientras que "hoy casi alcanza el 65 por ciento". A pesar de que puedan parecer "insignificantes" estos avances, los especialistas le dan valor asegurando que cada año se diagnostican en España unos 30.000 casos de cáncer de colon y recto, por lo que la supervivencia a cinco años "ha pasado de ser privilegio de 15.000 pacientes a 19.500". Los motivos de este hito los encuentra la SEOM en avances como "la quimioterapia complementaria tras cirugía de cáncer de colon", que se inició a mediados de la década de los 80. Además, en 2004, por primera vez un fármaco dirigido frente a la angiogénesis tumoral, el bevacizumab, "mejoró la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado", explican. En ese mismo año y en 2005, se incorporaron al tratamiento del cáncer colorrectal avanzado dos terapias dirigidas frente al receptor del factor de crecimiento epidérmico, a lo que se sumó la definición del beneficio limitado a pacientes con ausencia de mutaciones en K-RAS. Estas mejoras podrían haber sido considerados de escasa relevancia, "pero acumulados entre sí han llevado a cambiar en muchos casos de una manera notable el pronóstico y la calidad de vida de muchos pacientes", sostienen los expertos. Todas ellas han supuesto que los pacientes vivos después de cinco años del diagnóstico de cáncer "sean 130.000 en lugar de 90.000", concluyen ■

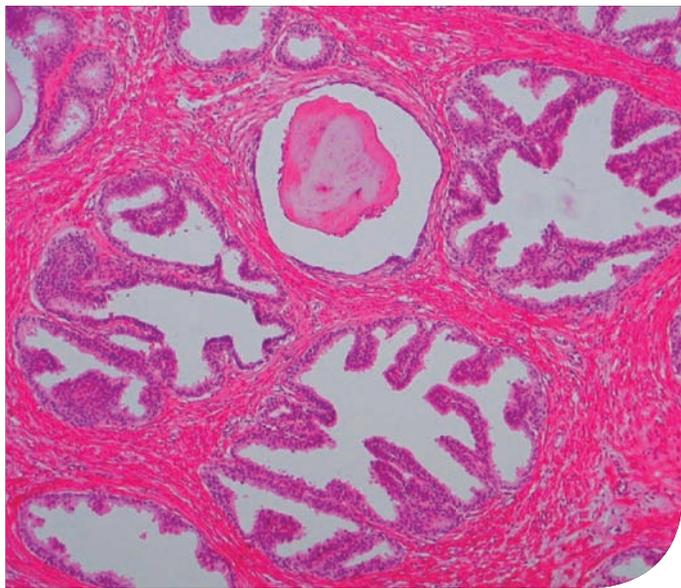
Investigadores españoles descifran un mecanismo clave en la virulencia de las infecciones fúngicas

Investigadores del Instituto de Biomedicina de la Universidad de Barcelona (IBUB) han conseguido en modelos experimentales descifrar un mecanismo clave en la virulencia de las infecciones fúngicas. En concreto, el estudio, publicado en la revista 'Cell, Host & Microbe' y recogido por la plataforma Sinc, revela que las metalotioneínas (MT), proteínas capaces de capturar iones metálicos, son un factor clave para la virulencia del hongo 'cryptococcus neoformans', causante de graves infecciones en personas con la inmunidad alterada, como los enfermos de sida o los receptores de trasplantes. "Desde el punto de vista terapéutico, los resultados del estudio nos indican que todo elemento que interfiera en la síntesis de MT podría impedir el desarrollo de la infección", ha comentado la investigadora Anna Espart. Por tanto, conocer mejor los mecanismos moleculares para inhibir el proceso de síntesis de la proteína e inactivar la virulencia del patógeno puede abrir nuevos horizontes a la investigación internacional sobre nuevas herramientas farmacológicas y terapéuticas contra la criptococcosis. "Por primera vez, el nuevo trabajo constata que estas proteínas son metalotioneínas y que son factores críticos para la colonización y la virulencia del patógeno", ha explicado la jefa del Grupo de Investigación Consolidado de Metaloproteínas, Metalómica y Redes de Respuesta a Metales (METMET), integrado por expertos de la UB y la UAB, Sílvia Atrian. "En algunos hongos patógenos también se han identificado MT con una estructura modular similar a las del 'cryptococcus'. Todo apunta a que a lo largo de la evolución la amplificación de secuencias por repeticiones internas en tándem ha permitido a los patógenos desarrollar MT mucho más eficientes para captar y eliminar más iones de cobre. No se trata, pues, de una característica puntual, sino de una estrategia evolutiva de algunos agentes patógenos para infectar con éxito diferentes huéspedes, desde vegetales hasta personas", ha detallado Atrian ■

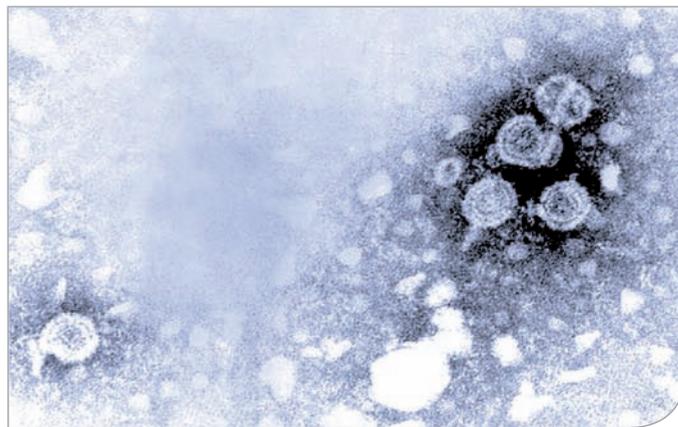


Se crea un método que mejora la planificación de radioterapia en cáncer prostático

Investigadores del Grupo de Bioingeniería y Telemedicina (GBT) de la Universidad Politécnica de Madrid y del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, han creado un método que mejora la planificación de radioterapia en cáncer prostático. En concreto, esta nueva técnica, solventa el proceso de alineamiento de imágenes de tomografía computerizada (TC) de la zona pélvica en presencia de grandes distensiones del recto, uno de los principales problemas que existía a la hora de aplicar en los pacientes de cáncer de próstata la radioterapia adaptativa. De hecho, el alineamiento de imágenes de TC de distintas sesiones de radioterapia es una herramienta esencial para una nueva técnica de radioterapia, denominada radioterapia adaptativa (ART), que se usa para tratar el cáncer de prósta-



ta. Con ella, se consiguen tratamientos individualizados, reduciendo los efectos secundarios asociados a la radioterapia. Sin embargo, este proceso de alineamiento puede ser particularmente difícil en el caso de imágenes de TC de la región pélvica, donde uno de los órganos de interés es el recto. Estas dificultades tienen su origen principalmente en las diferencias en tamaño y apariencia que puede presentar este en las distintas sesiones, dependiendo de la cantidad y naturaleza de su contenido. Por ello, con el nuevo método, a partir de dos puntos señalados en la imagen médica que definen el inicio y el final del recto, se obtiene un resultado de una calidad equiparable a un delineamiento manual realizado por un especialista. De esta forma, los resultados obtenidos mejoran "ampliamente", según sus promotores, los datos existentes en el estado del arte y permiten avanzar un paso más para la aplicación clínica de la radioterapia adaptativa ■



La carga genética tiene más peso que los factores ambientales en el desarrollo de la hepatitis C

Un estudio multicéntrico en el que han participado 14 centros hospitalarios del país, dirigidos por el director de la Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme (Sevilla), Manuel Romero, ha revelado ahora que la carga genética es un factor predictivo y de riesgo que ostenta más peso a la hora de desarrollar hepatitis C que los condicionantes ambientales, como pueden ser el alcoholismo, el sedentarismo y la obesidad. En rueda de prensa, el Dr. Romero ha explicado que para llegar a esta conclusión se han analizado hasta 250.000 marcadores genéticos en cerca de 2.000 pacientes provenientes de estos 14 hospitales, si bien ha querido dejar claro también que los factores ambientales tienen un peso específico suficiente como para poder desarrollar por sí mismos la enfermedad si no se controlan. En concreto, la investigación ha consistido en conocer la información genética del paciente y del virus de la hepatitis C, al objeto de prever las posibilidades de infección de cada enfermo, hacer una selección de virus a través de sus genotipos, intervenir en la evolución de la enfermedad y posibilidad de curación, además de anticipar los efectos adversos del tratamiento. Respecto a los genes descubiertos ahora que están relacionados con el desarrollo de la hepatitis C, "por problemas de mutación", Romero ha detallado que son "el PNPLA3, también denominado adiponutrina, y que es el encargado de regular la grasa; el PTN3A2 o butirofilina, que se encarga de regular la infección; el RAF4, que también regula la infección; y el gen KLF12, que regula el desarrollo de la anemia". "Cada uno de esos genes, junto a la interlucina 28B anteriormente descubierta, cuando sufren mutaciones provoca a la persona que prolifere el desarrollo de la hepatitis C", ha explicado este especialista, quien ha insistido en la importancia de este hallazgo por cuanto los resultados obtenidos "demuestran que el factor genético es capaz de predecir si el paciente se infectará o no de hepatitis C y determina además el tipo de virus por el que lo hará". "Como consecuencia de ello, podemos diseñar dianas terapéuticas que nos ayuden a luchar contra la enfermedad, cambiando el curso de su evolución o evitando, incluso, que se infecte el paciente", ha avanzado este experto, quien ha detallado que la hepatitis C es una enfermedad que afecta a entre el 1,5 y el dos por ciento de la población española ■



INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

La instantánea médica

En Takeda-Millennium apuestan por trabajar profundamente e invertir más en la fase inicial de la investigación

"En el caso de que la molécula no funcione pero su mecanismo de acción sea válido se podrá llevar antes esa información de vuelta al laboratorio y reformatear la molécula trayéndola de nuevo a la clínica en un periodo mucho más corto de tiempo", según Jesús Gómez-Navarro, vicepresidente y jefe de Investigación Clínica del centro oncológico Takeda-Millennium, ubicado en Cambridge (Massachusetts). Su línea de Investigación está profundamente centrada en la Biología. Se desarrollan muchos modelos preclínicos con animales modificados genéticamente para que los tumores se parezcan más a los tumores con los que los investigadores "lidian" en la clínica. También se llevan a cabo muchos experimentos de cómo una determinada molécula interacciona en el cuerpo y cómo modifica la biología del tumor. "Muchos de los estudios preclínicos que se hacen no ayudan a predecir los hallazgos que se obtendrán en la clínica pero hay determinados aspectos que sí nos gusta observar en estos estudios. Hay gente que piensa que curar ratones no es suficiente. A mí me gusta ver que las moléculas curan ratones, aunque el hecho de que lo hagan no predice que sanen a humanos, sólo quiere decir que estas moléculas tienen una serie de atributos interesantes, sabiendo que esos resultados positivos no van a ser automáticamente aplicables a la clínica", señala Jesús Gómez-Navarro. Este experto explica que en este centro de investigación "subimos mucho el umbral en los estudios preclínicos porque queremos datos muy convincentes antes de mover la molécula a la clínica". Hay muchos datos preclínicos que informan la clínica y ayudan a diseñar los estudios fase 1 con mucha más precisión. Para ello, es fundamental la estrecha colaboración e interacción entre el biólogo e investigador del laboratorio con el médico hasta que finalmente el fármaco sea aprobado. "En Takeda-Millennium destaca el gran uso de diseños estadísticos adaptativos, que consiste en que en lugar de esperar a que el estudio clínico llegue a su fin para interpretarlo se intentan utilizar los datos que van surgiendo para ir adaptando a su vez el diseño del experimento, consiste en adaptar el estudio a la realidad que estamos analizando", explica el jefe de Investigación Clínica del centro. "Antes se empezaba un estudio clínico, pasaban 2 ó 3 años y al final del mismo se analizaban los resultados. Nuestro planteamiento es muy distinto".

Por lo tanto, la idea por la que apuestan desde Takeda-Millennium es la de hacer una investigación más profunda al principio para llegar antes a la conclusión de si una molécula va a funcionar o no para así seguir adelante, o bien, suspender ese proyecto. "Queremos aprender eso pronto porque en el caso de que la molécula no funcione pero sigamos convencidos de que el enfoque o el mecanismo de acción es válido poder traer cuanto antes esa información de vuelta al laboratorio y ver cuál es el problema, porque a lo mejor haciendo una serie de cambios podemos corregir el curso y evitar la anulación del proyecto reformateando la molécula y trayéndola de



nuevo a la clínica en un periodo mucho más corto de tiempo, no esperar a que una molécula que es mediocre al cabo de diez años falle, que es lo que hacíamos antes", explica Gómez-Navarro.

El centro de investigación Takeda-Millennium centra su trabajo en la máxima de que el cáncer no es una enfermedad homogénea. La heterogeneidad de los tumores y las células cancerosas se da incluso en una misma histología y en un mismo paciente, según las mutaciones específicas que se produzcan. Las células cancerosas mutan con rapidez y tiene múltiples ciclos de retroalimentación, lo que les permite desarrollar una resistencia a la terapia, lo que crea la necesidad de nuevos enfoques terapéuticos para vencer esa resistencia. "En un paciente individual si administramos un tratamiento se pueden dar cambios genéticos producidos como consecuencia de la presión selectiva que ese fármaco está creando dentro del tumor. El tumor cambia genéticamente, con lo cual, los factores que explican que ese tumor responda o no a un tratamiento o combinación de tratamientos varía. A la heterogeneidad debida a la población hay que añadir la heterogeneidad que se produce como consecuencia de la presión selectiva de las diferentes líneas de tratamiento, es una dimensión más de complejidad", aclara este experto. Debido a la heterogeneidad del cáncer las terapias se dirigen, cada vez más, a poblaciones reducidas de pacientes. "El coste de hacer estos estudios es elevado y hay que entender cómo mantener esta actividad haciendo que sea sostenible, por lo que proponemos trabajar un poco más e invertir más dinero en la fase inicial de la investigación", asegura Gómez-Navarro. La investigación traslacional cambia, por tanto, el paradigma de desarrollo de fármacos. Esto explica que se haya pasado de pensar en una molécula y qué se puede hacer con ella a pensar en un paciente y pensar en qué moléculas ese tumor y ese paciente pueden requerir. Otro cambio ha sido pasar de pensar en una diana terapéutica específica a hacerlo en las vías. "Ya no pensamos en un tipo tumoral, estamos muy involucrados en combinaciones en lugar de pensar en un agente único. En vez de hacer experimentos secuenciales los estamos haciendo en paralelo y en lugar de hacer estudios donde las biopsias sean opcionales es fundamental que la biopsia sea un elemento del tratamiento experimental, ya que en base a esa información podemos hacer estudios más racionales" ■

El cáncer de pulmón podría superar al de mama como principal causa de muerte por tumor en mujeres europeas

El cáncer de pulmón es probable que sobrepase al de mama como la principal causa de muerte por tumor entre las mujeres europeas para mediados de esta década, según una nueva investigación publicada en la revista *Annals of Oncology*. El estudio, realizado por investigadores de Italia y Suiza, adelanta que en 2013 habrá un estimado de 88.886 muertes (14,6 por 100.000 mujeres) de cáncer de mama y 82.640 muertes (14 por 100.000 mujeres) de cáncer de pulmón, tras un aumento del 7 por ciento de muertes por cáncer de pulmón en mujeres desde 2009. A pesar del descenso de muertes por tumores en general, las tasas de fallecimiento por cáncer de pulmón siguen aumentando entre las mujeres de todos los países, mientras que las tasas de cáncer de mama caen. Carlo La Vecchia (MD), jefe del Departamento de Epidemiología del Instituto Mario Negri y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Milán (Italia), dijo: "Si estas tendencias opuestas en las tasas de cáncer de mama y pulmón continúan, en 2015 el cáncer de pulmón se va a convertir en la primera causa de mortalidad por cáncer en Europa". De hecho, destaca que esta situación ya es una realidad en Reino Unido y Polonia, los dos países con las tasas más altas: 21,2 y 17,5 por 100.000 mujeres, respectivamente. "Este aumento previsto de cáncer de pulmón en las mujeres en Reino Unido puede reflejar el aumento de la prevalencia de las mujeres jóvenes que empiezan a fumar a finales de 1960 y 1970, posiblemente debido a los cambios en las actitudes socioculturales de la época", sugiere. Hay grandes variaciones entre los países europeos. Polonia y España registran las tasas más altas de muertes por cáncer colorrectal entre los hombres, con tasas muy superiores a la media de la UE de 21,5 y 18,6 por 100.000 hombres, respectivamente. En el caso de las mujeres polacas, las tasas son también superiores a la media de la UE, al 10,8; mientras las mujeres españolas tienen tasas de mortalidad por cáncer colorrectal inferiores a la media de la UE, de 9 por cada 100.000 mujeres ■



Investigadores encuentran una proteína que evita la luz que induce la degeneración de la retina

Una investigación dirigida por Minghao Jin, profesor de Oftalmología y Neurociencias del Centro de Excelencia en Neurociencias de la Universidad del Estado de Luisiana en Nueva Orleans (Estados Unidos) ha identificado una proteína que protege a las células fotorreceptoras de la retina de la degeneración causada por daño de la luz. El ciclo visual es esencial para la regeneración de los pigmentos visuales, pero los ciclos anómalos promueven la formación de subproductos tóxicos que contribuyen al desarrollo de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), la principal causa de pérdida de visión en personas de edad avanzada que afecta a un estimado de 2 millones de estadounidenses. RPE65 es una enzima clave implicada en el ciclo visual y sus mutaciones se han relacionado con la aparición de pérdida de visión temprana, degeneración de la retina y enfermedades oculares que causan ceguera, pero los mecanismos que regulan su función se desconocen hasta ahora. Para identificar y caracterizar inhibidores previamente desconocidos de RPE65, los científicos probaron cinco proteínas candidatas y, mediante el uso de detección de genes, el equipo de investigación descubrió que uno de ellos, el transporte de ácidos grasos de proteína 4 (FATP4), es un regulador negativo, es decir, que inhibe RPE65, según publica *Journal of Neuroscience*. Los autores encontraron que protege a las células retinianas FATP4 fotorreceptores de la degeneración retiniana inducida experimentalmente, según explica Nicolás Bazán, director del Centro de Ciencias de la Salud del Centro de Excelencia de Neurociencias y coautor del estudio. "Estos hallazgos sugieren que FATP4 puede ser una diana terapéutica para la enfermedad hereditaria degenerativa de la retina causada por RPE65". ■



Expertos internacionales inciden en la necesidad de nuevas terapias para el manejo de la psoriasis

La psoriasis no es un problema cosmético. Se trata de una enfermedad severa, con un importante impacto físico y emocional en quienes la padecen, y con elevada presencia de otras patologías concomitantes. Así lo han puesto de manifiesto expertos reunidos en un *workshop* para periodistas celebrado en el marco de la Reunión Anual de la Academia Americana de Dermatología (AAD), que se ha celebrado en Miami del 1 al 5 de marzo. En este evento también se ha concluido que se ha avanzado mucho en los últimos diez años en la forma de entender la psoriasis, lo que ha llevado a una nueva generación de medicamentos; aunque sigue existiendo una necesidad terapéutica importante, ya que un gran número de pacientes no están satisfechos con el tratamiento que reciben, tal y como señalaba el Dr. Kenneth Gordon, profesor de Dermatología en la Northwestern University, Feinberg School of Medicine.

Según los datos manejados en este evento, las encuestas sugieren que las personas con psoriasis no reciben una atención óptima para el tratamiento de la enfermedad, el manejo de los síntomas cutáneos y la mejora en la calidad de vida. En Europa, una encuesta reciente comentada en el *workshop* indicaba que más del 70 por ciento de los pacientes habían experimentado sólo una baja-moderada satisfacción con las opciones de tratamiento que les habían sido administradas. En este sentido, aquellos que fueron tratados de manera más temprana tuvieron mejores respuestas, por ello el diagnóstico precoz y el acceso rápido a terapias eficientes resultan fundamentales para el manejo de la patología.

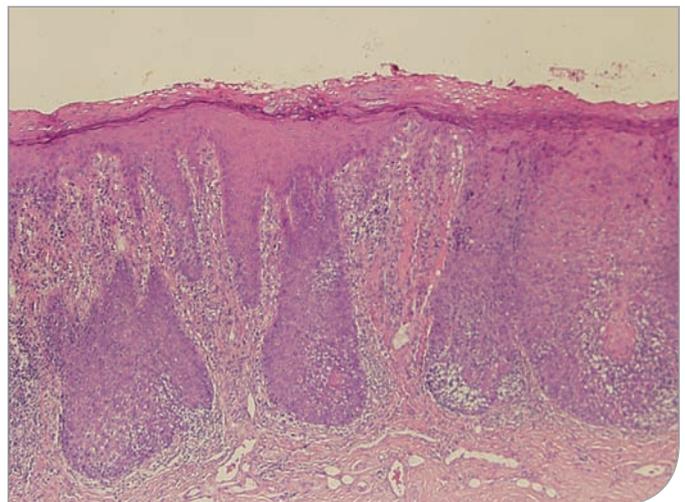
A la hora de analizar los beneficios y limitaciones de las terapias actuales, el Dr. Gordon destacó que los tratamientos tópicos son percibidos como seguros, pero no pueden satisfacer las necesidades de los casos más graves; los sistémicos tradicionales son más efectivos, pero con toxicidades dosis dependientes y multiorgánicas; y los biológicos muestran una elevada eficacia, pero tienen un inconveniente en el modo de administración y conllevan mayores efectos adversos. Por su parte, el Dr. Richard Langley, profesor del Departamento de Medicina de la Dalhousie University, incidía en que el futuro de los pacientes es en la actualidad "el más brillante" que nunca se haya tenido, ya que se cuenta con numerosas opciones terapéuticas para mejorar esta patología. A lo largo de su presentación señaló que las terapias emergentes se han desarrollado a partir de un mejor conocimiento de la fisiopatología de la psoriasis. En su opinión se están llevando a cabo avances alentadores en el manejo de esta enfermedad. En este sentido, hizo especial hincapié en la importancia de considerar las características del paciente y el perfil de riesgo-beneficio a la hora de elegir entre los nuevos agentes terapéuticos.

Sobre las terapias emergentes, el Dr. Langley abordó los nuevos antagonistas de las citoquinas, los anti IL-23 y anti IL-17; y las *small molecules*, de las cuales destacó el apremilast, avanzando algunos datos que serían presentados al día siguiente en el marco

de la Reunión Anual de la ADD. Se trata de una terapia oral dirigida que actúa como inhibidor de PDE4. Este compuesto es uno de los más importantes dentro del área de inflamatorio e inmunología de Celgene y actualmente se encuentra en fase de desarrollo clínico para el tratamiento de enfermedades inflamatorias como la psoriasis, la artritis psoriásica, la Enfermedad de Behçet y la espondilitis anquilosante.

A diferencia de las terapias actuales, apremilast es un compuesto inmunomodulador que actúa de manera intracelular, regulando la respuesta inmune del cuerpo gracias a que modula mediadores pro y antiinflamatorios en el interior de las células inmunológicas. Según los datos en la reunión de la AAD, apremilast fue efectivo en el tratamiento de la psoriasis en la semana 16. Eficaz frente a placebo, demostrando significación estadística para la variable primaria y secundaria de las escalas PASI-75 y PASI-50 (*Psoriasis Area and Severity Index*) y las PGA (*Static Physician's Global Assessment*) en los estudios ESTEEM 1 y 2. Ambos estudios, en fase III, aleatorizados y controlados con placebo evalúan la *small molecule* oral inhibidora de fosfodiesterasa 4 (PDE4) en pacientes con psoriasis en placas crónica de moderada a severa.

En el estudio ESTEEM 1 un porcentaje significativamente mayor de pacientes tratados con apremilast alcanzó el índice de intensidad y gravedad de la psoriasis -PASI-75- en la semana 16 en comparación con los tratados con placebo (33,1% vs 5,3%, $p < 0,0001$). Los marcadores de PASI-75 eran significativamente mayores en la semana 16 en todos los pacientes sometidos a este estudio, incluyendo los naïve a tratamientos sistémicos y biológicos, que recibieron apremilast 30 mg dos veces al día, en comparación a los que recibieron placebo (38,7% vs. 7,6%; $P < 0,0001$ y 35,8% vs. 5,9%; $P < 0,0001$ respectivamente). Apremilast ha demostrado mantener los efectos en el tiempo, según el cambio porcentual medio en los marcadores de PASI durante 32 semanas, demostrando una reducción del 54,9 por ciento en la semana 16 y del 61,9 en la 32. Asimismo resultó eficaz en el tratamiento de áreas difíciles, incluido cuero cabelludo y uñas, y en la mejora del prurito y la calidad de vida. Según los datos presentados por el Dr. Richard Langley, apremilast fue bien tolerado en la mayoría de los casos ■



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, y derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia: Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción 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, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucososas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Clicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash entomatoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirrido (1,2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como *Escherichia coli*). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracteriza por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores 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 polimórficas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS 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

El sistema de formación especializada. Estado de la cuestión



Este año se cumple el treinta y cinco aniversario del establecimiento del sistema MIR como vía de formación postgraduada. Un sistema que a lo largo de los años se ha ido convirtiendo en una de las principales "joyas de la corona" de la Sanidad española, con un unánime reconocimiento no solo a nivel nacional, sino también internacional. Analizamos el pasado, el presente y el futuro de la formación de médicos especialistas en España, el conocidísimo sistema MIR.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Sergio Minué

Escuela Andaluza de Salud Pública:
"Gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias"

Xavier Agenjo Bullón

Fundación Ignacio Larramendi:
"La eHealth y la Agenda Digital para Europa"

Olga Laosa y J.Rodríguez Mañas

Hospital de Getafe. Madrid:
"Ensayos clínicos en ancianos"

Miguel Martínez y Lourdes Núñez

Directores del Curso de Experto en Arquitectura Bio-sanitaria:
"Arquitectura Bio-sanitaria"

ENTREVISTAS

Jaume Pey

Presidente ANEFP, Asociación para el Autocuidado de la Salud



Portavoces sindicales



Francisco Miralles, CISM
Pilar Navarro, UGT



Antonio Cabrera, CC.OO.
Fernando Molina, CSI.F



OTROS TEMAS

REPORTAJE



Gestión sanitaria en tiempos de crisis. Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

RADIOGRAFÍA



¿Hacia dónde camina la Atención Primaria?



*“ Me gusta pensar
que, ahora mismo,
están trabajando por
mi bienestar.”*

Profesionales comprometidos con la salud

La dedicación de nuestros profesionales nos ha convertido en una compañía farmacéutica destacada en el panorama europeo actual, con una posición de liderazgo en el sector español. La diversidad, tanto de procedencia como de bagaje profesional, nos permite reforzar cada día más nuestro compromiso con el bienestar y la salud de las personas.

Trabajamos hoy por la salud de mañana.



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.com

hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad

enfermedad di

hiperamoniemia

d diverticular

enfermedad diverticular

enferme

enterocolitis bacteriana

hipera

hiperamoniemia

ocolitis bacteriana

enfermedad dive



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97