

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1144. Junio 2013

Foros EL MÉDICO

Salud Mental en el País Vasco

Entrevistas

Diego Contreras
Presidente de la Sociedad
Española del Dolor

Cristina Contel
Secretaria del Comité Ejecutivo
de la Unión Europea de
Hospitales Privados

Jaume Pey
Presidente de ANEFP

Jaime del Barrio
Director General del Instituto
Roche

Crisis económica, cronicidad.... ¿Atención Primaria?

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✓ Manitas del Hogar
- ✓ Manitas Tecnológico
- ✓ Ayuda Personal en el Hogar
- ✓ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática Remota: A.I.R.

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

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de julio de 2013. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial **A.M.A.**

AP, en tiempos de crisis

Desde hace más de veinte años, se han ido consolidando las evidencias de que una Atención Primaria fuerte y de la calidad es esencial para mejorar el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la salud de las personas. Desde la Declaración de Alma Ata, e incluso desde antes, se insiste en que fortalecer el primer nivel asistencial es, además, coste-eficiente. Sin embargo, y aunque las autoridades aseguran estar de acuerdo con ello, la AP sigue sin tener gran peso en las agendas políticas. Los líderes de la Primaria vienen reclamando de forma continuada que se destine a ella el 25 por ciento del presupuesto sanitario, y como se pone de manifiesto en el reportaje que publicamos en este número “estamos en el 14 por ciento... y bajando”.

El III Día Nacional de la AP se celebraba el pasado 12 de abril bajo el lema “En tiempos de crisis, más Atención Primaria”. La situación económica en la que se encuentra inmerso nuestro país y que tanto está afectando a la Sanidad, junto al convencimiento de que se debe ir hacia un sistema basado en el paciente crónico, son el punto de partida para potenciar la AP y reforzar, de una vez por todas, su papel en el Sistema Nacional de Salud. Los profesionales coinciden, tal y como se puede ver en el reportaje que ocupa la portada de este número, en que lo primero que hay que lograr es la equidad en todo el país y que la Atención Primaria se convierta verdaderamente en el eje del sistema. Una Primaria resolutive, capaz, formada, eficiente, que disponga de los instrumentos necesarios para poder realizar una atención clínica adecuada abarataría costes, reduciría las visitas al hospital y la realización de pruebas complementarias.

Además de este tema, el número de junio hace un balance de la situación de la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en el País Vasco, dentro de las convocatorias que está realizando la Revista en su sección Foros EL MÉDICO. Como viene siendo habitual, el encuentro contó con la presencia de los máximos expertos de la Comunidad en esta área. En este número, y dentro de la sección dedicada a las entrevistas, hablan, en declaraciones a nuestro medio, Diego Contreras, presidente de la Sociedad Española del Dolor; Cristina Contel, presidenta de la Asociación Catalana de Entidades de Salud y secretaria del Comité Ejecutivo de la Unión Europa de Hospitales Privados; Jaume Pey, presidente de ANEFP, la Asociación para el Autocuidado de la Salud; y Jaime del Barrio, director General del Instituto Roche.

En Gestión en Atención Hospitalaria se incluye un amplio reportaje sobre las jornadas que SEDISA ha organizado en Cantabria y en Gestión en Atención Primaria una entrevista con Zaida Sampedro, directora general de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

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

Crisis económica, cronicidad... ¿Atención Primaria?



La profunda crisis económica en la que navega España y que tanto ha afectado a la Sanidad; el convencimiento de que se debe ir hacia un sistema basado en atajar la cronicidad; la eficiencia y preparación cada vez mayores mostradas por los profesionales del primer nivel... todo esto forma el perfecto caldo de cultivo para que se potencie la AP y se refuerce de una vez por todas su papel en el SNS.

32

GALARDONES



La directora de **EL MÉDICO** galardonada por su trayectoria profesional en la 12º Velada del Instituto Novartis de Comunicación Biomédica

Leonor Rodríguez, cuya carrera se ha desarrollado casi íntegramente dentro de Grupo SANED, agradecía este premio, y sobre todo el tener la oportunidad de desempeñar cada día su trabajo en una profesión apasionante, pero que también exige altas dosis de responsabilidad y compromiso.

84

FORO DE EXPERTOS

LUIS PALOMO

Director de "Salud 2000"
(Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública)

10



PEDRO SOTO FERRANDO

Jefe del Servicio de Prevención de Hospitales NISA. Miembro de la Comisión de Seguimiento del REBA de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana)

14



GUSTAVO REIMERS

Responsable de Servicios Gestionados de Cloud en IBM España

18



FOROS EL MÉDICO

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Euskadi

Expertos en Salud Mental del País Vasco se han reunido para analizar la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos y retos de futuro, en el marco de una jornada presidida por el viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, Guillermo Viñegra García, en representación del consejero de Salud, Jon Darpón, quien finalmente no pudo asistir al encuentro, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España.

20

Especialistas en Sistema Nervioso Central

www.lundbeck.es

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



Buscando la inspiración para una gestión sostenible

La crisis y la gestión eficiente han sido el principal tema de debate dentro de las jornadas “La Gestión en tiempos de incertidumbre: Un espacio para la inspiración”, en las que SEDISA ha presentado sus propias 25 propuestas para redirigir el sistema hacia un futuro más sostenible.

64

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Zaida Sampredo



Directora general de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud

70

REPORTAJE

El tabaquismo, primera causa de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura

58



ENTREVISTAS



Entrevistas a
Diego Contreras 40
Cristina Contel 44
Jaume Pey 52
Jaime del Barrio 76

OTROS TEMAS

Presentación 3
Fue noticia 88
Sala de lectura 92
Información terapéutica 94
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 Boutiques

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros.

Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional APP Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M.

Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2013. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

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



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org

 **FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia

The image features a stack of white papers, slightly blurred to create a sense of depth. Two pens are positioned horizontally across the middle of the stack. The pen in the foreground is a gold-colored ballpoint pen with a silver-colored barrel. The pen behind it is also gold-colored but has a silver-colored barrel. The lighting is soft and even, highlighting the textures of the paper and the metallic surfaces of the pens.

• La
mirad

a maestra de la actualidad



Luis
Palomo



Pedro
Soto Ferrando



Gustavo
Reimers



Atención Primaria, salud y crisis

Autor | Luis Palomo. Director de "Salud 2000" (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública)

Las consecuencias de las crisis económicas sobre la salud deben ser motivo de preocupación para sanitarios y políticos. La población sufre esas consecuencias. Especialmente preocupantes son las repercusiones en las desigualdades sociales y sanitarias, así como las respuestas que se dan desde los servicios asistenciales, en especial, desde la Atención Primaria (AP), que es la puerta de entrada en el sistema de salud para la mayoría de la gente y para la gran mayoría de la gente de niveles socioeconómicos más bajos.



Luis Palomo

Disponer de indicadores válidos para medir la repercusión de las crisis y de las desigualdades sobre la salud es necesario para proponer medidas correctoras, sin embargo, esos indicadores no son tan sensibles como para detectar los cambios con la rapidez que desearían los científicos sociales y los salubristas concienciados. Por su parte, aquellos políticos a los que les incomoda el curso de las desigualdades puede que no estén muy interesados en que esos indicadores sean más fiables y se disponga de ellos con más rapidez.

Desde hace veinte años se han acumulado pruebas suficientes que demuestran que la AP es esencial para mejorar la salud de los pueblos. Que los países que disponen de una AP fuerte consiguen me-

Tener un médico de AP asignado durante tiempo se relaciona con descensos de la mortalidad, disminución de niños con bajo peso al nacer y con incrementos en la tasa de vacunaciones

jores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios (1). También se sabe que el nivel de salud es mejor en las zonas con mayor número de médicos de AP; que las personas que reciben cuidados preferentemente de médicos de AP son más saludables y que una buena AP se asocia con mejores indicadores de salud (2).

En Europa, según los estudios del instituto neerlandés NIVEL, los países con mejor AP tienen una población más sana. Una AP fuerte está asociada con una mejor salud de la población, mejor salud autopercibida y menos hospitalizaciones innecesarias. Las personas

que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser tratadas en AP (por ejemplo, enfermedad cardiaca isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma) pierden menos años de su esperanza de vida total. Ejemplos de países con fuerte Atención Primaria son Finlandia, Dinamarca, Países Bajos, Portugal, España y el Reino Unido (3).

Los datos proceden del análisis comparado de 99 indicadores, cualitativos y cuantitativos, entre otros: las políticas de salud y la financiación existentes; la organización y las prestaciones de los centros de Atención Primaria; las condiciones educativas y de trabajo de los profesionales; las condiciones de accesibilidad para los pacientes y la cooperación y la coordinación de la atención entre los trabajadores de la salud. En el estudio se detecta que la infraestructura de información en la mayoría de los países tiene que mejorar para facilitar los análisis comparativos del rendimiento de la AP en Europa (3).

La variable de AP que más se relaciona con la variación de los indicadores de salud es el número de médicos de AP. Se ha notificado que el número de médicos de AP/ 10.000 habitantes se relaciona con la mortalidad por todas las causas, con la mortalidad específica por cáncer, enfermedades cardio y cerebrovasculares, con la mortalidad infantil, con el bajo peso al nacer y con la mala salud autopercebida. Ajustando por nivel socioeconómico, también se relaciona con la prevalencia de tabaquismo, de obesidad y del uso del cinturón de seguridad. La asociación es más fuerte con el médico de AP que con el número de pediatras o de médicos internistas. La influencia del número de médicos de AP es tal que incrementos de 1 médico/100.000 habitantes se sigue de descensos de la mortalidad de 0,65/100.000 (2).

Tener un médico de AP asignado durante tiempo (longitudinalidad) se relaciona con descensos de la mortalidad, disminución de niños con bajo peso al nacer y con incrementos en la tasa de vacunaciones, así como mejoras en la calidad de las derivaciones. En España se han constatado descensos en la mortalidad por hipertensión arterial, por accidentes cerebrovasculares y por cáncer de pulmón (4).

Una AP fuerte mejora la cobertura de los cribados, de las tasas de vacunación, de la práctica de estilos de vida saludables y de la percepción de la salud. Los países con buena AP, con políticas públicas que favorecen la cobertura universal y el acceso equitativo, muestran mejores indicadores de mortalidad postneonatal, de bajo peso al nacer, de años de vida perdidos por suicidio y de mortalidad prematura por asma bronquial, por bronquitis, por enfisema, por neumonía y por enfermedad cardiovascular. Además disminuyen los costes totales en salud porque, entre otras cosas, disminuyen las hospitalizaciones. Según Starfield (5), una AP débil incrementa los costes con una correlación $r = 0,61$ ($p < 0,001$).

Evaluaciones de la Atención Primaria en España

La evaluación 2007-2012 de la Estrategia

AP XXI enumera los resultados en varios indicadores de actividad asistencial y de resultados en salud. Destacan los datos sobre calidad asistencial, sobre frecuentación, sobre comportamientos saludables de la población atendida, consumo de fármacos, coberturas vacunales, estrategias implantadas para mejorar la efectividad y la resolución, incidencia de enfermedades vacunables, tasas de complicaciones y/o de mortalidad prematura por enfermedades como la diabetes, asma, enfermedades cardiovasculares; estrategias de mejora de la continuidad asistencial, de la eficiencia, de la gestión y de la organización; gasto en Atención Primaria; recursos diagnósticos por comunidades autónomas y actividades formativas (6).

Otras revisiones aportan comparaciones nacionales e internacionales intentando vincular la AP con determinados resultados generales de la atención, como la atención a las patologías crónicas y agudas; a la salud mental; a la salud sexual y reproductiva; a la atención domiciliaria; a los estilos de vida y a las actividades preventivas; a la prescripción y uso racional del medicamento; a la incapacidad temporal. También se presta atención a la capacidad resolutoria de la AP mediante indicadores de derivación al hos-

pital, de utilización de servicios de urgencia y de atención a cuidados sensibles a los cuidados ambulatorios (7).

La experiencia internacional en la evaluación de la AP es objeto de análisis en un artículo del último informe SESPAS, en el cual se señala el escaso desarrollo de las fuentes de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan diagnósticos y documenten procesos y resultados intermedios de ámbito individual. Para subsanar esa carencia, en España se propuso en 2003 el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), cuyos primeros datos se publicaron en 2006. Desde entonces se han ido incorporando diferentes elementos, contando con la implicación de todas las comunidades autónomas. Los aspectos recogidos en la actualidad se refieren a la población asignada, los recursos disponibles, el catálogo de centros asistenciales, la oferta de servicios y la actividad desarrollada. La construcción de una base de datos con información clínica constituye el siguiente elemento con que dotar a este sistema de información (8).

Por su parte, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública





(FADSP) ha difundido recientemente un informe sobre la salud y el sistema sanitario en las comunidades autónomas donde se comparan datos de 2009 sobre salud, financiación, utilización del sistema sanitario, recursos humanos y tecnológicos, rendimiento/ calidad, factores de riesgo y opinión ciudadana (9).

En dicho informe se recogen datos, entre otros, de los siguientes indicadores: porcentaje de personas con valoración negativa de su estado de salud; mortalidad infantil; frecuentación en consulta de medicina de AP/persona/año; mortalidad prematura por cáncer por 100.000 habitantes meno-

res de 75 años; mortalidad prematura por cardiopatía isquémica; mortalidad prematura por diabetes mellitus; mortalidad prematura por enfermedad vascular; cobertura (porcentaje) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis; prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes mayores de 15 años; porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol; prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 18 y más años; índice de frecuencia de accidentes de trabajo por millón de horas trabajadas; incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes y valoración global

del sistema sanitario. Si analizamos la relación de esos indicadores con el número de médicos/1.000 habitantes las correlaciones obtenidas son discretas y sin significación estadística. Al añadir al número de médicos el PIB por comunidad autónoma, encontramos rectas de regresión estadísticamente significativas con la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica (r^2 corregido = 0,40), con mortalidad prematura vascular (r^2 corregido = 0,56), y con obesidad (r^2 corregido = 0,52), siendo el PIB per cápita la variable predictora que más satura el modelo en todos los casos y con relación inversa (al aumentar el PIB disminuye la mortalidad prematura vascular y por cardiopatía isquémica, y la prevalencia de obesidad).

La Atención Primaria y la crisis

La impaciencia ocasionada porque los datos en que se basan los indicadores más potentes tardan en “cantar”, no nos debe hacer perder la actitud vigilante. Poco a poco se van conociendo datos que ponen en relación las consecuencias de la crisis con problemas concretos de salud.

Aunque la relación entre crisis económica y nivel de salud es controvertida, porque se han comunicado mejoras en algunos indicadores durante las crisis en los países de altos y medianos ingresos, lo cierto es que los datos actuales nos permiten afir-

mar, por ejemplo, que las tasas de suicidio (10) o que los tres indicadores de mortalidad infantil están aumentando en Grecia desde el año 2008 (11). En España se mantiene la reducción conseguida hasta 2008 y no se incrementa dicha mortalidad.

Es sabido que cuando se reduce la financiación del conjunto de los servicios socia-

les públicos de un país, las previsiones indican que por cada 80 €/habitante/año recortados se incrementa la mortalidad general casi un 1 por ciento (0,99 por ciento); la mortali-

Por cada 80 euros/habitante/año recortados se incrementa la mortalidad general casi un 1 por ciento

dad debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8 por ciento, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3 por ciento y la mortalidad cardiovascular un 1,2 por ciento (12).

En España, los datos de evolución de la esperanza de vida difundidos por el INE relativos al primer semestre de 2011, mostraron que por primera vez en cincuenta años la esperanza de vida rompía su tendencia creciente y disminuía ocho centésimas respecto a 2010. Aunque era prematuro achacar ese mal dato a las consecuencias de la crisis, llamaba la atención el descenso en un año en que habían disminuido las muertes por accidente de tráfico, que es la causa de mortalidad que más contribuye a alargar la esperanza de vida. Afortunadamente la tendencia no se ha confirmado y en 2011 seguimos incrementando nuestra esperanza de vida respecto al año anterior, tanto en mujeres (85,0 años por 84,9 en 2010) como en hombres (79,2 por 78,9 en 2010) (13).

Hay otros indicadores no tan robustos como los del movimiento natural de la población, pero que merecen ser vigilados por su relación con las desigualdades o con la contribución de la AP a la eficiencia de la actividad asistencial. Por ejemplo, la frecuentación en AP, que suele guardar una relación inversa con las tasas de hospitalización. En España tenemos un sistema sanitario muy centrado en la AP, con

una red a este nivel muy extendida, de calidad y con gran accesibilidad, gracias a eso nuestra tasa de hospitalizaciones es de las más bajas de Europa (14). Esa misma accesibilidad de nuestra AP hace que tengamos mejores niveles de equidad en necesidad insatisfecha por demasiada espera, por lejanía del servicio o por barreras económicas (15).

Los recortes sanitarios no están afrontando mejoras en la eficiencia, son sólo recortes. A pesar de ello nuestra Sanidad ha sido, al menos hasta ahora, notablemente eficiente en la relación resultados/coste en la comparación internacional, en los indicadores tradicionales de mortalidad y esperanza de vida y también en supervivencia al cáncer, mortalidad prematura evitable por el buen desempeño del sistema sanitario y esperanza de vida libre de incapacidad.

Los recortes de la crisis están afectando (deteriorando) más la financiación de la Atención Primaria que la de Atención Especializada (incluido el gasto de personal) en el conjunto del país. Las desigualdades en el gasto sanitario público per cápita se han incrementado desde la pérdida del carácter finalista de la financiación sanitaria ocurrida en 2001 y la última gran descentralización sanitaria de 2002. Entre 2001 y 2010 las desigualdades se han duplicado y han alcanzado el máximo de los últimos 20 años. Muy probablemente, la crisis económica esté contribuyendo al incremento de las desigualdades en el gasto sanitario público per cápita entre las CC.AA. y la Atención Primaria es el sector funcional del sistema en el que se detecta una mayor desigualdad en su gasto per cápita entre las CC.AA. (16).

Tener una financiación suficiente es necesario para que la AP sea fuerte, y con ello mejorar el acceso a los servicios necesarios; mejorar la calidad técnica y humana de la atención; prestar más atención a la prevención realmente adecuada (vacunaciones sistemáticas, por ejemplo); mostrar una actitud activa para atender precozmente a problemas de salud potencialmente graves; reducir las hospitalizaciones evitables; reducir la Atención Especializada

innecesaria y/o potencialmente dañina y favorecer el efecto acumulativo de la continuidad asistencial y de la longitudinalidad.

Para poder analizar las transformaciones que se produzcan en la salud y el sistema sanitario como consecuencia de las restricciones económicas producidas por la crisis y por la aceleración del proceso privatizador, es necesario disponer de información puntual y transparente, y perfeccionar los mecanismos de obtención de indicadores, y buscar indicadores nuevos cada vez más sensibles a los cambios de salud que se puedan producir ■

Bibliografía

1. Starfield B. Is Primary Care Essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.
2. Starfield B, Macinko J, Shi L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 (3): 457-502.
3. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: NIVEL, 2012. Accesible en: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf> (Acceso 04-01-13).
4. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin ML, Gil M, Borrell C, Ferran M et al. Evaluación del impacto en la salud de la Reforma de la Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24: 468-74.
5. Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. *Health Policy*. 2002; 60: 201-18.
6. Proyecto AP21 - Informe 2012. Estrategias en Atención Primaria para el Siglo XXI. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Informe de seguimiento. Accesible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf. (Acceso: 06-03-13).

7. Casajuana J, Romea S. Resultados clínicos de la Atención Primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A (coordinadores). *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: IDIAP Jordi Gol 2009; Pags. 11-45.
8. Ichaso MS, García S. Indicadores en Atención Primaria: la realidad o el deseo. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(S): 27-35. Accesible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?_f=10&pident_articulo=90101368&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=100&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26nSupl.1a90101368pdf001.pdf (Acceso 11-03-13).
9. La salud y el sistema sanitario en las comunidades autónomas. Accesible en: <http://www.fadsp.org/index.php/observatorio-ccaa/informe-2012> (Acceso: 02-02-13).
10. Economou M, Madianos M, Theletis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*. 2011; 378: 1459-63.
11. <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/los-ninos-primaras-victimas-mortales-de.html>. (Acceso 13-02-13).
12. Stuckler D, Basu S, McKee M. "Budget crises, health, and social welfare programmes". *BMJ*. 2010; 340: c3311.
13. <http://www.ine.es/prensa/np759.pdf>. (Acceso: 12-03-13).
14. Sánchez-Bayle M, Palomo L. El número de consultas médicas: ¿es excesivo en España? *Aten Primaria*. 2012; 44: 445-7.
15. <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/equidad-de-accesonuestrosistema.html?showComment=1361382421397>. (Acceso 16-02-13).
16. <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/11/desigualdades-en-el-gasto-sanitario.html#more> (Acceso 16-02-13).



La asistencia sanitaria en accidentes de riesgo biológico

Autor Pedro Soto Ferrando. Jefe del Servicio de Prevención de Hospitales NISA. Miembro de la Comisión de Seguimiento del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA) de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana)

Se considera exposición laboral accidental a agentes biológicos toda inoculación o contacto accidental de la piel no intacta o mucosas con sangre, tejidos u otros fluidos corporales potencialmente contaminados por agentes biológicos, que los trabajadores de los centros sanitarios sufran con ocasión del trabajo. Esta definición comprende desde una herida producida al sanitario con un instrumento cortante utilizado previamente con el paciente a una salpicadura de sangre en el ojo. Evidentemente, como accidente, se trata casi siempre de una herida muy leve, pero el riesgo estriba en que se puede desencadenar una enfermedad profesional por virus transmisibles por sangre, concretamente virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y del SIDA.

El riesgo de transmisión de la enfermedad en el caso de una herida con material contaminado por sangre de un enfermo es muy variable:

- Hasta el 30 por ciento en caso de hepatitis B (VHB) si el sanitario no está inmunizado.
- El 1,8 por ciento en el caso del virus de la Hepatitis C (VHC)
- El 0,3 por ciento en el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

No obstante las cifras varían considerablemente en función de la carga viral del paciente y de la cantidad de sangre que entre en contacto con el árbol vascular del trabajador. El riesgo de seroconversión en caso de salpicadura de sangre sobre conjuntiva o mucosas no está bien establecido. Si la salpicadura se produce sobre piel intacta, el riesgo es nulo.

La Unión Europea describe estas lesiones con exposición a agentes biológicos como “una de las amenazas más graves para la



Pedro Soto Ferrando

salud y seguridad en los lugares de trabajo europeos (...) que se estima causan un millón de lesiones al año” (*European Parliament. Preventing needle-stick injuries in the health sector. 11 February 2010*).

Regulación legal

Las enfermedades profesionales están reguladas en nuestra legislación por el Real Decreto 1299/2006 que aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales. En el grupo 3 del citado cuadro se incluyen las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos, y con el código 3A0101

se especifica “enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (...)”.

En el Estado Español hay cinco comunidades autónomas, siendo pionera la de Madrid, que han legislado respecto a estos materiales de bioseguridad

Si nos atenemos a las estadísticas oficiales, el problema parece de escasa trascendencia. Efectivamente, en todo el año 2011, a nivel estatal hay 324 casos de enfermeda-

des infecciosas del grupo 3.A. No obstante es generalmente admitida la propuesta del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que para aproximarnos al

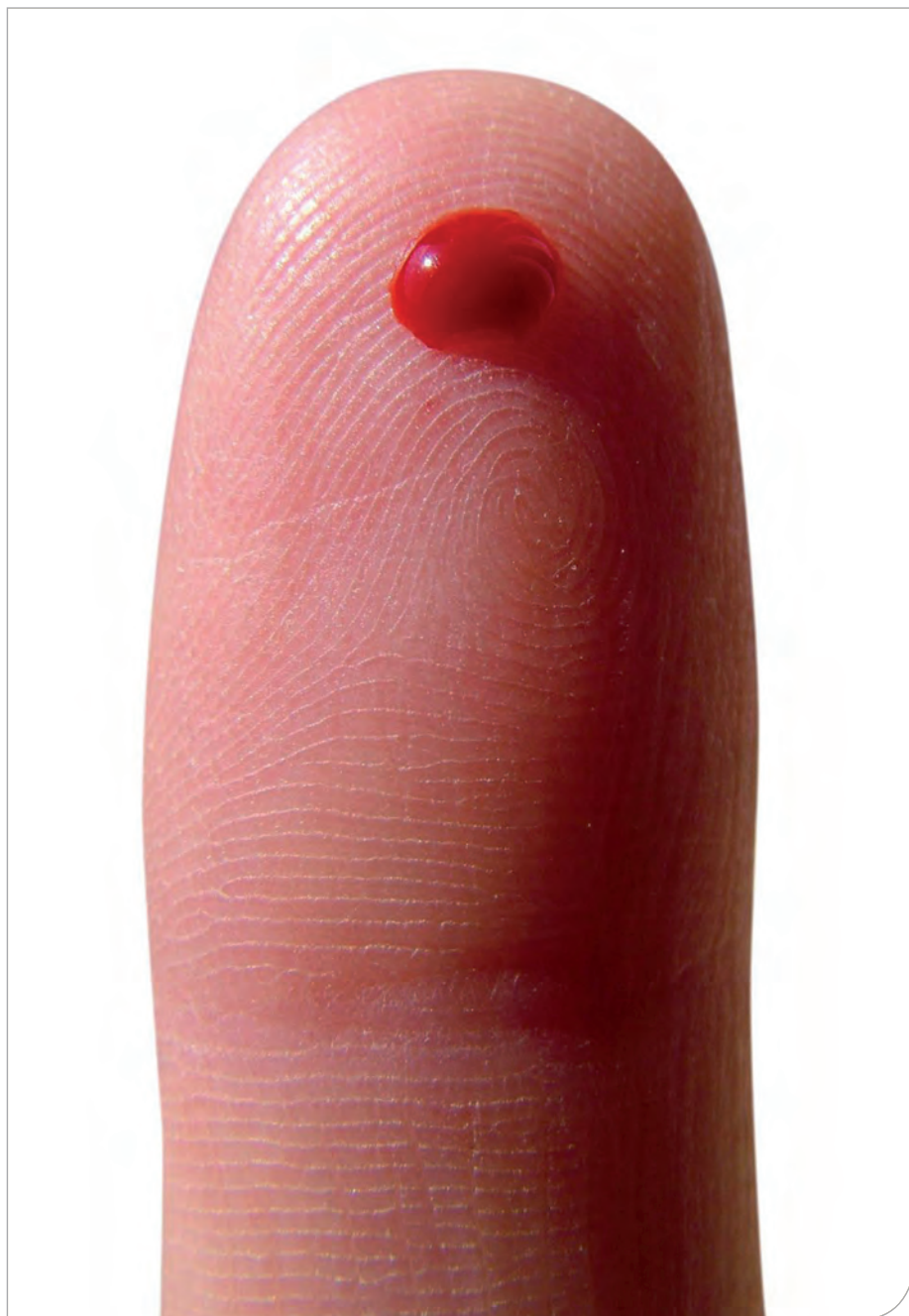
valor real, deberíamos multiplicar estas cifras por 10. Este desfase entre la estadística oficial y la realidad puede explicarse por importantes fallos en nuestro sistema de diagnóstico precoz y por una legislación más orientada a la indemnización del daño y la represión que a la prevención.

Respecto al tema concreto del accidente de riesgo biológico, los esfuerzos lógicamente deberán concentrarse en la prevención del mismo. Para ello hay una base legal genérica en la Ley 3171995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y una concreción en el Real Decreto 664/1997 sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo...

No obstante, en el tema de accidente de riesgo biológico en personal sanitario existe una legislación específica: Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010 que aplica el acuerdo marco para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes del sector hospitalario y sanitario. La Directiva se aplica a todo el personal de hospitales y sector sanitario, tanto público como privado. Tiene como objetivo prevenir las lesiones por material cortopunzante en profesionales sanitarios. Establece las siguientes obligaciones:

- Realización de una evaluación del riesgo de exposición a agentes biológicos.
- Proporcionar a los trabajadores la información y formación necesarias referentes a sus riesgos biológicos, políticas, procedimientos de prevención y buenas prácticas.
- Establecer un sistema de notificación y registro de todos los accidentes de riesgo biológico.
- Dar asistencia sanitaria a los trabajadores accidentados, realizando las pruebas necesarias, profilaxis post-exposición, seguimiento y tratamiento si fuera necesario. Todo ello con la debida confidencialidad de toda información médica.

Cabe destacar que la Directiva establece la obligatoriedad de implementar dispositivos



de bioseguridad de forma universal y uso obligatorio que sustituyan a los instrumentos tradicionales (catéteres periféricos, agujas subcutáneas, lancetas, etc.). La fecha límite para implantar los materiales de bioseguridad en todos los estados miembros es el 11 de mayo de 2013.

Ciertamente, ya existían en el Estado Español cinco comunidades autónomas, siendo pionera la Comunidad de Madrid, que habían legislado respecto a estos materiales

de bioseguridad, pero su implantación ha sido irregular. A partir del 2010 existe legislación común europea y la citada fecha límite.

Asistencia inmediata

Además del coste económico de la asistencia a un trabajador accidentado, existen unos efectos intangibles que deberán tenerse en cuenta para prestar una correcta asistencia al sanitario afectado:



- Sensación de rabia e impotencia que sufre el trabajador cuando se accidenta con material que él no había utilizado y que se incrementa si el paciente fuente es desconocido.
- La ansiedad generada ante un riesgo de seroconversión en caso de un paciente fuente que presente infección confirmada. A ello se une la molestia personal de los controles periódicos.
- El temor (injustificado) ante una posible incapacidad permanente consecuencia de su enfermedad profesional.

La primera actuación a nivel local debe ser forzar ligeramente el sangrado de la herida (aunque no existe evidencia demostrada de su utilidad), lavar con agua y jabón y aplicar un antiséptico, nunca un producto cáustico (aunque algunas publicaciones antiguas recomendaban lejía, actualmente está totalmente descartada). Inmediatamente el accidentado deberá comunicar el hecho a su inmediato superior el cual rellenará el parte interno de accidente. Este último paso es imprescindible para un correcto seguimiento y poder establecer acciones preventivas.

La siguiente actuación será sobre el paciente fuente (si éste es conocido) en el que se había utilizado el instrumental. Deberá averiguarse su estado serológico consultando la historia clínica y si ésta no aporta ningún dato, será necesario solicitar su consentimiento para la realización de analítica. Se le solicitará determinación de Antígeno Australia, Anticuerpos anti-VHC y Anticuerpos anti-VIH.

La situación más lamentable es aquella en que el paciente fuente era desconocido, porque frecuentemente indica que la persona accidentada no era la que estaba utilizando el material. En este caso deberá darse la debida información al accidentado y recomendarle los controles analíticos en el momento del accidente, a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses. Actualmente no se considera necesario el control anual como hace algún tiempo. Es muy importante recalcar, si el accidentado es personal no sanitario, que el primer control

negativo no excluye el riesgo de contagio.

Las determinaciones analíticas básicas que deben hacerse al trabajador, tanto en analítica inicial como en las sucesivas son: Antígeno Australia, Anticuerpos de superficie, Anticuerpo Core total, Anticuerpos anti virus hepatitis C y anticuerpos anti Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH 1 + 2).

Si el paciente fuente era conocido, una vez tengamos los resultados de su analítica pueden plantearse cuatro situaciones distintas:

1. Paciente fuente con serología negativa: no existe riesgo de transmisión de la enfermedad. No se contempla la posibilidad de que el paciente estuviera en periodo ventana. Las probabilidades son tan bajas que no se aconseja realizar el seguimiento del trabajador accidentado. No obstante sí que es recomendable hacerle una única analítica en el momento del accidente por dos razones:
 - Conoceremos el estado serológico del trabajador y puede ser útil para un diagnóstico precoz, en cuyo caso debe ser remitido al especialista de infecciosos, pero lógicamente no podrá considerarse un contagio consecuencia del accidente.
 - Permitirá conocer la situación del trabajador respecto a la hepatitis B e informarle si es necesario iniciar vacunación, completar la pauta vacunal, dar una nueva pauta, dar dosis de refuerzo, o bien si está adecuadamente protegido por presentar una tasa de anticuerpos superior a 10 miliunidades.
2. Paciente fuente VHB positivo: si el trabajador está vacunado y se demuestra que es respondedor, no precisa seguimiento ni ninguna otra acción profiláctica. Por el contrario, en los casos de trabajador no vacunado, vacunación incompleta y vacunado no respondedor, se deberá:
 - Hacer analítica de seguimiento en el momento del accidente, a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses.
 - Iniciar o completar la pauta vacunal.

- Dar una dosis de inmunoglobulina en las primeras 72 horas y preferiblemente en las primeras 24. Se administrarán dos dosis con intervalos de un mes en vacunados NO-respondedores.

3. Paciente fuente virus hepatitis C positivo: en el momento presente no existe ninguna profilaxis post-exposición de eficacia demostrada. Tampoco existe inmunoglobulina específica, y la inmunoglobulina inespecífica no resulta útil. Deberá hacerse el seguimiento analítico estándar en el momento 0, a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses. Además en la analítica de las 6 semanas se solicitará el RNA-VHC y valorar el aumento de las transaminasas porque puede contribuir a un diagnóstico precoz que es hacia donde deben encaminarse los esfuerzos en el caso de contacto accidental con el virus de la hepatitis C.
4. Paciente fuente Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo: como en casos anteriores deberá hacerse analítica en el momento del accidente y seguimiento a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses. Además habrá de valorarse la profilaxis post-exposición (PPE) según dos criterios combinados:
 - Cantidad de sangre en contacto con la herida: el riesgo de transmisión es muy importante con una aguja hueca en contacto previo con el árbol vascular del paciente. O bien con un instrumento visiblemente contaminado de sangre como una hoja de bisturí. El riesgo será menor con una aguja subcutánea o intramuscular. Además dicho riesgo se minimiza (se reduce en un 50 por ciento) en caso de pinchazo a través de guante.
 - Carga viral del paciente: en caso de una persona VIH positiva bien tratada y con una carga viral indetectable, el riesgo de transmisión es muy escaso, prácticamente nulo. Por contra, un paciente infectado y no tratado, así como un enfermo de SIDA terminal, tendrán una elevada carga viral y deberá proponerse al trabajador accidentado PPE. La PPE deberá iniciarse, si es posible, antes de las 6 horas del accidente y



nunca después de las 72 horas. La pauta convencional es con tres fármacos: Tenofamovir y Efavirez, o bien Zidovudina y Lamivudina, a los que se añadirá un inhibidor de la proteasa. El trabajador accidentado deberá remitirse siempre al especialista de infecciosos por los cambios y actualizaciones constantes en los fármacos antiretrovirales de la PPE, así como por el control necesario para su tratamiento.

Inmediatamente el accidentado deberá comunicar el hecho a su superior el cual rellenará el parte interno de accidente

Recomendaciones generales durante el seguimiento

El trabajador accidentado deberá abstenerse de donar sangre en el periodo de seguimiento (6 meses) aún en el caso de que el paciente fuente sea desconocido. En las relaciones sexuales deberá utilizarse preservativo. Cabe recordar que la hepatitis B y el SIDA tienen vía de transmisión sexual. La hepatitis C no se reconoce una vía sexual de transmisión, pero caso de existir sangre (por ejemplo restos de sangre menstrual) también se aconseja el uso del preservativo.

En el caso de un accidente con sangre de un paciente VIH positivo, se debe valorar la suspensión de la lactancia natural, especialmente en exposiciones de alto riesgo, o sea elevada carga viral del paciente fuente y contacto con gran cantidad de sangre infectada. Cabe recordar que la leche materna transmite el VIH. En los casos del VHC y VHB no es necesaria la interrupción de la lactancia materna.

Durante el seguimiento no está justificada la restricción de la actividad asistencial. Esta situación sólo debe plantearse en caso de seroconversión, tanto por causa laboral como por enfermedad común, pero ello debe ser objeto de un estudio detallado ■



El cloud, pieza clave para los avances en Medicina

Autor | Gustavo Reimers. Responsable de Servicios Gestionados de Cloud en IBM España

El sector sanitario se está preparando para un futuro no muy lejano en el que la secuenciación del genoma completo se convierta en rutina y en donde el médico tenga una mejor comprensión de cada paciente, ofreciendo un nuevo nivel de atención de pacientes personalizado. Para ello, la tecnología en la nube puede ser el instrumento fundamental.



Gustavo Reimers

A medida que la población aumenta, así como su esperanza de vida, aparece una mayor necesidad de que se produzcan avances tecnológicos innovadores para resolver los problemas médicos que les afectan. En las últimas cinco décadas, la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado de los 75 a los 80 años y la de los hombres de 65 a 70. El aumento de la longevidad y de la cantidad de pacientes crónicos, ha hecho que la demanda de asistencia sanitaria sea cada vez mayor.

Estos hechos, junto con el crecimiento de los países en vías de desarrollo y las limitaciones de capital, están sentando las bases de una nueva ola de innovación médica, especialmente en el área de la investigación genómica,

En la era del “Big Data Genómico”, el compartir datos de forma segura se ha convertido en un problema importante para la investigación. El avance de la informática en la nube puede amainar este problema

es decir, en el estudio del origen, la evolución y el funcionamiento de la información genética de los organismos. Compartir la información genómica entre la comunidad mundial médica y científica puede suponer un gran avance de la medicina personalizada. Sin embargo, es necesario hacerlo de una forma segura y haciendo especial hincapié en la protección de datos del paciente.

Mientras los costes de secuenciación de ADN son cada vez menores, la cantidad de datos que genera esta actividad crece a ritmos exponenciales. Sin embargo, en la era del “Big Data Genómico”,

el compartir grandes cantidades de datos de forma segura se ha convertido en un problema importante para la investigación.

El avance de la informática en la nube puede amainar este problema permitiendo la democratización de la genómica, aumentando la colaboración científica, la educación y el intercambio cultural entre los países de forma exponencial. Además, los avances significativos en autenticación y autorización han hecho que la nube sea más segura que nunca. Muchas organizaciones de investigación pequeñas encuentran que los grandes centros de nube, gestionados por proveedores tecnológicos ofrecen seguridad y flexibilidad para garantizar que sus datos están protegidos.

Diversos factores y circunstancias pueden conducir a la adopción de estos nuevos enfoques para poder avanzar en el desarrollo de la Medicina personalizada. Hoy



en día, para muchos laboratorios de investigación comprar y mantener un sistema capaz de almacenar y procesar petabytes potenciales de datos sigue siendo una propuesta costosa. Buscar la manera de hacer más asequible el almacenamiento, el procesamiento y el análisis de datos es el principal desafío para los proveedores tecnológicos.

Asimismo, si los médicos o investigadores quieren colaborar con sus compañeros, sus infraestructuras de TI no tendrán el ancho de banda para soportar el envío de los datos en bruto, incluso para un solo geno-

Buscar la manera de hacer más asequible el almacenamiento, procesamiento y el análisis de datos es el principal desafío para los proveedores tecnológicos

ma. Esta es la razón por la cual muchas instituciones están optando por la nube

para manejar enormes conjuntos de datos científicos.

Los datos disponibles en la nube podrían permitir a los médicos igualar secuencias de genomas a conjuntos de muestras de tejidos normales o tumorales de pacientes con cáncer. Estos datos serían una rica fuente de información sobre muchos otros tipos de enfermedades. Los historiales médicos se verán reforzados con este nivel de conocimiento más profundo, para que los médicos puedan recetar -de forma más eficiente- los distintos medicamentos y tratamientos que el individuo necesite ■



El Médico

FUNDACION BAMBERG

Lundbeck



FOROS EL MÉDICO/FUNDACIÓN BAMBERG
EN SALUD MENTAL



SE CELEBRA UNA JORNADA ORGANIZADA POR
EL MÉDICO, LA FUNDACIÓN BAMBERG Y LUNDBECK ESPAÑA

El trabajo en red, la integración
y la continuidad asistencial,
y el desarrollo de una estrategia sociosanitaria
entre los principales retos de la

Salud Mental de Euskadi

Texto | Ana Montero

Fotos | Javier Samar



Expertos en Salud Mental del País Vasco se han reunido para analizar la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos y retos de futuro, en el marco de una jornada presidida por el viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, Guillermo Viñegra García, en representación del consejero de Salud, Jon Darpón, quien finalmente no pudo asistir al encuentro, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España.

Sin Salud Mental no hay salud”. Con esta declaración de principios, acuñada por la OMS a finales de los años 90 e incorporada posteriormente en la estrategia de Salud Mental de otras instituciones como la Organización Panamericana de la Salud o en la Declaración de Helsinki en Salud Mental, ha comenzado la intervención de Guillermo Viñegra García, viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, en la jornada “Foros en Salud Mental”, acto que presidía en nombre del consejero de

Salud, Jon Darpón, quien finalmente no pudo acudir al encuentro. En la sesión de trabajo, organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, la Fundación Bamberg y Lundbeck España, expertos en Salud Mental del País Vasco se han reunido para analizar la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos y retos de futuro.

Junto al viceconsejero, participaron en el encuentro: Antonio Arraiza Armendáriz, director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza; Iñaki Betolaza San Miguel, director de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco; José Antonio de la Rica, coordinador socio-sanitario del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y coordinador de Salud Mental de dicha comunidad; Eguzkine de Miguel, directora gerente de la Red de Salud Mental de Araba; Carlos Pereira Rodríguez, director gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia; José Ignacio Quemada, director mé-

co del Hospital Aita Menni; Izaskun Antizar, directora médica del Hospital San Juan de Dios; José J. Uriarte Uriarte, jefe de Unidad de Gestión Clínica de la Red de Salud Mental de Bizkaia; Francisco Chicharro Lezcano, jefe de Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental infantojuvenil de la Red

de Salud Mental de Bizkaia; Fernando Mosquera Ulloa, director médico de la Red de Salud Mental de Araba; Álvaro Iruin, director gerente de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa; Miguel Ángel González To-

rres, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto; Iñaki Eguiluz, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces; José A. Martín Zurimendi, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakao-Usansolo; Imanol Querejeta, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Donostia; Miguel Gutiérrez Fraile, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Araba y presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Así pues, tal y como ha subrayado el viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica de Euskadi es “buena, viva, compleja y en movimiento, con unos recursos materiales y humanos excelentes y con importantes retos en su expansión y concepción transversal y sostenible”. Además, en ella se ha producido una reforma “tranquila, razonable e inteligente”, como apuntaba Francisco Chicharro Lezcano, jefe de Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Infantojuvenil de la Red de Salud Mental de Bizkaia, donde

conviven lo moderno con lo tradicional, con un marco de referencia claro, la Estrategia de Salud Mental elaborada por el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi (CAPV) y presentada en el año 2011, en línea con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre cuyos retos están: la prevención de las enfermedades psiquiátricas; la promoción de la Salud Mental; la atención a los trastornos mentales; la coordinación y colaboración intra e interinstitucional; la lucha contra el estigma de la enfermedad; la formación de los profesionales y la investigación en Salud Mental, todo desarrollado a través del modelo comunitario que normaliza la relación de las personas con trastornos mentales con la comunidad e incorpora en todos los ámbitos los valores de autonomía; continuidad de cuidados y tratamiento; accesibilidad; atención integral; equidad; recuperación personal; responsabilización y calidad.

Tal y como se recoge en la Estrategia, el País Vasco lleva desarrollando desde hace más de 25 años un modelo que ha permitido la creación de una red sanitaria de atención a la Salud Mental, de base y orientación comunitaria e integrada en el sistema sanitario público, que alcanza la máxima expresión del proceso de normalización en el desarrollo de las unidades de agudos dentro de los hospitales generales, la ubicación comunitaria de los centros de Salud Mental y estructuras intermedias y la relación con la Atención Primaria, como punto de contacto con la Salud Mental para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la consolidación de ese modelo comunitario de atención a la Salud Mental no ha acabado con algunas formas tradicionales de prestación de servicios, como la hospitalización de larga estancia en hospitales psiquiátricos. En este contexto, el



viceconsejero de Salud ha explicado que la Salud Mental y el desarrollo de los dispositivos asistenciales han de ser vistos “en un contexto histórico y cultural” en el que, partiendo de los hospitales psiquiátricos de las diputaciones forales, en el caso de Bizkaia y Araba, y de la ausencia de hospitales psiquiátricos públicos en Gipuzkoa, se han recorrido distintos caminos”, según sus propias palabras.

Un ejemplo de ese modelo distinto de evolución ha sido Gipuzkoa, como puntualizaba Imanol Querejeta, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Donosti, “el hospital psiquiátrico público, adscrito en su día al desaparecido hospital provincial de Gipuzkoa y gestionado por la Diputación, se convirtió en lo que hoy es el Servicio de Psiquiatría. Esta es otra diferencia de Gipuzkoa, que no hay hospitales psiquiátricos propios, estando la transmisión de la información con los centros concertados fuera de la historia clínica común”.

Así pues, esa variabilidad y diversidad territorial, tanto en servicios como en dispo-

sitivos, algunos desarrollados y evolucionados de diferente manera, incluso a distintas velocidades, como han apuntado, encuentra una “casa común” en la Estrategia de Salud Mental y, además, ha promovido proyectos e iniciativas de gran valor que han servido para enriquecer el conocimiento en el campo de la Salud Mental y han contribuido a la creación de las estructuras organizativas que son, en estos momentos, las redes de Salud Mental de cada territorio. En el otro extremo de esta variabilidad están los servicios de Psiquiatría de los hospitales generales, con criterios mucho más homogéneos entre sí, determinados por su ubicación y filosofía asistencial, tal y como ha determinado Viñegra.

En este contexto, según ha informado el viceconsejero, en el año 2012 se presentaba un informe sobre el estado de la Estrategia

que determinaba que la red de organizaciones, servicios e instituciones estaba alineada con los presupuestos generales y las líneas estratégicas y, sobre todo, reflejada en el contenido asistencial y estratégico en aquellas líneas que tratan del desarrollo de la atención a los trastornos mentales, coordinación, formación e investigación, “abundando en evidencias que denotan un grado considerable de implantación de la Estrategia en su primer año”, según Viñegra.

Euskadi cuenta con la mayor tasa de profesionales de la Salud Mental por 100.000 habitantes, según el Observatorio AEN de Salud Mental

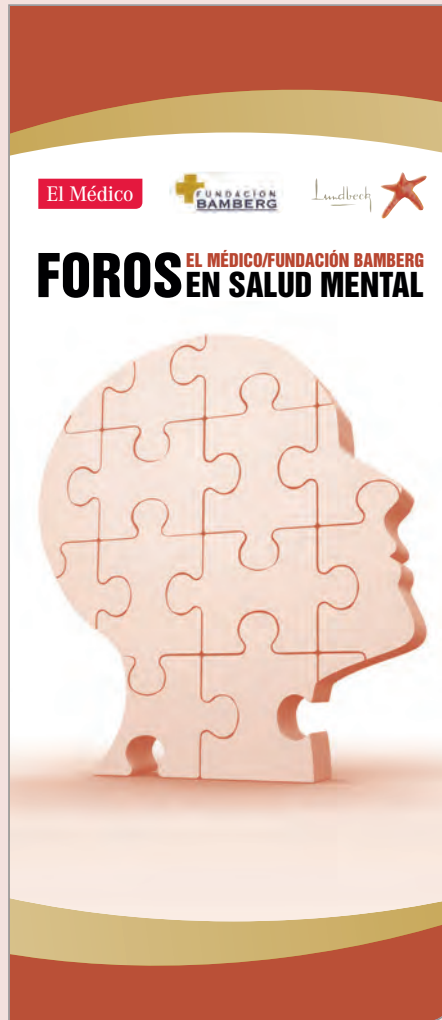
“Las líneas de promoción de la Salud Mental, la prevención de las enfermedades psiquiátricas y la lucha contra el estigma tienen menos presencia como organizadoras de acciones concretas, no

obstante, aparecen como áreas de mejora en la implementación de políticas de sostenibilidad muy relacionadas con estas áreas programáticas y transversales”, ha señalado el viceconsejero, una idea que también ha



CONCLUSIONES ENCUESTRO SALUD MENTAL EN VITORIA-GASTEIZ

- La situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica de Euskadi, tal y como han coincidido todos los expertos, es buena, viva, compleja y en movimiento, en ella se ha producido una reforma tranquila y razonable, donde conviven lo moderno con lo tradicional, con un marco de referencia estratégico claro, entre cuyos retos están: la prevención de las enfermedades psiquiátricas; la promoción de la Salud Mental; la atención a los trastornos mentales; la coordinación y colaboración intra e interinstitucional; la lucha contra el estigma de la enfermedad; la formación de los profesionales y la investigación en Salud Mental, todo desarrollado a través del modelo comunitario que normaliza la relación de las personas con trastornos mentales con la comunidad e incorpora en todos los ámbitos los valores de autonomía; continuidad de cuidados y tratamiento; accesibilidad; atención integral; equidad; recuperación personal; responsabilización y calidad.
- El desarrollo de sus dispositivos asistenciales han de ser vistos “en un contexto histórico y cultural” en el que, partiendo de los hospitales psiquiátricos de las diputaciones forales, en el caso de Bizkaia y Araba, y de la ausencia de hospitales psiquiátricos públicos en Gipuzkoa, se han recorrido distintos caminos.
- Esa variabilidad y diversidad territorial, tanto en servicios como en dispositivos, algunos desarrollados y evolucionados de diferente manera, incluso a distintas velocidades, encuentra una “casa común” en la Estrategia de Salud Mental y, además, ha promovido proyectos e iniciativas de gran valor que han servido para enriquecer el conocimiento en el campo de la Salud Mental y han contribuido a la creación de las estructuras organizativas que son, en estos momentos, las redes de Salud Mental de cada territorio. En el otro extremo de esta variabilidad están los servicios de Psiquiatría de los hospitales generales, con criterios mucho más homogéneos entre sí,



determinados por su ubicación y filosofía asistencial.

- En este marco, se ha incidido en el papel de los hospitales psiquiátricos, tema en el que es necesario establecer un debate técnico, en el que participen todos los agentes, acerca de su papel futuro en la Estrategia de Salud Mental. En este sentido, algunos expertos se han posicionado a favor de transformar los hospitales psiquiátricos y convertirlos en espacios polivalentes que den respuesta a situaciones complicadas que tengan como denominador común la alteración conductual y/o cognitiva del paciente y la pérdida de su autonomía. Sin embargo, otros piensan que el futuro de los hospitales psiquiátri-

cos debe orientarse a su progresiva desaparición, en la medida en que sus recursos puedan movilizarse y transformarse en otros recursos modernos, accesibles, y comunitarios.

- Como áreas de excelencia, se ha destacado el “esfuerzo” en la dotación de recursos asistenciales y humanos, de hecho, Euskadi cuenta con la mayor tasa de profesionales de la Salud Mental por 100.000 habitantes; el papel de Osakidetza, también en Salud Mental, por su calidad y apuesta por la innovación y la investigación; también el impulso en materia de implantación de procesos asistenciales y el desarrollo de políticas de calidad. Como prácticas excelentes, también se ha destacado el alto porcentaje de cumplimiento de medidas de seguridad penitenciarias en hospitales públicos de manera normalizada.
- Como principales oportunidades, los expertos han destacado la necesidad y el reto de trabajar en red, y en este sentido, el desarrollo de las TICS tiene un papel clave ya que desempeñan una función innovadora. En definitiva, el trabajo en red se plantea como tarea común de todas las organizaciones, independientemente de su estructura, y queda de manifiesto que el día a día está lleno de oportunidades para colaborar y trabajar en red. Ejemplos como la historia clínica integrada o el historial farmacoterapéutico electrónico, que dan una visión integral del paciente, son herramientas imprescindibles para avanzar en la integración asistencial. En este punto, algunos expertos identifican como necesidad la implantación de estas herramientas también en los centros concertados.
- Dentro del modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la Salud Mental, uno de los principios del que se derivan las líneas y objetivos propuestos en la Estrategia de Salud Mental es el de autonomía de los pacientes. En este contexto, los expertos han manifestado

que la principal manera de favorecer su autonomía y autosuficiencia es a través de un buen tratamiento, dando servicios basados en criterios técnicos, no ideologizados, garantizando al paciente una continuidad asistencial. Uno de los retos es ambulatorizar todos los procesos lo más posible y utilizar la hospitalización para momentos puntuales y críticos, intentando que el paciente siga un tratamiento cercano a su vida diaria y no se desvincule de ella. Aquí se ha aludido también al concepto de unidad de día, dirigido a disminuir la hospitalización de los pacientes y a prevenir los ingresos.

- También se ha expuesto como punto fundamental la lucha contra la estigmatización, un problema que se debe abordar desde diferentes perspectivas y a través de acciones impulsadas por las instituciones y por la sociedad en su conjunto. En este sentido, se ha dejado de manifiesto que existe una preocupación por la integración de las personas con problemas mentales en el mundo laboral. Además, para algunos expertos la asistencia psiquiátrica integrada ha contribuido a fomentar la desestigmatización.
- Uno de los retos que plantea la Estrategia de Salud Mental de la comunidad es la integración y la continuidad asistencial, en este sentido, los expertos han subrayado el papel de las OSI (Organizaciones Sanitarias Integradas) y cómo éstas están avanzando e implantándose en el territorio. En este contexto, los servicios de asistencia psiquiátrica y Salud Mental no pueden estar al margen ya que es la manera de avanzar hacia un modelo más integrador.
- En este contexto, surge también la necesidad de desarrollar, impulsar y vertebrar el espacio sociosanitario y, por tanto, la coordinación de esa red.
- El espacio sociosanitario es un espacio común, un terreno compartido pero no

un terreno en el que todos tengan que hacer lo mismo. La idea de transinstitucionalización, en el sentido que desde lo social se expone, pretende igualar conceptualmente las actuaciones de los distintos ámbitos y establece implícitamente una diferencia, a entender de los expertos injusta y arbitraria, entre las personas que han de ser desinstitucionalizadas con todos los demás usuarios de los servicios sociales.

- También, han identificado como propósito de futuro la elaboración de una guía comunitaria del medicamento, que establece mecanismos de actualización y de uso a nivel hospitalario y extrahospitalario. En esta línea del manejo farmacoterapéutico de las enfermedades psiquiátricas, los expertos consideran que, más allá de estandarizar estos tratamientos, el desafío es personalizarlos, de manera que cada paciente reciba el tratamiento más conveniente.
- En materia de drogodependencias, los expertos han señalado que el Plan de Adicciones enlaza muy bien con las cuestiones de promoción y prevención de las enfermedades mentales, y han evidenciado como reto la atención a la patología dual.
- Igualmente, se ha demandado un mayor entendimiento y colaboración entre profesionales de distintas especialidades, y se ha puesto de relieve la importancia de los procesos multidisciplinares.
- En otro orden de cosas, se ha señalado que en el marco de la atención sanitaria y psiquiátrica a los pacientes que cumplen penas, privativas o no de libertad, a través de los dispositivos de Osakidetza, se están incorporando nuevas tecnologías y programas pioneros de telemedicina.
- Por último, se ha destacado la importancia de potenciar programas para la detección y el tratamiento de psicopatologías de la infancia-adolescencia, como estrategia para evitar su cronicidad.

defendido José Antonio de la Rica, coordinador sociosanitario del País Vasco y coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Como áreas de excelencia, se ha destacado el “esfuerzo” en la dotación de recursos asistenciales y humanos, de hecho, Euskadi cuenta con la mayor tasa de profesionales de la Salud Mental por 100.000 habitantes en numerosos grupos, tal y como se recoge en el Observatorio AEN de Salud Mental; también el impulso en materia de implantación de procesos asistenciales y el desarrollo de políticas de calidad, “todas las organizaciones de servicio del ámbito de la Salud Mental cuentan con el reconocimiento de la Q de oro o plata, concedido por Euskalit, según el modelo de calidad total EFQM”, ha informado Viñegra.

Como principales oportunidades, los expertos han destacado la necesidad y el reto de trabajar en red, y en este sentido, el desarrollo de las TICS tiene un papel clave

Por último, el viceconsejero apuntaba también que la coordinación interinstitucional y la construcción del espacio sociosanitario ha propiciado “acciones de gran envergadura” como la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos de larga data, en colaboración con las diputaciones forales, o la consecución de prácticas excelentes, referentes en todo el Estado, como la del cumplimiento de medidas de seguridad penitenciarias en hospitales públicos.

Modelo organizativo

Tal y como se plasma en la Estrategia de Salud Mental de Euskadi, el principal objetivo de la coordinación intrasectorial e intersectorial en Salud Mental es mantener la continuidad asistencial, aumentar



EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

GUILLERMO VIÑEIRA GARCÍA. Viceconsejero de Salud

ANTONIO ARRAIZA ARMENDÁRIZ. Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

JON IÑAKI BETOLAZA SAN MIGUEL. Director de Farmacia del Departamento de Salud

JOSÉ ANTONIO DE LA RICA. Coordinador socio-sanitario y coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud del País Vasco

CARLOS PEREIRA RODRÍGUEZ. Director Gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia

JOSÉ JUAN URIARTE URIARTE. Jefe de Unidad de Gestión Sanitaria. Trastorno mental grave. Red de Salud Mental de Bizkaia

FRANCISCO CHICHARRO LEZCANO. Jefe de Unidad de Gestión Sanitaria. Salud Mental Infantojuvenil. Red de Salud Mental de Bizkaia

EGUZKIÑE DE MIGUEL. Gerente de la Red de Salud Mental de Araba

FERNANDO MOSQUERA ULLOA. Director médico. Red de Salud Mental de Araba

ÁLVARO IRUIN. Director gerente de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa

JOSÉ IGNACIO QUEMADA. Director médico del Hospital Aita Menni

IZASKUN ANTIZAR. Directora médica del Hospital San Juan de Dios

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ TORRES. Jefe de Servicio Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto

IÑAKI EGUILUZ. Jefe de Servicio Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces

JOSÉ A. MARTÍN ZURIMENDI. Jefe de Servicio Psiquiatría del Hospital Galdakao-Usansolo

IMANOL QUEREJETA. Jefe de Servicio Psiquiatría del Hospital Universitario de Donosti

MIGUEL GUTIÉRREZ FRAILE. Jefe de Servicio Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava y presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

dose en el territorio. Un modelo organizativo en el que, como ha argumentado José A. Martín Zurimendi, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakao-Usansolo, “los servicios de asistencia psiquiátrica y de Salud Mental no pueden estar al margen, es una oportunidad histórica que no se puede desaprovechar porque es la manera de avanzar hacia un modelo más integrador”.

Al hilo, Carlos Pereira Rodríguez, director gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia, ha explicado varias experiencias que pretenden avanzar en la coordinación entre niveles, entre otras, la actuación específica de coordinación con Atención Primaria, recogida en su plan de gestión de este año, para el manejo de los trastornos moderados o leves; la interconsulta no presencial, que facilita la relación entre el médico de Atención Primaria y el especialista del centro de Salud Mental; y también la existencia de un psiquiatra de referencia, acorde a la carga de población, para determinados médicos de Primaria, “lo que facilita una comunicación factible y un modelo colaborativo”, como ha apuntado el experto. En definitiva, una coordinación que, según Martín Zurimendi, “debe ir más allá de las buenas intenciones y articularse en torno a estructuras y modelos de calidad”.

Por su parte, Fernando Mosquera Ulloa, director médico de la Red de Salud Mental de Araba, también ha ahondado en las acciones estratégicas de coordinación y colaboración que se están llevando a cabo en su territorio, tales como el programa de detección precoz de psicosis en Atención Primaria o el programa de atención pacientes en emergencia social, entre otros.

Como contrapunto, Izaskun Antizar, directora médica del Hospital San Juan de Dios, ha lamentado que los procesos de coordinación en este ámbito, concretamente en Gipuzkoa, “nada tienen que ver con lo que se hace en los otros territorios, estamos a años luz de poder trabajar con procesos y estándares de calidad”. Una visión que José Ignacio Quemada, director médico del Hospital Aita Menni, también en Gipuzkoa, no ha compartido con la experta, “no soy tan pesimista, yo sí veo esa coordinación y una relación

la consistencia de las actuaciones y mensajes, y lograr que el sistema funcione de forma eficiente. Las necesidades de los pacientes que ahora viven en la comunidad se han diversificado, se han hecho más complejas, evolucionan con el paso del tiempo, son gestionadas por profesionales de sectores diferentes, sanitarios y no sanitarios, y exigen la participación y la colaboración continua de los usuarios. Para mantener la continuidad asistencial en un panorama tan variado ha sido necesario poner en práctica estrategias de coordinación que faciliten mantener la continuidad longitudinalmente -a lo largo de todo el proceso asistencial- y transversal-

mente, es decir, entre los dispositivos e instituciones implicados en un momento determinado. En este sentido, la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general, la unificación de todos los servicios y la sectorización territorial son los elementos básicos que permiten un funcionamiento coordinado.

Así pues, dentro del reto que plantea la Estrategia de Salud Mental de avanzar en la integración y la continuidad asistencial, se ha subrayado el papel de las OSI (Organizaciones Sanitarias Integradas) -integración entre la Atención Primaria y Especializada- y cómo éstas están avanzando e implantán-



fluida". De la misma opinión es Iñaki Beto-
laza San Miguel, director de Farmacia del
Departamento de Salud, quien ha alabado el
esfuerzo que se hizo en transformar un hos-
pital quirúrgico en un hospital de media es-
tancia, "un recurso no existente en Gipuz-
koa y cuya demanda social era apremiante",
según sus palabras.

"Tenemos que estar orgullosos de los ser-
vicios de Salud Mental de Osakidetza.
Quien considere que no se ha avanzado en
las últimas décadas es que no vive en esta
comunidad. Debemos de abandonar la au-
toflagelación a la que somos proclives los
psiquiatras", ha subrayado Miguel Ángel
González Torres, jefe de Servicio de Psi-
quiatria del Hospital Universitario de Bar-
surto. Una opinión compartida por Zuri-
mendi quien ha alabado el esfuerzo de
Osakidetza, también en Salud Mental, por
la calidad, la innovación y la investigación.

Del mismo modo, Antonio Arraiza Armen-

dáriz, director de asistencia sanitaria de
Osakidetza, manifestaba que "tenemos una
potente red de Salud Mental, una red de
hospitales psiquiátricos y una red de hos-
pitales de agudos, con su realidad y sus
peculiaridades organizativas, y estos dos
mundos han de arti-
cularse con una
mejor comunicación
y coordinación de
ambas asistencias".

Por lo que se refiere
a la red de Salud
Mental del País
Vasco, el viceconse-
jero recordaba su
estructura, refiriéndose a la Red de Salud
Mental Bizkaia, que ha supuesto la integra-
ción de los servicios y dispositivos que
hasta entonces configuraban las organiza-
ciones de servicios del Hospital de Bermeo,
Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y
Salud Mental extrahospitalaria de Bizkaia;

también la Red de Salud Mental de Araba,
"donde existe una buena interrelación entre
el proceso agudo, los procesos de larga y
media estancia y también la Psiquiatria de
cabecera", según sus palabras, y donde ha
destacado la apertura del centro de trata-

miento de toxicoma-
nías; y, por último, la
Red de Salud Mental
de Gipuzkoa, "donde
más se ha avanzado
en el espacio socio-
sanitario en materia
de Salud Mental",
como ha reconocido.
"Tenemos una buena
red de Salud Mental

pero tenemos que mejorar en su coordina-
ción, de la manera más homogénea posible,
y avanzar en el impulso de las políticas so-
ciosanitarias", ha concluido Viñegra.

En este marco, se ha incidido también en el
papel de los hospitales psiquiátricos, tema

La lucha contra la estigmatización se debe abordar desde diferentes perspectivas y a través de acciones impulsadas por las instituciones y por la sociedad en su conjunto



en el que es necesario establecer un debate “técnico”, como ha apuntado De la Rica, en el que participen todos los agentes, acerca de su papel futuro en la Estrategia de Salud Mental. En este sentido, algunos expertos se han posicionado a favor de transformar los hospitales psiquiátricos y convertirlos en espacios polivalentes que den respuesta a situaciones complicadas que tengan como denominador común

la alteración conductual y/o cognitiva del paciente y la pérdida de su autonomía. Sin embargo, otros, como José J. Uriarte, jefe de Unidad de Gestión Clínica de la Red de Salud Mental de Bizkaia, piensan que el futuro de los hospitales psiquiátricos debe orientarse a su progresiva desaparición, en la medida en que sus recursos puedan movilizarse y transformarse en otros recursos modernos, accesibles, y comunitarios, “entiendo que los hospitales son tan comunitarios como los recursos extrahospitalarios, cuando están integrados en la comunidad”, ha aclarado. Así pues, a su juicio, la tentación de reconvertir los hospitales psiquiátricos en unidades diversas que se ocupen de diversos perfiles de pacientes “complicados” no es la mejor opción, ya que, como ha argumentado, “con seguridad, seguirán haciendo falta camas de este tipo mientras no se desarrollen recursos alternativos suficientes”.

En este punto, Chicharro Lezcano, de la Red de Salud Mental de Bizkaia, apuntaba también que “por más recursos comunitarios que se implanten, como programas de seguimiento o de primeros episodios psicóticos, siempre habrá un núcleo duro de pacientes que requieran un nivel de supervisión, de menor a mayor, desde una residencia normalizada a una residencia asistida e, incluso, una unidad de rehabilitación en hospitales psiquiátricos, y, en este sentido, aunque el desarrollo que se ha hecho de las unidades de hospitalización en Euskadi es espléndida y la coordinación es buena, un paciente psiquiátrico de larga

estancia encontrará en el hospital psiquiátrico un entorno más amable que en una unidad de Psiquiatría de un hospital general, por una razón puramente estructural”. Por otra parte, dentro del modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la Salud Mental, otro de los principios del que se derivan las líneas y objetivos propuestos en la Estrategia de Salud Mental

Los servicios de asistencia psiquiátrica y Salud Mental no pueden estar al margen de las Organizaciones Sanitarias Integradas ya que es la manera de avanzar hacia un modelo más integrador

es el de autonomía y autosuficiencia de los pacientes. Una autonomía, que tal y como recoge la Estrategia, se puede fomentar priorizando las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad; las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad; las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del paciente; la lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación; la integración de los pacientes en las redes y dispositivos “naturales” de la comunidad en la que residen; y el apoyo a personas cuidadoras para que el aumento de autonomía de los pacientes no implique una mayor carga para quienes les atienden en el seno familiar.

Al hilo, González Torres señalaba que “uno de los retos es ambulatorizar todos los procesos lo más posible y utilizar la hospitalización como recurso para momentos puntuales y críticos, intentando que el paciente siga un tratamiento cercano a su vida diaria y no se desvincule de ella”. En este sentido, el experto ha señalado que lo que han hecho desde su hospital es “transformar” la actividad extrahospitalaria para ofertar ese seguimiento ambulatorio, incluso a pacientes con psicopatología importante, desarrollando programas, “de moderado volumen, pero que crecerán”, como ha matizado, que ofrecerán atención por la tarde, para facilitar el acceso a los pacientes que pretender seguir con su ritmo de vida normal. Una opinión también compartida por Miguel Gutiérrez Fraile, jefe de

servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Araba y presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, quien aludía al concepto de unidad de día, “dirigido a disminuir la hospitalización de los pacientes y a prevenir los ingresos”.

En esta línea, Uriarte ha manifestado que la principal manera de favorecer la autonomía y autosuficiencia de los pacientes es a través de un buen tratamiento, “dando servicios basados en criterios técnicos, no ideologizados”, como ha matizado, y garantizando al paciente una continuidad asistencial. “El hecho de tener hospitales psiquiátricos se puede ver como una virtud, o hacer de la necesidad virtud, pero no hay que olvidar que la autonomía de nuestros pacientes se pierde cuando se lleva viviendo tres o cuatro años en un hospital, que en la mayoría de los casos tienen instalaciones mejorables, fuertemente estigmatizadas y a una hora de camino de las principales ciudades, porque la alternativa de salida a un alojamiento tutelado y un sistema de soporte sanitario hoy día está bloqueado por falta de recursos”, ha argumentado.

En otro orden de cosas, como elementos constituyentes del modelo comunitario de atención en Salud Mental, que contribuyen también a facilitar la coordinación, se ha destacado, especialmente, la necesidad y el reto de trabajar en red, un contexto en el que el desarrollo de las TICS tiene un papel clave ya que desempeñan una función innovadora, “a pesar de su desarrollo a distintas velocidades”, tal y como ha destacado Álvaro Iruin, director gerente de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. “Además de ser una red hay que trabajar en red”, subrayaba Arraiza, idea que apoyaron todos los expertos firmemente, “el trabajo en red es tarea común de todas las organizaciones, independientemente de su estructura, y mientras esperamos formas más integradas de organización, el día a día está lleno de oportunidades para colaborar y trabajar en red”, sentenciaba De la Rica.

Ejemplos como la historia clínica integrada o el historial farmacoterapéutico electrónico, que dan una visión integral del pacien-

te, son herramientas imprescindibles para avanzar en esa integración asistencial, del mismo modo que lo son: el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar; los diversos modelos organizativos específicos, incluyendo la gestión por procesos asistenciales; y la implicación de los usuarios y familiares en las tareas asistenciales. En este punto, algunos expertos han identificado como necesidad la implantación de estas herramientas también en los centros concertados.

Calidad en la prescripción

Otro de los puntos abordados en el encuentro han sido las estrategias que se están llevando a cabo para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos. Al hilo, Betolaza ha recordado que, en cuanto a estructuras, se está en proceso de ir incorporando el Sistema de Prescripción Universal de Receta Electrónica (SUPRE) a la red de Salud Mental, “esto va dar opción a prescribir mejor, no sólo por lo que se refiere a la propia seguridad de los medicamentos, sino por lo que supone tener acceso al historial farmacoterapéutico del paciente”, ha señalado. Sin embargo, González Torres señalaba que, en el contexto de un proceso de centralización, “que no es bueno”, como matizaba, el papel de los servicios de Farmacia del hospital se ha reducido mucho y, por el contrario, el papel de la dirección de Farmacia de Osakidetza ha crecido, “la sensación es que nuestro equipo tiene ahora más lejos a los que pueden orientarnos, y son copartícipes de nuestros abordajes terapéuticos, y estamos dependiendo más de personas que no están con nosotros directamente en el trabajo clínico diario”, lamentaba.

En la línea, ha intervenido Miguel Gutiérrez Fraile quien ha defendido que los dispositivos de Farmacia, “aunque son profesionales muy competentes, nunca han valorado el efecto de un medicamento en un ser humano y, por tanto, hay barreras culturales importantes para entender, por ejemplo, la prescripción fuera de indicación”, como ha explicado el experto, que



también ha destacado la importancia de la experiencia clínica y la habilidad del profesional a la hora de manejar los casos complejos y ha criticado que se dé autorización excedida a nuevas presentaciones. Por su parte, Querejeta ha puesto en valor el trabajo de los servicios de Farmacia de los hospitales que trabajan en sintonía con los clínicos.

Asimismo, Betolaza, desde la dirección de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, explicaba que se está avanzando en el informe de posicionamiento terapéutico, “aquí influye el valor añadido que aporten las nuevas moléculas, el coste-efectividad incremental, que tiene que ser relativamente trascendente, y el presupuesto global del que disponemos, que es limitado y restrictivo”. Del mismo modo, el experto planteaba “trabajar con rigor” y contar con la opinión de los profesionales, “para avanzar hay que llegar a acuerdos y poner en marcha modelos colaborativos a nivel de estructura y de práctica clínica”, señalaba Betolaza, quien también anunciaba una

“profunda revisión del contrato programa en la que contaremos con los clínicos”.

Por otra parte, los expertos han identificado como propósito de futuro la elaboración de una guía comunitaria del medicamento, que establece mecanismos de actualización y de uso a nivel hospitalario y extrahospitalario, “la estandarización de procesos es buena y contaremos con herramientas para ello, pero plantearnos a corto plazo una guía terapéutica es un *desideratum* bastante ambicioso”, ha reconocido Betolaza. Además, en esta línea del manejo farmacoterapéutico de las enfermedades psiquiátricas, González Torres planteaba que

más allá de estandarizar los tratamientos, “el desafío es personalizarlos, de manera que cada paciente reciba el tratamiento más conveniente”.

Uno de los grandes retos de la Estrategia de Salud Mental es el desarrollo, impulso y vertebración de un espacio sociosanitario

También, en materia de drogodependencias, los expertos han señalado que el Plan de Adicciones enlaza muy bien con las cuestiones de promoción y prevención de las enfermedades mentales, y han evidenciado como reto la atención a la patología



dual. Al hilo, Gutiérrez Fraile lamentaba que “la gravísima toxicomanía del tabaco está siendo atendida en los servicios de Neumología, en vez de en los servicios de toxicomanías, de manera que los pacientes son atendidos por profesionales que no tienen formación en ese campo”. Al respecto, Betolaza recordaba que en Euskadi existe una estrategia importante de deshabituación en Atención Primaria.

Importantes retos de futuro

Aunque se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados, sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de los pacientes familiares y los recursos disponibles, sobre todo, los de apoyo social, rehabilitación e inserción sociolaboral. En este punto, los expertos han insistido en la importancia del reto de luchar contra la estigmatización, “no sólo la de los pacientes incluso la de los propios profesionales”, como matizaba el presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, un problema que se debe abordar desde diferentes perspectivas y a través de acciones impulsadas por las instituciones y por la sociedad en su conjunto. En este sentido, se ha dejado también de manifiesto que existe una preocupación por la integración de las personas con problemas mentales en el mundo laboral.

Así pues, tal y como se recoge en la Estrategia de Salud Mental, en la erradicación del estigma es donde la participación multisectorial y las medidas a largo plazo adquieren toda su potencialidad. Asimismo, dado que la erradicación supone un “cambio cultural profundo”, como ha apuntado De la Rica, ésta se debe asentar en un cambio de valores y en el compromiso responsable de todas las personas en contacto con la red de Salud Mental para liderar y ser motores de ese cambio. En este punto, algunos expertos han señalado que la asistencia psiquiátrica integrada ha contribuido a fomentar la desestigmatización.

Por su parte, Iñaki Eguiluz, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces, ha puesto de manifiesto que la propia estructura asistencial en la que se basan los tres territorios históricos es en sí misma estigmatizante y ha reivindicado la necesidad de revalorizar la especialidad de Psiquiatría, “es una especialidad médica más y no entiendo las diferencias que existen con otras especialidades, nosotros mismos nos estamos autoestigmatizando y desde esta postura la lucha contra el estigma sale sesgada”, ha lamentado.

Igualmente, Mosquera hizo hincapié en cómo el concepto de “transinstitucionalización” se estaba utilizando, sobre todo últimamente, de manera frecuente en el ámbito social con un sentido que, a entender de los expertos, “desde el ámbito sanitario en general y el de la Psiquiatría en particular, no podemos aceptar”. Además, el experto concluía, “en sí mismo resulta estigmatizante y puede suponer un lastre muy importante en el proceso de negociación inherente al desarrollo del espacio sociosanitario”.

Así pues, uno de los grandes retos de la Estrategia es, como han coincidido todos los expertos, el desarrollo, impulso y vertebración de un espacio sociosanitario y, por tanto, la coordinación de esa red. Al hilo, Uriarte ha lamentado la falta de una estrategia sociosanitaria común, un desarrollo de servicios orientados a un objetivo común, que no es cerrar o no los hospitales psiquiátricos, sino ofrecer los servicios más adecuados a las necesidades y realidades de las personas. Para el experto, algunos hospitales psiquiátricos, transformados en muchas de sus camas en unidades de rehabilitación, están desinstitucionalizando pacientes por una puerta e institucionalizando por la otra, tal y como ha señalado, “por un lado, derivamos a pacientes a residencias de mayores y a servicios para discapacidad, en colabora-

ción excelente con las diputaciones, y por otro lado, estamos ingresando pacientes, teóricamente para rehabilitación, que a lo que van es a vivir en dichos centros porque no tienen otras alternativas de soporte comunitario, a veces, pacientes que poco tienen que ver con nosotros, porque seguimos ingresando demencias preseniles o discapacidades intelectuales y, al final, lo que hay en el hospital psiquiátrico es un depósito de cualquier tipo de pacientes que no tiene cabida en otro sitio”, ha argumentado.

Por su parte, Mosquera puntualizaba, “el espacio sociosanitario es un espacio común, un terreno compartido podría decirse, pero no un terreno en el que todos tengamos que hacer lo mismo”. En este sentido, “la idea de transinstitucionalización, en el sentido que desde lo social se expone, pretende igualar conceptualmente las actuaciones de los distintos ámbitos y establece implícitamente una diferencia, a nuestro entender injusta y arbitraria, entre las personas que han de ser desinstitucionalizadas con todos los demás usuarios de los servicios sociales. De hecho, a nadie se le ocurriría hablar de institucionalización de un ciudadano cualquiera que recibe la prestación social que le corresponde, sea esta de la naturaleza que sea”, concluía.

En otro orden de cosas, durante la jornada, también se ha señalado que en el marco de la atención sanitaria y psiquiátrica a los pacientes que cumplen penas, privativas o no de libertad, a través de los dispositivos de Osakidetza, se están incorporando nuevas tecnologías y programas pioneros de telemedicina. Igualmente, se ha destacado la importancia de potenciar programas para la detección y el tratamiento de psicopatologías de la infancia-adolescencia, como estrategia para evitar su cronicidad. Y, por último, también se ha demandado un mayor entendimiento y colaboración entre profesionales de distintas especialidades, y se ha puesto de relieve la importancia de los procesos multidisciplinarios, tal y como ha insistido Quemada, director médico del Hospital Aita Menni ■

Especialistas en Sistema Nervioso Central



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.





¡At



Crisis económica,
cronicidad...

Atención Primaria?

Hace años que la OMS puso de moda un lema: “La Atención Primaria, más necesaria que nunca”. En el III Día Nacional del primer nivel asistencial, el 12 de abril, el Foro de AP rebautizó este lema: “En tiempos de crisis, más Atención Primaria”. La profunda crisis económica en la que navega España y que tanto ha afectado a la Sanidad; el convencimiento de que se debe ir hacia un sistema basado en atajar la cronicidad; la eficiencia y preparación cada vez mayores mostradas por los profesionales del primer nivel... todo esto forma el perfecto caldo de cultivo para que se potencie la AP y se refuerce de una vez por todas su papel en el SNS para pasar a ser su eje. Lo que desespera a los profesionales de la AP es que este mensaje, la necesidad y conveniencia de reforzar la Primaria, también se lanza desde hace años desde el foro político... pero todo se sigue quedando en buenas palabras y no hay una apuesta en firme. Aunque hay quien mantiene la esperanza: poco a poco, van llegando mejoras.

Texto | Antonio Pais



REPORTAJE DE PORTADA

Crisis económica, cronicidad... ¿Atención Primaria?

Tercera edición del Día Nacional de la Atención Primaria, 12 de abril de 2013. Los profesionales del primer nivel asistencial, reunidos en el Foro de AP, muestran la decepcionante realidad: “No hemos conseguido muchos éxitos: la situación, lejos de mejorar, ha empeorado”, reconocen, al tiempo que no esconden el cansancio de tanta lucha sin resultados, sólo promesas de una mejora futura que hasta ahora no ha llegado, o lo ha hecho de manera insuficiente: “Los profesionales no podemos hacer mucho más para salvar el SNS”, añaden. Esta postura crítica, en general, la comparten las tres grandes sociedades científicas de médicos del primer nivel asistencial: la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGE) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); aunque después siempre hay matices. .

Dos grandes datos para la esperanza, ésta nunca muere: en primer lugar, la unión, el trabajo conjunto tanto de las tres grandes sociedades científicas de médicos del primer nivel como del resto de organizaciones profesionales que integran el Foro de AP invita a pensar en un mejor futuro del primer nivel asistencial; y en segundo lugar está la cronicidad: en un sistema orientado en la atención a enfermos crónicos y polimedicados, la Atención Primaria debería ser eje.

Un mensaje optimista es el que lanza Josep Basora, presidente de semFYC. Cuando se le recuerda que no se está cumpliendo ese lema,

‘En tiempos de crisis, más AP’, el doctor Basora matiza: “Tampoco es del todo cierto. Los recortes se hacen de forma indiscriminada, tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria. Lo que es cierto es que en los planes de crónicos de las distintas comunidades no se habla del papel fundamental de la AP; y ésta, para su continuidad, necesita de técnicas y de perso-

nal bien formado: los recortes van contra este personal humano, la están descapitalizando”.

El presidente de semFYC recuerda que “con la Plataforma 10 Minutos, o con las estrategias AP del siglo XXI posteriormente, habíamos ganado un ratio humano importante: el necesario para que la AP sea competente y avance”, y que en los últimos años “lo están recortando; en España hay unos 30.000 médicos de familia trabajando en la AP, y este número ha decrecido, sobre todo en algunas comunidades autónomas se ha recortado: esto es lo que no nos lo podemos permitir, existe el riesgo de que las cartillas por profesional excedan los niveles aceptables (por encima de las dos mil)”.

El doctor Basora no oculta que la AP se sigue moviendo entre la esperanza y la realidad. “La esperanza es que tenemos médicos de familia muy bien formados, salen del MIR muy bien preparados, y la realidad, el miedo, es que no haya un recambio para los médicos que se van a jubilar en los próximos años o no se renueve a los que tienen la condición de interinos, y que por lo tanto vayamos a caer en una Atención Primaria infradotada”.

Porque lo que ya ha quedado fuera de dudas es que el médico de familia español

está bien formado para utilizar las distintas herramientas con las que dotar un centro de salud. “El programa de la especialidad es muy bueno, y lo que necesitamos es que se creen oportunidades para estos médicos,

repito que mi miedo es que no se cree empleo en los próximos años”.

Aunque Josep Basora defiende su optimismo, y el de semFYC: “Si no somos optimistas nosotros, que tenemos que creer en que se pueden cambiar las cosas, ya me contará cómo se cambiarán. La única forma que tenemos desde la AP y desde

semFYC es intentar que las cosas cambien a través de nuestro trabajo y de nuestra ilusión; no nos rendiremos nunca”.

Y eso que la realidad es tozuda. Porque, se insiste, hablamos de crisis, de que en estos tiempos es más necesaria que recomendable la eficiencia de la AP, de atender especialmente la cronicidad... y la pregunta del millón vuelve: ¿Por qué no se refuerza la AP? “Yo creo que hay una política muy cortoplacista, y lo que se tiene que hacer es una reforma total del Sistema Nacional de Salud en la que la AP sea el eje del sistema; no sólo hay que potenciar la Primaria: si no se cambia todo lo demás, no lo conseguiremos; si como sucede ahora sólo se construyen hospitales, y hay una mala planificación gestora y política, tendremos problemas”, responde el doctor Basora.



El presidente de semFYC confiesa que, cuando las sociedades hablan con las autoridades políticas, “nos dan la razón”. Y su gran esperanza es “la Estrategia de Crónicos que propone el Ministerio; se debe producir el cambio en el SNS: este cambio debe contemplar recursos humanos, la mayoría de los MIR deberían ser generalistas, médicos de familia”.

Una situación “mala”, dice SEMERGEN

El presidente de SEMERGEN, José Luis Llisterri, no duda a la hora de calificar la situación actual de la Atención Primaria: “Estamos en una situación mala, mala. Los presupuestos no paran de bajar, los ajustes y los recortes han afectado mucho a personal médico y no médico, se han cerrado Puntos de Atención Continuada, de consultorios rurales, de Urgencias... estamos

viendo cada día en la prensa este tipo de noticias, que son la consecuencia de la reducción de personal con criterios estrictamente económicos”.

El doctor Llisterri no esconde el malestar creciente en el primer nivel asistencial: “Estamos muy preocupados porque la AP no es una prioridad en el SNS; para que la AP sea resolutive y eficaz necesita que se aumente la capacidad presupuestaria: nosotros estamos reclamando, desde el Foro de AP, que el 25 por ciento

del presupuesto sanitario se destine a la AP... y eso está muy lejos, ahora estamos en un 14 por ciento y bajando, con previsiones para el año que viene aún menores; si no hay un incremento importante de la aportación económica, la Atención Primaria va a seguir huérfana”.

El presidente de SEMERGEN también insiste en que “una AP bien resolutive, capaz, formada, eficiente, que tenga instrumentos adecuados para poder realizar una atención clínica

José Luis Llisterri: “Si no hay un incremento importante de la aportación económica, la AP va a seguir huérfana; pero desde el Foro estamos reclamando un 25 por ciento del presupuesto total sanitario para la AP y estamos en el 14 por ciento... y bajando”





ESTRATEGIA AP21: UNA EVALUACIÓN INCOMPLETA

La II Conferencia de Presidentes, en septiembre de 2005 destacó la necesidad de impulsar la AP y se marcó el compromiso de mejorar su capacidad de resolución y sus recursos. La Estrategia AP21, documento de 44 líneas estratégicas y más de 200 acciones de mejora para las próximas dos décadas, con la participación y el consenso de los profesionales, los pacientes y los políticos, se finaliza en el otoño de 2006. A comienzos de este año se hizo público el informe de la Estrategia... que supuso una importante decepción para las tres grandes sociedades científicas de médicos de AP: en la mayoría de sus indicadores faltaban los datos de siete u ocho comunidades autónomas.

Para el doctor Basora “se trata de unos datos muy incompletos, y además en ocasiones no muy actualizados. Se puede decir que en general hay un avance de la Atención Primaria, pero que nos faltan, de las 44 estrategias, muchos indicadores que son difíciles de comprobar. Es un primer intento de evaluar la AP en toda España; y el Ministerio, por lo que yo sé, va a hacer un esfuerzo para hacer un sistema de evaluación de la AP mucho más potente que el que ha resultado de esto”.

El doctor Llisterri recuerda que en diversas reuniones del Foro de AP “sí hemos profundizado en algunos de los puntos clave de la Estrategia; hemos trabajado en documentos de posicionamiento que hacían referencia a la desburocratización de las consultas, a la necesidad de que la AP sea capaz de participar en la toma de decisiones, en la formación continuada, un documento sobre la incapacidad temporal... y se han producido además diferentes pronunciamientos (Madrid, privatizaciones, etc.)”.

Y el doctor Abarca coincide en que “al no poderse comparar los datos de todas las comunidades, la evaluación se queda coja. De los datos que hay, más o menos lo que ya sabíamos: dentro de la caída del presupuesto global, la que más decrece. Después, unas comunidades están mejor en un aspecto y otras lo están en otro, pero otras no ofrecen los datos... entonces, no sería justo decir cuáles están mejor”.

“Otro aspecto problemático es que hay datos que no son comparables; habría que hacer un registro exactamente igual en todas las CC.AA., porque la ciudadanía y las organizaciones profesionales tienen todo el derecho del mundo a conocer los datos y poder compararlos”.

Si para algo ha servido la evaluación de la Estrategia ha sido para constatar un aspecto que ya se conocía: la alta valoración que los ciudadanos tienen de la AP y de sus profesionales; un notable alto en temas como la satisfacción por la atención recibida (el 86 por ciento la vio ‘buena’ o ‘muy buena’) o la confianza y seguridad que les inspira el médico de familia (7’77) o la atención domiciliaria (7). Por el contrario, se destaca en esta evaluación incompleta la excesiva medicalización de los pacientes, algo que no se está pudiendo frenar desde el primer nivel, y la llegada de las listas de espera a la AP: en 2011, la espera media era de 3,65 días; y que la AP recibe el 14 por ciento del presupuesto total sanitario.

adecuada... eso abarata costes, se iría menos al hospital y se necesitarían menos pruebas complementarias; pero para eso es necesario que el médico de familia tenga un reconocimiento profesional, laboral, social, basado en competencias, en productividad, en responsabilidad... y ahora es todo lo contrario”.

“Desde hace bastantes años venimos diciendo que la Primaria es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario, y el que no lo quiera entender es que no conoce la situación: el 90 por ciento de lo que vemos en AP se resuelve; pero si se están incentivando otra vez la atención hospitalocentrista y las nuevas tecnologías y las pruebas complementarias caras, no va a haber nada que hacer”, añade.

José Luis Llisterri recuerda que los profesionales del primer nivel asistencial hace ya un par de meses que solicitaron, sin tener de momento respuesta, una entrevista con la ministra Ana Mato. “Queremos



ayudar y sabemos dónde podemos ayudar; pero en este momento no sigue habiendo una buena interlocución con el Ministerio, ésa es la verdad: estamos un poco decepcionados porque el Ministerio no nos consulta, no nos dice nada”.

Entre la crítica, y el reconocimiento, a la mala situación de la Atención Primaria, el presidente de SEMERGEN rescata un aspecto muy positivo: las tres grandes sociedades de médicos de este ámbito se muestran unidas como nunca en la defensa de los intereses comunes del colectivo profesional y de la propia AP. “Esto es así, es una realidad: las tres sociedades estamos trabajando juntas, e intensamente, en los temas que preocupan al colectivo médico. Cada organización tiene sus propias peculiaridades, que hay que respetar, pero en este sentido yo al menos estoy muy contento: desde que llegué a esta Sociedad me propuse poder tener una relación muy cordial con SEMG y semFYC, algo que le viene muy bien a los médicos de AP”.



SEMG censura la falta de equidad

Benjamín Abarca, presidente de la SEMG, incide en el factor económico, presupuestario, como la principal causa del deterioro del primer nivel. “El problema grande es que dentro del Plan que nos exige Europa, la inversión en el PIB va a caer. Y como la Primaria siempre es, dentro del reparto total, la que menos recibe, pues cada vez va a ir cayendo más. Si estamos peleando por una subida porcentual anual del uno por ciento, y no sólo no subimos sino que bajamos, es evidente que se van a ver afectadas la calidad de la atención y los servicios”.

Hay avances: en el apartado de la desburocratización de las consultas, el doctor Abarca sí que cree que “se ha dado un paso importante con la implementación de la receta electrónica, allí donde se ha dado; aunque volvemos al mismo problema de siempre, la gran variabilidad que hay entre las autonomías: hay algunas que ya tienen sistemas de prescripción electrónica y allí se nota mucho la caída de la burocracia en las consultas porque es una herramienta imprescindible; pero otras no la tienen. Al final, esta gran disparidad entre las CCAA es una muestra más de la falta de equidad y de que cada una lleva el ritmo que puede en función de sus recursos”.

Para el doctor Abarca, el Ministerio “poco tiene que decir, más allá de lo que tiene que hacer, que es su labor de coordinación. Es lo que venimos pidiendo tantas veces: que el Consejo Interterritorial sea realmente un organismo coordinador y ejecutivo, que es realmente el papel que se le debería reservar. Y después, cada comunidad es autónoma en su gestión y en su gasto... pero hay una serie de cuestiones en las que todas deben ponerse de acuerdo, que esto es un SNS.

Benjamín Abarca: “De momento se puede hablar de una AP nacional pero que ya empieza a tener sus matices en CC.AA.; y éste es el problema: debe haber una uniformidad, para respetar la equidad y que en todos los sitios se preste una asistencia semejante”

“De momento se puede hablar de una AP ‘nacional’ pero que ya empieza a tener sus matices en CC.AA.; y éste es el problema: debe haber una uniformidad, para respetar la equidad y que en todos los sitios se preste una asistencia semejante. En principio, la cartera de servicios común velaría por esto; nosotros creemos que la cartera de servicios debe ser un elemento vivo, en el cual introducir todas aquellas novedades que hayan demostrado evidencia científica y seguramente quitar aquellas otras que hayan perdido su evidencia o no ten-

gan una justificación, y para eso hay que revisarla periódicamente”, añade. Hay cuestiones importantes dentro de esa revisión de la cartera de servicios, como puede ser “la ecografía en Primaria”, destaca el presidente de la SEMG, que enseguida se muestra cauto: “Aunque hablar de nuevas actividades sin tratar de corregir primero todos los déficits que tenemos resulta casi un poco irrisorio”.

Para Abarca, “lo que hay que tratar de conseguir primero es una equidad en todo el país y que la AP sea de verdad el eje del sistema, pero no sólo decirlo sino que de verdad se lo crean los dirigentes: voluntad dicen que sí la hay, pero los hechos demuestran lo contrario: resulta que la AP se ha apretado el cinturón en la época de bonanza... y en la época de crisis es también la que más se lo vuelve a apretar”. Aunque en los momentos de crisis, subraya, “se agudiza el ingenio y se buscan las soluciones más eficientes; y con la AP no hay duda de su eficiencia y de su bajísimo coste: con el 14 por ciento del presupuesto queda resuelto el 85 por ciento de los problemas de salud de las consultas de este país”.

La cronicidad, la gran esperanza

El presidente de SEMG tampoco se rinde:



REPORTAJE DE PORTADA

Crisis económica, cronicidad... ¿Atención Primaria?

“Ahora tenemos otra apuesta importante, la de muchos servicios de salud con la cronicidad... que es el campo de actuación por excelencia de la AP. Ésta podía ser otra oportunidad realmente muy importante. Veremos a ver si somos capaces, desde luego nosotros lo estamos peleando, de que la AP sea el eje regulador y modulador del paciente crónico”, señala.

“Dentro de la cronicidad hay muchos entes involucrados; nuestro primer principio es la persona enferma, y en las consultas de AP la estamos viendo todos los días. Aunque lo más importante es que aquí no se le puede restar importancia a nadie, absolutamente a nadie: todo el mundo es fundamental; pero el hecho de que alguien tenga que coordinar y dirigir

todo este proceso... yo creo que al profesional de Primaria es al que le corresponde, es evidente”.

Josep Basora incide en esta misma idea: “Con una población envejecida y con un montón de enfermedades crónicas, tenemos que pensar que esto se tiene que transformar; porque si seguimos así es una inversión muy alta en el SNS, y no se entiende que vayamos a un sistema cada vez más fragmentado, con más especialidades, con más hospitales y requerimientos, cuando hay que apostar por un SNS que sea resolutivo y más generalista: la AP lleva a la sostenibilidad del sistema, y creo que nosotros lo veremos. Lo que no sirve de nada es quejarse: hay que impulsar esta transformación del SNS”, insiste.

ÚLTIMA PRUEBA ECOE, ¿EN 2013?:

En declaraciones a EL MÉDICO INTERACTIVO, Josep Basora mostró recientemente su confianza en que la última prueba ECOE, para obtener por la vía extraordinaria el título de especialista en Medicina de Familia, se pueda celebrar este año. Tras la ampliación del plazo (hasta el 31 de mayo, cuando en principio finalizaba el 31 de marzo) para que los interesados puedan presentarse a la prueba, es más complicado que la ECOE se pueda celebrar este año. “Yo espero y confío en que pueda ser así, al menos por lógica la prueba debería estar realizada en 2013”, señaló el doctor Basora.

Una vez recibidas las aportaciones de semFYC, SEMERGEN y SEMG, la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria presentó su modelo de prueba, “una propuesta similar a la del año pasado, en la que se ha hecho un esfuerzo por simplificarla para hacerla viable económicamente pero sin que pierda su rigor y pueda examinar competencias”, destacó Basora. Ahora ese modelo propuesto debe ser consensuado en el Comité de Prueba del Consejo Interterritorial del SNS, en la Comisión Delegada de Recursos Humanos.

En este punto, el presidente de semFYC confía en que “tanto las administraciones autonómicas como el Ministerio de Sanidad se impliquen en la prueba, aportando sus recursos para hacerla viable económicamente”.

Una vez validado ese modelo, deberá publicarse tanto en el Boletín Oficial del Estado como en el Boletín Oficial de la Comunidad Europea. Aunque los cálculos son difíciles de realizar en este momento, cuando aún no ha terminado el plazo de presentación de aspirantes, se cree que a la última prueba ECOE se presentarán muchos menos candidatos que a la del año pasado; si entonces fueron 4.000 en este caso la cifra podría estar entre 1.500 y 2.000. “Hay que unificar el colectivo, muchas personas pendientes de este proceso y pensamos que es bueno terminarlo”, señala Basora.

Para el doctor Llisterri, “lo importante respecto a la organización de la última prueba ECOE es que las tres grandes sociedades científicas de Atención Primaria estamos unidas, vamos de la mano y hemos trabajado con el Ministerio para poder colaborar en el diseño de la prueba y, obviamente, en su control. Queremos una prueba sencilla, ágil y rápida y que de una vez por todas se cierre un capítulo que ha generado muchísima discordancia”.

“Desde SEMG”, destaca el doctor Abarca, “siempre hemos propugnado que por encima de los intereses de cada una de las sociedades tiene que primar la profesión. Estamos demostrando que podemos hacer cosas conjuntamente, manteniendo cada uno su identidad; la ECOE es una prueba de ello. Queremos una prueba sencilla, de bajo coste, porque no hay justificación para que lo tenga alto, y que no hiera ninguna sensibilidad aunque cumpliendo la legalidad. El objetivo fundamental es homogenizar el colectivo y pasar página de una vez para cerrar este capítulo, que todos los médicos de familia de este país caminemos juntos”.

Día Nacional de la AP: Más diálogo

Bajo el lema ‘En tiempos de crisis, más Atención Primaria’, el pasado 12 de abril los profesionales del primer nivel asistencial, reunidos en el Foro de AP, celebraron el III Día Nacional de la Atención Primaria. En la jornada, los profesionales reconocieron, en primer lugar, los “pocos éxitos”, en forma de avances, que se han logrado desde que se creó el Foro: lejos de mejorar, la situación ha empeorado. Y al mismo tiempo reivindicaron la necesidad de un mayor diálogo con las administraciones sanitarias, tanto con el Ministerio como con las Consejerías de Sanidad de las distintas comunidades autónomas. Es más difícil, explicaron, seguir reivindicando un mayor papel para la AP, para hacer sostenible el sistema, mientras Ministerio y CC.AA sigan tomando decisiones sin que exista el diálogo con estos agentes

Benjamín Abarca hacía una metáfora con la propia AP como paciente crónico. “Las autoridades siguen sin hacer caso del diagnóstico que hemos hecho los médicos, y menos aún del tratamiento”. La idea era compartida por José Luis Llisterri, quien incidía en que los cambios no dependen de cuestiones económicas, sino que “es más un tema de voluntad política”. El doctor Llisterri ve incomprendible que lo que resulta bueno para una comunidad, no lo sea para otra, pertenecien-

do a un mismo sistema. "Es necesario homogeneizar un mensaje categórico".

Aunque Begoña Domínguez, presidenta de la Asociación Española de Pediatría de AP, resaltaba que incluso cuando a veces existe diálogo, éste aporta poco. Así, ponía de ejemplo el calendario vacunal "casi único", que finalmente ha sido un acuerdo de "mínimos", y no cubre por tanto las necesidades reales de la población. En relación a la especialidad de Pediatría, las organizaciones del Foro censuraron el planteamiento del Gobierno, tratado ya en Consejo de Ministros, de aumentar la edad pediátrica hasta los 18 años de edad en algunas patologías; aunque "es un debate estéril", aclararon.

Salvador Galán, secretario de Atención Primaria de CESM, señalaba como uno de los problemas más acuciantes al 'factor tiempo'. "Se está dejando de hacer contrataciones a eventuales, y hay una ola de jubilaciones que no están siendo restituidas, por lo que el factor tiempo se agrava día a día", dijo, y explicó que el perjuicio era para todos: pacientes, profesionales y sistema sanitario.

Uno de los temas en los que el Foro mostró su rotundo malestar es en la privatización de la gestión de los centros sanitarios públicos. Así lo manifestaba Jerónimo Fernández, vicesecretario general de la OMC: "La solución debe de venir de la mano de la implicación de los profesionales, no de la privatización".

De hecho, una de las ideas del Foro es la contar con la población, ya que los profesionales "poco más podemos hacer". Así, se plantea la posibilidad de realizar una recogida de firmas de apoyo al primer nivel asistencial, llamando a la movilización ■

Documentación y fuentes

1. EL MÉDICO INTERACTIVO.
2. Entrevista a Josep Basora, presidente de semFYC.
3. Entrevista a José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN.
4. Entrevista a Benjamín Abarca, presidente de la SEMG.







Pacientes y profesionales
tenemos que ir de la mano
para alcanzar la
excelencia
en el abordaje del
dolor

Diego Contreras

Presidente de la Sociedad Española del Dolor

Texto | Jorge Sánchez Franco

Foto | SED



ENTREVISTA Diego Contreras

“Pacientes y profesionales tenemos que ir de la mano para alcanzar la excelencia en el abordaje del dolor”

El doctor Diego Contreras fue elegido presidente de la Sociedad Española del Dolor (SED) hace apenas un año. Por aquel entonces, la nueva Junta Directiva iniciaba su andadura apoyada en cuatro principios básicos: transparencia, honradez, trabajo e integración y promoción de los asociados. Tras la reciente celebración en Granada del X Congreso Nacional de la SED, organizado conjuntamente con la IX Reunión Iberoamericana del Dolor por primera vez en su historia, en Granada, toca hacer balance de lo conseguido hasta el momento y poner sobre la mesa los retos que se plantean. Convertir el abordaje del dolor en un Área de Capacitación Específica (ACE) o conseguir el reconocimiento legal del derecho a no tener dolor son algunos objetivos a destacar.

¿Qué balance hace de sus primeros meses al frente de la SED?

El balance es muy positivo. Se ha trabajado mucho por acercar la SED a los asociados y a las personas que sufren dolor. La actual junta directiva está compuesta por un grupo de profesionales que trabaja desinteresadamente por nuestra sociedad científica con el fin último de conseguir la mejor oferta de tratamiento para los pacientes con dolor. También estamos haciendo llegar a los socios toda la información disponible en torno al abordaje de este problema a través de los tres medios de expresión con que contamos: la nueva página web (www.sedolor.es), la revista y el boletín. En línea con nuestro reto de conectar con todas aquellas personas que tengan algún interés en saber quiénes somos y qué hacemos, se ha incluido en

nuestra web un apartado en el que pueden consultar diversos contenidos sobre dolor por patologías o bien inscribirse para recibir un boletín informativo.

¿Cuáles son los principales proyectos de la actual junta directiva a corto y largo plazo?

Queremos darle un fuerte impulso a la formación e investigación en el campo del dolor. Además, pretendemos consolidar nuestro acercamiento a los pacientes a través de sus asociaciones. De hecho, cuando celebramos el Día Mundial del Dolor, el pasado 15 de octubre, por primera vez invitamos a distintas asociaciones de pacientes a participar, dándoseles la oportunidad de exponer todas sus demandas públicamente. En el último Congreso Nacional

de la SED, celebrado en abril, también se contó con un foro de discusión específico para este colectivo. Queremos que conozcan bien la SED y que sepan que hay un grupo de profesionales cada vez mayor dedicado a ellos en las unidades de dolor de nuestro país. Deben saber más de nosotros para poder entender muchas de las cuestiones que se les van a plantear a lo largo de su proceso. Para llegar ellos nos estamos apoyando en asociaciones tan relevantes como Sine Dolor, la Confederación Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica o la Asociación Española de Pacientes con Dolor Neuropático. Profesionales y pacientes tenemos que ir de la mano para alcanzar la excelencia en el abordaje del dolor, por lo que hemos iniciado una colaboración que estamos seguros nos llevará por muy buen camino.

¿Qué tipo de relaciones mantiene la

SED con otras entidades externas como IASP, FEDELAT o EFIC?

Mantenemos una relación muy fructífera con entidades nacionales tan importantes como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) o la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). En el ámbito internacional, hemos establecido una estrecha colaboración con IASP (la SED es su capítulo español), EFIC (*European Federation of*

IASP Chapters) y FEDELAT (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor). También tenemos vínculos importantes con la Asociación Portuguesa del Dolor (APED) y nos hemos puesto en contacto con las co-

rrespondientes sociedades científicas de Estados Unidos, Reino Unido, Francia e Italia en estos primeros meses de andadura de la nueva junta directiva.

Necesitamos más equipos multidisciplinares, con profesionales sanitarios de diferentes ámbitos y una buena formación, para atender a todo tipo de pacientes con dolor

El Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor es el primero que se hizo en nuestro país y data de 2010

El balance es extremadamente positivo. Buen reflejo de ello son los más de 180 ponentes nacionales e internacionales que han participado en el mismo, con una importante y prestigiosa representación de Europa, Iberoamérica y Estados Unidos. Es especialmente significativo el hecho de que la mayoría de los profesionales inscritos (más de 700) sean anestesiólogos, aunque también han acudido médicos de Atención Primaria, neurorrujanos, traumatólogos, neurólogos, odontólogos, rehabilitadores, reumatólogos, personal de Enfermería y fisioterapeutas, entre otros. Se han abordado de

¿Qué balance hace del recién celebrado X Congreso Nacional de la SED y IX Reunión Iberoamericana del Dolor?



manera excepcional los últimos avances científicos producidos en torno al abordaje del dolor y las más novedosas incorporaciones diagnósticas y terapéuticas, con mesas de debate muy actuales e interesantes.

¿Cómo valora la situación actual del abordaje del dolor en España?

La SED se creó en 1990. Desde entonces y hasta este momento se ha incrementado de manera importante el número de unidades de dolor que hay en España: 183 en la actualidad. No obstante, muchas de ellas siguen siendo monográficas, conformadas en su mayoría por anestesiólogos. Necesitamos más equipos multidisciplinares, con profesionales sanitarios de diferentes ámbitos y una buena formación, para poder atender a todo tipo de pacientes con dolor. También necesitamos más apoyo por parte de la Administración, que debe reconocer el derecho de las personas a no tener dolor desde el punto de vista normativo, de la misma manera que ha conseguido garantizar la disponibilidad de los medicamentos opioides gracias al Real Decreto para las recetas de estupefacientes promulgado hace escasamente un año. Por otro lado, desde la SED seguimos trabajando por conseguir que el

abordaje del dolor se convierta en un ACE, donde tiene cabida cualquier profesional que tenga algo que ver con este ámbito.

¿Cuáles son los principales puntos de mejora?

Es necesaria una mejor formación de los profesionales que van a dedicarse al abordaje de este problema, empezando por la inclusión del dolor crónico en los programas de formación de pregrado y postgrado. Además, las unidades de dolor deben contar con más recursos humanos y materiales, así como con una cierta independencia administrativa.

¿Existe alguna estrategia de ámbito nacional con respecto al abordaje del dolor? ¿En qué punto se encuentra?

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad contactó con la SED el pasado mes de octubre para que entrara a formar parte de un grupo de trabajo que tiene por objetivo el desarrollo de

un proyecto de mejora del abordaje de dolor crónico a nivel nacional, tomando como base las experiencias pioneras de Extremadura y, sobre todo, de Andalucía. Más concretamente, el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor es el primero que se hizo en nuestro país y data de 2010. Esta comunidad autónoma es, además, la segunda de España con más unidades de dolor, por detrás únicamente de Cataluña. Desde la Asociación Andaluza del Dolor nos reunimos hace ya tiempo con la Consejería de

Salud para implementar un trabajo que califico de magnífico. Pues bien, en este Plan se están apoyando muchas de las iniciativas que se están llevando a cabo ahora desde el Ministerio, como

es el caso del documento de estándares de calidad de las unidades de dolor publicado el año pasado, que podría llegar a convertirse en un referente europeo incluso. Sin duda alguna, es una herramienta muy útil en la que apoyarse para dar a los pacientes con dolor las mejores soluciones posibles ■

Necesitamos más apoyo por parte de la Administración, que debe reconocer el derecho de las personas a no tener dolor, desde el punto de vista normativo



La Sanidad es una,

y constituye un servicio público con independencia de la naturaleza jurídica de la entidad que la preste, sea esta pública o privada



Cristina Contel

Presidenta de la Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES) y secretaria del Comité Ejecutivo de la Unión Europea de Hospitales Privados

Texto  Javier Granda Revilla

Foto  Jaume Cosialls



“La Sanidad es una, y constituye un servicio público con independencia de la naturaleza jurídica de la entidad que la preste, sea esta pública o privada”

Desde ACES han apostado siempre por ampliar fronteras, tanto nacionales como internacionales. ¿En qué situación se encuentran ahora?

Hace año y medio nos incorporamos en la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP), con el liderazgo de la candidatura de Gabriel Uguet y los que conforman su junta directiva. En este ejercicio pasado se confirmó nuestra admisión fui nombrada vicepresidente, junto a Valentín Ballesteros. Precisamente, en esta condición, se me designó el pasado 15 de febrero secretaria del comité ejecutivo de la Unión Europea de la Hospitalización Privada (UEHP).

¿Qué objetivos tiene la UEHP?

Nace como organismo europeo para la representación y defensa de la hospitalización privada en el ámbito de la Unión Europea y tiene como principal objetivo crear las condiciones políticas y económicas que favorezcan la iniciativa privada dentro del ámbito sanitario de los estados miembros. Otros objetivos son la participación y colaboración activa en todos los proyectos e iniciativas europeas relacionadas con el sector salud.

¿Qué proyectos destacaría?

En particular, el estudio, análisis y definición de las condiciones y requisitos que deben cumplir los hospitales privados europeos, la colaboración en la preparación de las condiciones del mercado para el establecimiento de entidades privadas, el estudio de las condiciones de la participación de los hospitales privados en el ámbito de hospitalización social a nivel comunitario y la defensa y representación de los dere-

chos e intereses del sector hospitalario privado europeo.

¿Cómo se articulan las tareas de la UEHP?

En diferentes grupos de trabajo. A modo de ejemplo, hay uno basado en el estudio comparativo de los distintos precios de los medicamentos en los estados miembros. Y otros se centran en estudios diversos como la reforma del IVA en el ámbito sanitario, la movilidad de los pacientes o en el ámbito de las tecnolo-

gías de la Sanidad.

¿Alguno de estos grupos está liderado por España?

Sí, dos de ellos: el de la reforma del IVA y el de la movilidad de los pacientes basada en la directiva de asistencia sanitaria transfronteriza. Lidero ambos como representante de España.

¿Qué importancia tiene estar representado en estos organismos?

La salud es cuestión central de los ciudadanos y es esencial que se recoja en todas las políticas de la Unión Europea. Si bien es cierto, y tiene que tenerse muy presente, que son los estados miembros los responsables de la política sanitaria y la prestación sanitaria a sus ciudadanos, no lo es menos que hay determinados retos y amenazas como incidentes biológicos, el bioterrorismo, aspectos de salud pública o cuestiones relacionadas con la

libre circulación de servicios y personas que, por su impacto transfronterizo, necesitan de esa cooperación, resultando insuficientes las políticas nacionales. Es en este sentido que instituciones como la UEHP colaboran en la puesta en valor de este sector. Y el hecho de que nosotros estemos presentes en ella de forma activa supone una plataforma para vehicular nuestras inquietudes, compararnos con el resto de Estados miembros y compartir experiencias de sector, además de una ventana abierta para escuchar y ser oídos acerca de nuestra realidad sanitaria.

Ha citado los retos. ¿A cuáles se refiere?

En la salud de la población, el envejecimiento, los cambios demográficos y las nuevas tecnologías, que están incidiendo de forma muy decisiva en este sector. No debe olvidarse, asimismo, la vinculación entre salud y prosperidad económica: una población sana es imprescindible para que sea próspera y productiva. Y tampoco debe percibirse el gasto sanitario en términos de coste, porque la Sanidad en sí es una inversión. Y, aunque a primera vista puede

parecer que es una carga económica, el análisis que debe hacerse es que para la sociedad y los estados miembros el coste radica en los costes directos e indirectos que se derivan de los problemas de salud.

Se refiere a la enfermedad...

Sí, porque es la enfermedad la que nos lastra realmente. De ahí que potenciando un sector sanitario proactivo, preventivo y que responsabilice a los ciudadanos del cuidado de su salud, se optimizan todos estos aspectos, así como los recursos disponibles que, no lo olvidemos, son limita-

Aunque puede parecer que la Sanidad es una carga económica, el análisis que debe hacerse es que el coste radica en los costes directos e indirectos que se derivan de los problemas de salud

dos. Y por eso apostamos por la UHEP: porque los estados miembros tienen que participar activamente en esa corresponsabilidad para, de alguna manera, proteger esos intereses a nivel nacional, local y/o regional, respetando en todo caso el principio de subsidiariedad de la normativa comunitaria. Es precisamente en este mecanismo de cooperación donde se integran organismos como la UHEP.

¿Cuál es su labor?

Se encarga de asistir a la Comisión Europea en ámbitos tan específicos como identificar las prioridades del sector que representa, la definición de indicadores, la elaboración de orientaciones y recomendaciones sanitarias, la promoción en el intercambio de buenas prácticas y la evaluación de los progresos que se van evidenciando en implementando en el sector. Asimismo, ofrece la posibilidad de sumar experiencias de otros estados. Por tanto, la conclusión es que es posible aportar valor a la acción de los estados miembros desde la Unión Europea cooperando e intentando homogeneizar estos ámbitos y reducir la variabilidad que en términos de inequidad pueda existir. Los principios fundamentales en los que trabajamos tanto desde la Unión Europea como desde la UHEP son la universalidad, la accesibilidad, la solidaridad, la potenciación del papel de los ciudadanos y, concretamente, en la reducción de las desigualdades.

Creo que en este último aspecto están incidiendo mucho...

Sí, desde el grupo de la reforma del IVA que lidera España, tenemos como ejemplo ilustrativo y partiendo de la base del carácter de impuesto en general sobre el consumo, que repercute en una actividad comercial de prestación de bienes y servicios, y cuya competencia no deja de ser una competencia nacional de los estados miembros, encontramos la directiva 2006/112 de la Unión Europea sobre el IVA y en la que también se regulan algunos aspectos. En este escenario vemos cómo un mismo concepto en los distintos países pasa desde la exención del 0 por





ENTREVISTA Cristina Contel

ciento de IVA, al 4 por ciento reducido en España, al 21 por ciento habitual en nuestro país, al 24 por ciento en Portugal o hasta el 27 por ciento en Hungría.

La disparidad es absoluta...

Sí, y hay ejemplos muy reveladores: los esparadrapos soportan un IVA del 6 por ciento en Bélgica, mientras que en Grecia es del 13 por ciento, en Alemania del 19 por ciento, en Austria y el Reino Unido del 20 por ciento, en Irlanda del 23 por ciento, en Noruega y Dinamarca del 25 por ciento y en Hungría del 27 por ciento. Y los stents van desde el 0 por ciento en Irlanda al 25 por ciento en Dinamarca y Noruega.

¿Cuáles son los objetivos en este grupo?

A partir de los derechos reconocidos tanto en el Tratado Europeo, como en su Carta y su Convenio de Derechos Fundamentales, que establecen la libertad del ciudadano de ser atendido médicamente dentro del espacio europeo, estudiamos el impacto de esta diversificación de gravámenes, qué coste supone para cada país, qué perjuicios repercuten en el usuario. Con todos estos datos hacemos una propuesta de homogeneización a la baja obviamente, porque estamos hablando del sector salud y la repercusión social y finalista que conlleva.

¿Y los objetivos del grupo centrado en la directiva transfronteriza?

La idea es que, dentro de la libertad de obtener asistencia sanitaria en todos los estados miembros de la UE, se pretende proporcionar la información suficiente para que estos estados puedan dar una asistencia de calidad y seguridad para el paciente –sujeta a unos requisitos mínimos– y en la que, sin perjuicio de esas competencias nacionales, se pueda entender que tanto entidades privadas como públicas pueden, sin perjuicio de su personalidad jurídica, prestar dichos

servicios a los ciudadanos europeos en igualdad de condiciones, obviamente.

¿Existen otros organismos similares en Europa?

Sí, hay otras entidades que informan a la Comisión desde el punto de vista de los sistemas sanitarios nacionales: ellos juegan con el tema del aseguramiento con cargo a presupuesto o a pólizas. Allí se tratan dos ámbitos de un mismo sector y se intenta que estos estudios establezcan unas bases de entendimiento. Porque a mí me gusta hacer siempre hincapié en el hecho de que la Sanidad es una, existe un único servicio sanitario. Y es un servicio público, con independencia de que se preste por entidades privadas o públicas: todos nos debemos a una calidad asistencial, a un coste-oportunidad, a una eficiencia, a una optimización de los recursos... y allí es donde tenemos que encontrar nuestro denominador común, porque somos absolutamente complementarios.

Por tanto, ese tópico de que si la pública cojea la privada se ve potenciada...

Es un infundio absoluto: somos vasos comunicantes e intentamos encontrar ese equilibrio. Eso sí, con unas competencias claras en las que cada uno tenga sus reglas de juego y su margen de actividad.

¿Cómo cree que es percibida la Sanidad española desde Bruselas?

No nos ven con especial preocupación porque la situación de crisis está tan globalizada, que España no es el único problema: los problemas vienen de España, de Grecia, de Portugal... en general de

todos los estados miembros, por lo que sí existe una preocupación globalizada. Creo que son conscientes –y tenemos que ser conscientes– de que España tiene un servicio sanitario muy potente, con profesionales de excelencia y un alto nivel de recursos y de tecnología. Pero esa excelencia tiene un coste, que debe ser asumible y sostenible. No obstante, España es de los países que paga menos por su salud en términos de coste/habitante, lo que no significa que no hayamos llevado a cabo en estos últimos años una política sanitaria de grandes derroches a nivel estructural y de equipamientos sanitarios. Pero sí hemos dado un paso en un grado de excelencia tal que la cobertura del ‘todo para todos’ no es viable y debemos reinventar nuestro sistema sanitario. Y aquí nos tenemos que replantear qué recursos tenemos y cómo optimizarlos: que se haga lo mejor posible, a un coste asumible, con una efectividad en la que todos los ciudadanos estén protegidos, con las menores listas de espera. Y en este punto van a encontrar a la Medicina privada, que se pone a disposición de la sociedad para asumir toda la actividad que no se pueda llevar a cabo o ser absorbida por el ámbito público. Y con un margen de eficiencia y eficacia constatado, que no quiere decir mejor, sino que por la estructura y las dimensiones de los centros, tiene otro margen de operatividad

más flexible a las necesidades cambiantes y más rentable.

¿Qué papel tiene la e-salud en este contexto?

Es uno de los grandes retos que tenemos por delante: ayudará muchísimo a optimizar recursos y a reducir muchas inversiones en aquellos lugares donde no son sostenibles estructuras sanitarias. Y en pro de todos: porque nos permitirá redimensionar el sistema con la telemedicina, la asistencia y la coordinación entre profesionales, niveles asistenciales, la historia clínica compartida, la carpeta de salud personal... será un gran avance en el sector sanitario.

Es un infundio absoluto que si la Sanidad pública cojea la privada se vea potenciada. Somos vasos comunicantes e intentamos encontrar el equilibrio

Uno de los retos que tenemos por delante es el desarrollo de la e-salud, que ayudará muchísimo a optimizar recursos

Centrándonos en ACES, ¿cuál es su labor?

ACES es la asociación de entidades catalanas de salud y nació hace 35 años. En este largo recorrido ha ido evolucionando hasta hoy, en que se ha consolidado como la patronal sanitaria privada más representativa de Cataluña. La comunidad tiene como particularidad la prestación mixta de servicios, con una patronal pública, una concertada y una privada, que somos nosotros. Representamos a 150 empresas, con 212 entidades y 15.078 trabajadores y unos 5.000 médicos colaboradores. En los centros de medicina aguda, representamos el 17,3 por ciento de camas y el 16,97 por ciento en centros so-

ciosanitarios y en el sector no concertado realizamos el 22 por ciento de la actividad. Es decir, que dentro de los privados, tenemos a los usuarios de mutua, a los privados-privados y a los concertados que básicamente son los sociosanitarios, aquellos que tienen concierto con el Servicio Catalán de Salud para la atención de pacientes crónicos en diferentes líneas asistenciales como curas paliativas, media estancia y larga estancia. En total, la extrapolación en gasto sanitario privado ronda los 7.200 millones de euros, aproximadamente.

Forman también parte de la directiva de otros organismos, como la CEOE. ¿Cuál es su papel?

En mi condición de vicepresidenta de la FNCP, formamos parte de la junta directiva de la CEOE, desde la que intentamos también hacer posicionamientos sectoriales en la situación que estamos viviendo, que es cambiante y de especial relevancia, teniendo en cuenta que Sanidad y educación son dos pilares básicos de la democracia, del Estado de Bienestar y necesitan un especial cuidado y atención.

¿Cómo está el sector en estos momentos de incertidumbre? ¿Hay motivos para el optimismo?

Si me pregunta si hay que ser optimista, creo que la situación en Cataluña es especialmente complicada por dos razones: estamos asistiendo a la situación de crisis generalizada por una parte mientras que, por otra, se ha sobredimensionado tanto la Sanidad que asistimos unos recortes que ineludiblemente también sufre la privada. Y lo sufre en un doble marco: cuando son entidades privadas concertadas, porque están sujetas al mismo convenio y condiciones de ajuste. Y, cuando no lo son, asistimos también a la doble presión que supone la situación de crisis en sí y la presión que están ejerciendo sobre nosotros las aseguradoras sanitarias. Si tenemos en cuenta que el peso de la facturación de nuestros centros lo constituye en un 63 por ciento la póliza sanitaria, y a ello se le añade la proliferación de las pólizas colectivas -con esa gran fuerza de negociación de la que disponen-, la presión a la baja de las tarifas y la canibalización del mercado asegurador ejercen una fuerte presión sobre nuestros centros, que son nuestros proveedores. Esta disfunción, en un momento como en el que nos encontramos, requiere que aseguradoras y proveedores, que estamos en un mismo barco, nos sentemos y reconduzcamos esta situación sobre parámetros y relaciones que garanticen la viabilidad de nuestro sistema de aseguramiento en bien de todos, pacientes, aseguradoras y proveedores. En este contexto debemos añadir una situación de amenaza real para la Sanidad privada que pretende abrirse paso bajo el pretexto de optimizar recursos. Es el hecho de que centros y





ENTREVISTA Cristina Contel

hospitales públicos entienden que, como se ven afectados por los recortes económicos y reducciones de actividad, y por lo tanto quedan recursos ociosos, pueden utilizar sus estructuras, personal, equipamientos y demás recursos para realizar actividad sanitaria privada en sus instalaciones y así generar ingresos adicionales son los que paliar su déficit. Y de lo que no se percatan es que ese déficit histórico que vienen arrastrando es estructural (no coyuntural), y no van a paliarlo realizando actividad sanitaria privada en el ámbito público, pero sí, en cambio, están poniendo en peligro el tejido empresarial sanitario español. ACES en 2011 ya hizo un planteamiento y presentó un manifiesto al presidente Mas cuando se intentó, a través de la Ley Ómnibus, que los hospitales del ICS pudieran realizar actividad privada en sus centros. Logramos enmendar dicho proyecto y reconducimos la situación.

¿Cuál es la situación hoy?

No se permite, de acuerdo con la enmienda que consensuamos con la Administración, el hecho de que se haga actividad privada en los hospitales del ICS. Pero es que estos hospitales, hoy por hoy, están en un proceso de fragmentación, que tendremos que ver cómo termina. Tendremos que hacer un seguimiento de este proceso de fragmentación, máxime teniendo en cuenta que se está poniendo encima de la mesa que estamos asistiendo a la privatización de la Sanidad: creo que hay una confusión terrible de términos, porque una cosa es utilizar instrumentos de gestión privada en entidades y otra muy distinta es que esa entidad pase a ser pública o privada y, por ende, pueda regularse según la normativa y postulados que a cada una le resulten más convenientes.

¿Entonces están a favor de la privatización en algunos casos?

No tenemos objeción alguna en que se utilicen instrumentos de gestión privada en entidades públicas. Si los instrumentos de gestión privados son más eficientes y eficaces ¿por qué no? Pero sí nos encon-



trarán en pie de guerra si pretenden utilizar esos recursos para hacer actividad privada, porque es una falta absoluta de ética y una competencia desleal hacer actividad privada con recursos públicos, que son de todos, sin pagar personal ni tecnología, ni equipamientos y disfrutando de ventajas fiscales. Insisto que no nos da ningún miedo el hecho de que se incorporen entidades privadas al mercado. Sí, en cambio, que se confundan las reglas del juego con hospitales y centros de titularidad pública donde el ciudadano de a pie se dirige, con toda la convicción del mundo, a una Sanidad que responde al ámbito público, y se encuentra que tiene que pagar, porque si de lo contrario tiene que esperar cuatro, cinco, seis o siete meses. Y la guinda nos la ponen centros

y servicios no del ICS pero que sí gozan de financiación pública y que cobran 40 euros por una butaca y 70 por una cama, según disponibilidad. La Ley General de Sanidad es una ley marco nacional aplicable a todas las comunidades autónomas y establece que no se puede dar un trato diferenciado a los ciudadanos en una misma entidad, extremo normativo que todas las comunidades autónomas tendrán que tener claro.

¿Estamos asistiendo a una doble velocidad en la Sanidad?

Sí, y es el propio ámbito público el que aprieta el acelerador y decide si se paga una cosa u otra. Además, con un circuito cautivo de pacientes y asistiendo a un aumento progresivo de las listas de espera. No nos podemos hacer trampas en el solitario y tenemos que hacer un acto de contricción y dejar claro que la Sanidad y el ámbito público –que financiamos todos– es para atender fundamentalmente a la gente desprotegida sin recursos y a todos los ciudadanos nacionales. Y, a partir de aquí, por la tarde, en vez de hacer actividad privada, haga usted realmente lo que compete: la actividad pública para reducir esas listas de espera que se van generando. Y vayamos a regirnos todos por parámetros objetivos.

¿Hasta qué punto todos estos mensajes equívocos han calado en la ciudadanía, que cree que la Sanidad privada es la culpable de todo?

En gran medida: al final a lo que se asiste es a titulares como “Estamos llegando a la privatización de la Sanidad” o “Los privados cobran xxx” o “Juegan y le ponen precio a la salud”. No, yo creo que tenemos que ser serios, despojarnos de estos estigmas y ver realmente qué está pasando. Porque aseguradoras, proveedores, entidades públicas y privadas estamos en el mismo barco. El sector tiene que funcionar, tenemos que hacer un sistema sostenible con futuro y de futuro. Y no podemos perder comba en un sector tan esencial, potente y, a la vez, generador de riqueza ■

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

MÓDULOS 3-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN

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





Cuanto mayor sea
el sector del
autocuidado,
más sostenible es
el sistema”

Jaume Pey

Presidente ANEFP. Asociación para
el Autocuidado de la Salud

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA

Jaume Pey

“Cuanto mayor sea el sector del autocuidado, más sostenible es el sistema”

El aumento de fármacos desfinanciados resulta un factor positivo para la ANEFP, ya que les ha permitido aumentar su oferta y representatividad. Su presidente, Jaume Pey, ve claro que el futuro de la sostenibilidad del sistema pasa por aumentar el porcentaje de medicamentos no sujetos a receta médica, para poder tener así recursos suficientes para financiar los tratamientos más graves. Pero no es el único reto, el nuevo Nomenclátor, el RDL de precios o las futuras regularizaciones de productos cosméticos, o incluso, homeopáticos, están también entre los temas de actualidad.

La ANEFP afronta una nueva etapa, en la que incluso puede que tenga que cambiar sus siglas, ¿cuál es la transformación que va a tener que afrontar la sociedad para adaptarse a la situación actual?

La ANEFP es el gran paraguas donde están no sólo medicamentos no sujetos a receta médica, o los medicamentos homeopáticos, sino que también hacemos mucho hincapié en todos aquellos productos que inciden en el autocuidado y que inciden en la farmacia como canal preferente. Por eso la llamamos la “casa del autocuidado”. Estamos muy en contacto con las principales necesidades de nuestro público objetivo, que dividimos en pacientes y consumidores. Pero ambos hacen un importante uso de las redes sociales, por eso ahora debemos incorporarnos a las mismas para captar a esta audiencia. Tenemos proyectos, como el de renovar nuestra web, y el de comenzar a tener presencia en redes sociales, para que el paciente crónico o el consumidor puntual pueda encontrar información de calidad, con el sello de garantía que da la ANEFP. Igualmente, tendrá que adecuar su nombre para incluir todo el concepto del autocuidado. Pero lo cierto es que aún hoy se conoce por estas siglas y por lo tanto este cambio no podrá ser brus-

co, aunque tendremos que ir derivando. Trabajaremos en los próximos meses en este sentido.

Actualmente este sector supone casi el 20 por ciento del mercado farmacéutico total, ¿cuál es la proyección de futuro?

Este mercado está llamado a crecer más que el mercado farmacéutico general. El mercado de la prescripción, por los recortes en el los precios y la entrada de gené-

ricos, es un mercado que en los próximos años se seguirá contrayendo. El nuestro, por tanto, es en el que las empresas encuentran capacidad y vías de crecimiento. Por ejemplo, hay productos que vienen de la desfinanciación, que ahora pasan a engrosar el mercado del autocuidado, y en el futuro es posible que lleguen otros. El mundo de los productos sanitarios, cosméticos, homeopáticos, etc., es un mercado que está aún desarrollándose, algunos más que otros. Por ejemplo, el mercado de com-



plementos alimenticios en toda su dimensión está creciendo mucho actualmente, y es un mercado muy dinámico. El futuro será pasar de este 20 por ciento a un 25, donde ya nos acercaríamos a otros mercados europeos, y si hiciéramos esto estaríamos avanzando hacia la sostenibilidad del sistema.

De hecho, uno de los objetivos a largo plazo es conseguir ponerse al nivel de Europa, y llegar al 15 por ciento en los medicamentos no sujetos a receta médica, ¿pero cuál es el objetivo más a medio plazo en este aspecto?

A corto plazo tenemos que ver el efecto final de los productos desfinanciados. La idea es acercarse a porcentajes del 7 u 8 por ciento. Habrá que ir viendo, porque estos productos desfinanciados han tenido una disminución de volumen muy importante, que no se han podido compensar con el aumento de su valor, porque han caído más de un 60 por ciento. Con lo cual a lo mejor nos quedamos en cifras más cercanas al 6 que al 8. Pero lo cierto es que con la incorporación de estos productos nos vamos acercando al 10 por ciento, que sería el próximo paso, y que yo me lo imaginaría dentro de un par de años, y es mucho más de lo que tenemos que es un 5. Lo del 15 por ciento, ya es mucho más difícil de prever, y dependerá también del crecimiento de la propia economía española.

Además de aumentar la cuota de mercado, ¿qué ha supuesto para el sector la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de financiación?

Hemos ganado en importancia, en representatividad y en oferta, tanto en el arsenal terapéutico del médico, como del farmacéutico. Hace que el sector sea más importante y más atractivo, así que es inequívoco que el sector del autocuidado gana con la desfinanciación. El peso de esa importancia dependerá de la recuperación del volumen de ventas, que algunos

en parte ya lo están recuperando. Con lo cual es muy importante generar elementos de confianza para el desarrollo de estos productos, tanto en la facilidad de cambiar su registro, como en su facilidad para hacer una publicidad y una promoción que pueda ser atractiva.

¿En qué punto están las negociaciones para incluir en el Nomenclátor los medicamentos no sujetos a receta médica y no financiados? ¿Qué va a suponer que el médico pueda prescribirlos?

Ya tenemos un Nomenclátor base, donde todos estos productos quedan ya totalmente normalizados. Hemos acordado también la vía de comunicación de precio, ya que en el Nomenclátor a parte de las características del producto, es decir, su ficha técnica y su prospecto, aparecerá el precio. La idea es que esté disponible para todas las CCAA. Por tanto se genera un segundo trabajo, que es que las autonomías le den la importancia que tiene a este Nomenclátor maestro y lo sustituyan por el Nomenclátor que hay hoy, que es el de facturación, y esto permita que todos los médicos puedan acceder de manera fácil a la prescripción de este tipo de productos.

Este mercado está llamado a crecer más que el mercado farmacéutico general

El Ministerio se comprometió a tenerlo redactado próximamente, pero sabemos que están trabajando bajo la hipótesis de que los productos no sujetos a receta médica o no financiados van a gozar de precio libre, por lo tanto no habrá cambios. Sí que los productos que vienen de la desfinanciación, por lo que entendimos en la intervención de Carlos Lens en nuestra última Asamblea General, mantendrán un tiempo de precio notificado, pero sería por un lími-

te temporal. Un límite que abogamos porque sea lo más corto posible. Pero hasta que no esté redactado no sabremos todos los detalles.

El reglamento europeo 1223/2009 sobre fabricación y distribución de cosméticos entrará en vigor este año, ¿se adaptará España a Europa?

Hemos presentado alegaciones porque nos preocupa que podamos competir en igualdad de condiciones con otros

países de Europa. En España tenemos el tema de la licencia de autorización, nosotros en esas alegaciones hemos pedido que sea una notificación, que no se tenga que presentar una autorización. Nos preocupa también el tema de la “cosmetovigilancia”, porque tal y como está planteado habría que reportar incluso los efectos leves y moderados, mientras que en Europa deben tener un cariz más grave. Lo más importante es que esté lo más armonizado posible con la normativa del resto de países.

¿Comienzan a aceptarse los productos homeopáticos o la fitoterapia dentro del sector sanitario como una opción para el paciente?

Tenemos que conseguir que, como ocurre en Francia o Alemania, estos productos puedan ser evaluados y estén con normalidad en nuestro mercado. Tenemos muy buena relación con la Agencia Española del Medicamento y nos gustaría ver cómo poder normalizar la situación de los productos homeopáticos en España. Hay que entender que los procedimientos de evaluación no pueden ser exactamente los mismos que los de un medicamento de síntesis al uso, y por tanto habría que aprender de la experiencia de Europa. Abogamos por conseguir que sean productos con su código nacional, normalizados y que se puedan autorizar, sobre todo para aquellos que están más indicados para síntomas menores. Por lo tanto el objetivo es



llegar a una normalización en su evaluación, en su registro y en su publicidad.

Comentaba que el mercado de los complementos alimenticios aún está en crecimiento, ¿cuáles son los retos de este sector?

Nuestro objetivo principal es que la interpretación que se hace en cada CCAA respecto al etiquetado y a la publicidad de estos productos sea lo más armonizada posible, y estamos trabajando en esta línea. Estamos muy esperanzados con el anuncio de que se estaría preparando también un Real Decreto de complementos alimenticios que ampliaría el volumen a otras 47 sustancias. Actualmente sólo tenemos vitaminas y minerales, y en realidad hay muchísimo más espectro, así que estas 47 tampoco son muchas, pero sí es un paso importante.

Los productos para el autocuidado, ¿son uno de los temas claves a la hora de abordar la cronicidad?

En los medicamentos no sujetos a receta médica siempre habíamos hablado de tratamientos cortos por síntomas menores. Pero también es cierto que los productos para el autocuidado también entran dentro de la prevención de la enfermedad o del hecho de evitar el empeoramiento de la misma, lo que puede suponer un uso continuado. Es un concepto novedoso y es un reto. Por ello empezamos a hablar del consumidor pero también del paciente, ese enfermo crónico que también tiene que acceder a los productos de autocuidado. Es decir, que pasamos de un paciente digamos sano, a uno que ya no está tan sano. Por tanto el tema de la cronicidad es uno de los retos que vamos a tener enfrente en los próximos años, y es muy importante. Se trata de un paciente que conoce muy bien lo que necesita o deja de necesitar, algo así como el paradigma del paciente que más sabe sobre el autocuidado. La industria por tanto tiene que estar muy preparada para dar un buen servicio a estas personas, para lo que las nuevas tecnologías jugarán un papel importantísimo.

¿Qué puede aportar este sector para la sostenibilidad del sistema?

Antes hablábamos de porcentajes, pues bien, tenemos que pensar que con cada 5 puntos que ganan los medicamentos no sujetos a receta médica, las arcas públicas ahorran unos 1.000 millones. Es decir, que cuanto mayor sea el sector del autocuidado, más sostenible es el sistema. Si este dinero se reinvierte en el sistema significa que en tratamientos como los oncológicos o cardiovasculares, vamos a asegurar que se pueda seguir comprando lo más innovador. La sociedad tiene que entender que con los recursos que tenemos, si queremos tener lo mejor para enfermedades graves, tenemos que tener un sector de autocuidado lo más parecido al resto de Europa, por lo que tenemos que crecer. Por lo tanto somos un contribuyente importantísimo para la sostenibilidad del sistema. Hay que explicarlo así para que la sociedad lo pueda entender bien.

Pero el problema es que estos ahorros no siempre revierten en el propio sistema, al no existir presupuestos finalistas...

Esta es la discusión que ha habido muchas veces, nosotros lo que hacemos es liberar recursos para el sistema, y a partir de ahí depende de la responsabilidad política de quien gobierna. Pero sí que deberíamos de exigir que estos recursos se reinviertan en Sanidad, sería lo justo.

Este octubre se celebrará en Madrid en I Congreso del Autocuidado, ¿qué nos aguardará en el mismo?

Hablaremos tanto de la problemática del paciente crónico como del consumidor puntual de estos productos. Pensamos que se puede generar un debate interesante respecto a cómo se puede abordar el mundo del autocuidado desde estas dos perspectivas. Habrá asociaciones de pacientes, habrá industria, habrá médicos, y habrá farmacéuticos. No es como en otros congresos que nos centramos en el médico, sino que la gran novedad es hablar directamente al consumidor y al paciente ■

AULA de la FARMACIA

estrena
nueva
web

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

The screenshot shows the website's layout. At the top, there's a navigation bar with 'Programa de formación en habilidades' and 'AULA SEFAC'. Below that is the main header with the 'saned' logo and 'AULA FARMACIA' title. A secondary navigation bar includes 'Portada', 'Cursos on line', 'Noticias', 'Enlaces', 'La Revista', 'Buscador de artículos', 'Oferta de Suscripción', and 'Contactos'. The main content area is divided into several sections: 'TABAQUISMO' (Treatment of the patient smoker), 'ULCERAS BUCALES' (Attention of the pharmaceutical in the treatment of ulcers), and 'ACTUALIZACIONES' (Deficiency of calcium, Diabetes, Hypertension, Arthritis). There's a 'OFERTA FORMATIVA' section with three courses: 'Prevenção, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria', 'Manejo del dolor leve a moderado en la farmacia comunitaria', and 'Asesoramiento dietético en el sobrepeso y la obesidad en la oficina de farmacia'. A central graphic features a human figure surrounded by red blood cells, with text about cardiovascular risk factors. To the right, there are advertisements for 'NAN' baby food and 'Tecnimed' 1+D. At the bottom, there's a Facebook social media widget showing the page's name, a 'Me gusta' button, and a list of users who liked the page. The footer includes 'AEESEG apuesta por las redes sociales con el lanzamiento del blog engenerico.com' and the 'Vademecum.es' logo.

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

saned.
GRUPO

A close-up, black and white photograph of a person's face, focusing on the eye, nose, and mouth. The person's eye is closed, and their mouth is slightly open. A vibrant, ethereal blue and purple smoke or vapor rises from the mouth, filling the right side of the frame. The lighting is dramatic, highlighting the texture of the skin and the intensity of the smoke.

El **taba**



quismo,

primera causa de enfermedad evitable,
invalidez y muerte prematura

Texto | Mónica de Haro



REPORTAJE

El tabaquismo, primera causa de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura

El Día Mundial sin Tabaco se celebra en todo el mundo el 31 de mayo de cada año y fue creado en 1987 por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una iniciativa destinada a recordar los grandes perjuicios que acarrea el tabaco para la sociedad (no sólo para los fumadores). Este día se instituyó con el propósito de llamar la atención mundial ante la amplia presencia de consumo de tabaco y los efectos negativos para la salud. Al mismo tiempo, es una manera de propiciar actuaciones puntuales que llegan a consolidarse e integrarse en el conjunto de estrategias para la prevención y control del tabaquismo, observándose año tras año un efecto multiplicador y sinérgico de las distintas administraciones, entidades, organizaciones, colectivos y agentes sociales interesados. Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo. En Europa provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y de más del 50 por ciento de las enfermedades cardiovasculares.

El tabaco es uno de los problemas más graves de Salud Pública. Es la segunda causa mundial de muerte, tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos.

Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo. En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición

de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50 por ciento de las enfermedades cardiovasculares. El fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90 por ciento de la EPOC y el enfisema.

En Europa se producen 700.000 muertes anuales relacionadas con el tabaco y se gastan 25,3 billones de euros en tratar las enfermedades producidas por el tabaquismo, que hace perder 8,3 billones por el absentismo y la jubilación precoz ligados al consumo de esta droga. En España es la primera causa de muerte, por delante de los accidentes de tráfico y el consumo de todas las drogas ilegales juntas.

Sin embargo, es una epidemia prevenible.

Por eso, además de señalar los riesgos que supone el consumo de tabaco para la salud, desde la Asamblea Mundial de la Salud se pretende fomentar políticas eficaces de

El tabaco está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y de más del 50 por ciento de las enfermedades cardiovasculares

reducción de dicho consumo. Así pues, el Día Mundial sin Tabaco 2013 tiene el propósito de fomentar un período de 24 horas de abstinencia de todas las formas de consumo de tabaco alrededor del mundo. Este año se ha centrado en la necesi-

dad de acabar en todo el mundo con “la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco”.

Las estadísticas muestran que la prohibición de publicidad y patrocinio del tabaco es una de las más rentables formas de reducir la demanda de tabaco, según señala la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por este motivo, mientras que el año pasado la organización elegía como tema para su campaña la “interferencia de la industria tabacalera”, para esta nueva edición se ha instado a la “prohibición total” de toda forma de promoción de este producto.

Consenso internacional

Entre los objetivos específicos de la campaña se encuentra alentar a los países a aplicar el artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

(CMCT de la OMS) y sus directrices para prohibir ampliamente la publicidad, promoción y patrocinio, de modo que se consiga reducir el número de personas que fuman y de nuevos fumadores. Este convenio fue acordado en 2008 para todas las partes representadas en el tratado y en él se invitaba a su cumplimiento en los siguientes cinco años siguientes a su entrada en vigor, y en caso de no poder formularse se pedía aplicar restricciones lo más completas posibles según su constitución o principios constitucionales.

Por otra parte, desde la OMS se señala que otro de los objetivos es impulsar los esfuerzos locales, nacionales e internacionales para contrarrestar los esfuerzos de la industria tabacalera para controlar el mercado del tabaco. En particular, sus esfuerzos para paralizar o detener las prohibiciones que se están llevando a cabo en referencia a su publicidad o promoción en distintos países.

“La evidencia muestra que prohibir completamente la publicidad conduce a reducir el número de personas que se inician y continúan fumando”, explican, al tiempo que recuerdan que el consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte y, actualmente, es responsable de matar a uno de cada 10 adultos en todo el mundo.

La epidemia mundial de tabaquismo mata a casi seis millones de personas cada año, de los cuales más de 600.000 son no fumadores que mueren por respirar humo



de segunda mano. “Si no actuamos, la epidemia matará a más de ocho millones de personas cada año en el 2030. Más del 80 por ciento de estas muertes evitables estarán entre las personas que viven en países de bajos y medianos ingresos”, concluye.

La OMS puso en marcha el Día Mundial sin Tabaco con la intención de contribuir a proteger a las generaciones presentes y futuras, “no sólo de estas consecuencias devastadoras para la salud”, sino también contra los problemas sociales, ambientales y económicos que provoca el consumo de tabaco y la exposición a su humo. En este sentido, los expertos en la lucha antitabaco señalan la Directiva Europea sobre Tabaco como una de las medidas más prometedoras. De hecho, para el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) supondrá un “significativo paso adelante” en la lucha contra el tabaquismo.

Recientemente, en la IV jornada “Vislumbrando el fin del tabaquismo”, organizada por el CNPT, se han abordado otros temas de interés en la prevención y control del tabaquismo en nuestro país y en Europa, como la prohibición total de la publicidad (lema del próximo Día Mundial sin Tabaco); el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la pre-

vencción del tabaquismo; el papel de los medios de comunicación; el cáncer de pulmón en mujeres; o el abordaje del paciente fumador en situaciones especiales.

Desarraigar el hábito

Por eso, el CNPT pide a los políticos españoles que apoyen la futura directiva sobre los productos del tabaco “y que no baje la guardia”, porque pese al descenso de fumadores registrado en los últimos años, nuestro país sigue siendo uno de los países donde más cigarrillos se consumen. Según el Eurobarómetro, España está entre los países con más fumadores, por detrás de Grecia, Bulgaria y Letonia.

El 33 por ciento de los españoles de 15 años o más fuma tabaco en la actualidad, lo que les sitúa entre los ciudadanos europeos que más fuman, sólo por detrás de los griegos (40 por ciento) y búlgaros y letones (36 por ciento) y muy por encima del 28 por ciento de media en la UE.

No obstante, si se tiene en cuenta la evolución desde 2006, España es uno de los

tres países donde ha bajado el número de fumadores, junto con Luxemburgo y Eslovaquia.

Un resultado que coincide con los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE) -estudio periódico realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)-, según el cual en España cada vez se fuma menos. Desde 1993 a 2012 el porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso. Aunque siguen fumando más los hombres (27,9 por

ciento en hombres y 20,2 por ciento en mujeres), entre los jóvenes de 15 a 24 años hay poca diferencia (22,5 por ciento hombres frente al 21,0 por ciento de las mujeres).

La prohibición de publicidad y patrocinio del tabaco es una de las más rentables formas de reducir la demanda de tabaco

No obstante, los expertos se muestran alarmados ante la edad de inicio y lo duro que resulta para los fumadores dejar el hábito. El 70 por ciento de los fumadores y ex fumadores de media en la UE comenzó a fumar antes de cumplir los 18 años, algo que preocupa “mucho” al ejecutivo comunitario, según ha reconocido el comisario



REPORTAJE

El tabaquismo, primera causa de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura

européico de Salud y Política de Consumo, el maltés Tonio Borg.

Restarle atractivo social

El CNPT recuerda que no se puede olvidar que la reducción del tabaquismo es la medida más importante de salud pública que pueden adoptar los países para beneficio de su salud y de su economía. En este sentido, una buena medida sería reducir el atractivo de los cigarrillos para los jóvenes, impidiendo que los productos de tabaco estén a la vista en las tiendas y restringiendo el uso de sabores y colores llamativos. A este respecto, el comisario afirma que “es alentador el amplio apoyo de los ciudadanos a la adopción de medidas más estrictas para el control del tabaco”. Hasta un 60 por ciento de los europeos se muestra a favor de dar menos visibilidad al tabaco.

La entrada en vigor de la Ley Antitabaco ha generado “efectos beneficiosos” para la salud de las personas, reduciendo el índice de accidentes cardiovasculares y de asma infantil

En nuestro país, según el presidente del CNPT, la población española aceptó de “muy buen grado” la Ley Antitabaco. “El nivel de aceptación, incluso por parte de los fumadores, ha sido “excepcional”. “Todas las previsiones catastróficas de la industria tabaquera y hostelera no se han cumplido”, asegura Francisco Rodríguez Lozano, presidente del CNPT.

La entrada en vigor de la Ley ha generado “efectos beneficiosos” para la salud de las personas -continúa- reduciendo, entre otras cuestiones, el índice de accidentes cardiovasculares y de asma infantil,

por lo que haría “injustificable” la modificación de la misma. Entre los principales logros de la Ley están la deslegitimación del acto de fumar delante de otras personas, y la convivencia en más espacios y más saludables, anteponiendo los intereses de salud comunitarios, a los personales de fumar en determinados lugares.

Desde el CNPT se apoyan las modificaciones de la nueva directiva, que establece que las advertencias sanitarias sobre los efectos del consumo de tabaco ocuparán “tres cuartos” de la superficie de las cajetillas de cigarrillos y paquetes de tabaco de liar (antes ocupaban entre un 30 y un 50 por ciento), y, además, incluirán imágenes y textos en el mismo. Asimismo, la obligación de informar sobre el contenido de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono será sustituida por un mensaje especificando que el humo de tabaco “contiene más de 70 sustancias que causan cáncer”.

Del mismo modo, el CNPT ha felicitado que se quieran prohibir los cigarrillos y el tabaco de liar con “aromas fuertes característicos”, como el mentol o la vainilla, así como los aditivos que aumenten la toxicidad y el potencial de adicción del tabaco. “La realidad es que si hubiera que comercializar ahora el tabaco por primera vez, no se permitiría, pues podemos saber lo que contiene una lata de tomate frito pero nadie sabe qué contiene un paquete de cigarrillos salvo su contenido en alquitrán, nicotina o gas mortal



como el monóxido de carbono”, comenta el presidente de el CNPT.

La nueva directiva europea -que como tiene que recibir el visto bueno del Parlamento europeo y de los 27 miembros, no entraría en vigor hasta 2014- quiere regular los aditivos que se añaden al tabaco para hacerlo más adictivo o más atractivo al consumo. Según el comisario europeo: “Los aditivos pueden hacer que el tabaco no sepa a tabaco sino a piña colada, con tal de endulzar el peligroso veneno que lleva dentro”.

Puntos claves del CMCT

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco y es un instrumento basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud. El Convenio representa un hito para la promoción de la Salud Pública y proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud.

El 27 de febrero de 2013 se cumplieron ocho años desde la entrada en vigor del CMCT. Asimismo, en mayo de este año se cumple el décimo aniversario de su adopción por la Asamblea Mundial de la Salud.

Durante estos años se han registrado novedades importantes. Se ha producido un rápido crecimiento en el número de Partes en el Convenio, pasando de las 40 ratificaciones necesarias para su entrada en vigor el 27 de febrero de 2005 hasta las 176 Partes actuales. Con ello, el Convenio alcanza actualmente al 90 por ciento de la población mundial.

Además, se ha producido un creciente reconocimiento político del papel del CMCT de la OMS en la Agenda de Salud Mundial y de desarrollo, así como una intensificación de la cooperación con los socios internacionales, incluidas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, para fomentar la dimensión multisectorial del tratado y el trabajo realizado en los países.

- “La aplicación de las medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco, previstas en el artículo 8 del Convenio Marco de la OMS, comporta la abstención total del acto de fumar y la eliminación total del humo de tabaco en un espacio o ambiente determinado a fin de lograr un entorno absolutamente libre de humo de tabaco. No existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco, y hay que rechazar conceptos tales como el valor de umbral para la toxicidad del humo ajeno”.
- “Hay pruebas de que las advertencias sanitarias y mensajes que contienen a la vez imágenes y texto son mucho más eficaces que los que sólo contienen texto”.
- La publicidad de tabaco es inaceptable porque trata de presentar como un hábito normal el consumo de tabaco que mata a más de cinco millones de personas cada año (sin contar las más de 600.000 personas que mueren anualmente debido al humo ambiental).
- Los países signatarios del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco están obligados a ayudar a sus poblaciones a abandonar el consumo de productos de tabaco.

“Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco”. (Art. 14 del CMCT de la OMS).

- El aumento de los impuestos al tabaco está reconocido como la medida más eficaz para el control del tabaco. “Las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco”. (Art. 6 del CMCT de la OMS).

- Los países deberán prohibir o restringir a la industria tabacalera el agregado de aromatizantes a los productos del tabaco.

Algunas empresas tabacaleras tratan de encubrir el sabor áspero del tabaco mediante el agregado de sustancias tales como el azúcar, el cacao, la vainilla y el regaliz. Procuran que el tabaco sea atractivo para niños y adolescentes añadiendo aromatizantes de chocolate, frutilla y otros similares a los de las golosinas.

Con arreglo a las directrices del Convenio, “las Partes deberían regular, mediante prohibiciones o restricciones, los ingredientes que pueden utilizarse para aumentar la palatabilidad de los productos de tabaco”. (Arts. 9 y 10).

- Los objetivos de la industria tabacalera y de la comunidad de Salud Pública son diametralmente opuestos. La industria tabacalera está para ganar dinero. Para ello necesita vender tabaco socavando los esfuerzos gubernamentales contra la epidemia de tabaco.

En cambio, la comunidad de Salud Pública está para salvar vidas. De conformidad con las directrices del Convenio, “la industria tabacalera produce y promueve un producto que, tal como se ha demostrado científicamente, es adictivo, provoca enfermedades y muertes y da lugar a una variedad de males sociales, incluido el aumento de la pobreza”. En consecuencia, las Partes deberían proteger la formulación y aplicación de las políticas de Salud Pública relativas al control del tabaco contra la industria tabacalera en la mayor medida posible ■

Documentación y fuentes

1. Organización Mundial de la Salud (OMS)
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
3. CNPT
4. EL MÉDICO INTERACTIVO



Buscando la
inspiración
para una
gestión
sostenible

Gestión por procesos, mejoras en la comunicación para lograr un mayor compromiso de los profesionales y cambios, muchos cambios. Esa es la receta que los gerentes españoles prescriben para lograr salvar a la Sanidad de su quiebra. La crisis y la gestión eficiente han sido el principal tema de debate dentro de las jornadas “La Gestión en tiempos de incertidumbre: Un espacio para la inspiración”, que SEDISA ha organizado en Santander, y en las que ha presentado sus propias 25 propuestas para redirigir el sistema hacia un futuro más sostenible.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Buscando la inspiración para una gestión sostenible

No es nada nuevo. Ni lo es ahora, ni lo era hace años, incluso antes de que la palabra "crisis" inundase nuestras vidas. Nuestro sistema sanitario se muere de éxito. Innovaciones tecnológicas que cada vez son más caras, un cambio de paradigma hacia la cronicidad y una Sanidad habitualmente infr FINANCIADA, que ve como cada día merman las recaudaciones de impuestos. Nada nuevo.

La novedad no está en el problema, sino en la búsqueda de soluciones. La innovación y la creatividad no deben estar sólo en las tecnologías, sino ahora más que nunca en la gestión. En la gestión por parte de profesionales que tengan una formación y unas herramientas que les permitan enfrentarse a este reto.

Ese es el *leit motiv* de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), profesionalizar la gestión sanitaria. Para demostrar lo que verdaderos líderes de la gestión pueden aportar al sistema, se realizaban las jornadas "La Gestión en tiempos de incertidumbre", esta vez con un subtítulo singular: "Un espacio para la inspiración". Así lo destacaba su presidente, Joaquín Estévez, en la inauguración de dicho encuentro, matizando su esperanza de que "todos salgamos inspirados para intentar gestionar la miseria y el despilfarrero de la forma más eficiente posible".

Un sistema agotado

"El modelo actual está agotado", con estas palabras María José Sáenz de Buruaga, consejera de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, inauguraba esta cita de directivos en la ciudad de Santander. Según la consejera "el reto no puede ser otro que el de la innovación, entendiéndola como la necesidad de redefinir la organización de nuestra estructura sanitaria", y es por ello que apoya los objetivos de SEDISA, en especial, su reivindicación por



la profesionalización sanitaria. "Ahora más que nunca la gestión pasa por una visión estratégica".

En cuanto a las duras medidas que se han tomado dentro de la comunidad cántabra, la consejera reconocía que era la única forma de sostener el sistema público, aunque matizaba que "el debate no debe reducirse a la financiación", sino a una verdadera reforma estructural del sistema. Pese a ello, explicaba que las medidas habían

supuesto llegar por fin a un déficit cero, y a tener unos presupuestos sanitarios realistas, que además se han aumentado en 2013. "Eso es lo que tenemos que hacer los políticos, priorizar las políticas que son importantes para los ciudadanos". Precisamente el gran proyecto a futuro de la consejería, "y de toda la Comunidad", es el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, que pese a la oposición, se finalizará en 2015.

Una propuesta desde SEDISA

Estas jornadas eran también el lugar elegido por SEDISA para presentar su nuevo

documento para el compromiso con la sostenibilidad, en el que una vez más participaba con especial presencia Carlos Arenas, director gerente del Departamento de Orihuela. El autor del documento dejaba claro que, bajo su opinión, "el modelo de gestión directa está agotado", y es por ello que una de las propuestas versa sobre la necesidad de seguir avanzando en la externalización basada en presupuestos per cápita. "De esta manera, aunque la Administración pública garantice la financiación, la provisión debe ponerse en manos de los que sean capaces de ser más eficientes, ya sea una empresa pública, una fundación, una concesión administrativa o una cooperativa de profesionales."

Otro de los puntos a tratar, era obviamente el objetivo primordial de SEDISA, es decir, conseguir que se profesionalice la gestión sanitaria. Así, César Pascual, director gerente del Hospital Marqués de Valdecilla, explicaba que los directivos sanitarios asistentes a estas jornadas "gestionan alrededor de 35.000 millones de euros, que son de los españoles", y por ello es de vital importancia que se traten de verdaderos profesionales y que tengan la formación y las herramientas para poder hacer una gestión eficiente.

Joaquín Estévez, por su parte, remarcaba que no se trata de una crítica al actual



sistema sanitario, ya que se trata de uno de los mejores servicios públicos del país, pero que obviamente es necesario hacer cambios para conseguir hacerlo sostenible. De esta manera, declaraba que es necesario “implicar que los profesionales, para que se sientan microempresarios dentro de la gran empresa hospital”, objetivo que pasa por tanto por “flexibilizar las reglas del juego”. Explicaba que si bien a título privado, diversas consejerías han mostrado su apoyo ante las medidas propuestas, el problema está en que es difícil dar el paso debido a la legislación vigente, y a las presiones externas e internas.

Otras de las propuestas destacadas de este documento son las que tienen que ver con los profesionales. En este sentido se hace una apuesta clara por la productividad variable, dando por fin cifras concretas, en este caso, alrededor de un 40 por ciento del salario. Igualmente, el personal de nueva incorporación debería regirse por el régimen de derecho laboral privado. Mientras tanto, respecto al personal que actualmente ya es estatutario y funcionario, se plantea que para poder adaptarse a las necesidades del sistema, deberían de modificarse sus estatutos, para que la seguridad del puesto de trabajo no prime sobre la obligación de ofrecer un servicio público excelente y productivo a la población. Esto significa que el personal objetivamente improductivo, o que

sus hechos vayan contra los principios éticos del sistema de calidad y eficiencia, pueda ser cesado de su puesto de trabajo o en su defecto sancionado de manera rápida y ejemplarizante y viceversa, que pueda recibir un incentivo positivo de manera ágil por su eficiencia y buen hacer. En definitiva se debe poder incentivar la eficiencia y penalizar la ineficiencia.

En cuanto a los pacientes, se deja clara la necesidad de dar un giro radical asistencial hacia la cronicidad, así como el impulso por alternativas como la ambulatorización quirúrgica, o ampliar la acción de la hospitalización a domicilio. Por otra parte, si bien se renuncia a la opción del copago, sí se valora la posibilidad de gravar con un ticket moderador la frecuentación innecesaria y el uso abusivo de los recursos. Otra idea de especial interés es la de crear pagos directos para el usuario en el caso de servicios no asistenciales complementarios, como por ejemplo, cobrar un extra para quien solicite una habitación individual, de manera que se obtendrían recursos que pudieran destinarse a cuestiones más sanitarias. “No estamos

hablando de copago, sino de participación en las prestaciones no asistenciales”, aclaraba César Pascual.

Otro de los puntos planteados para conseguir una mayor eficiencia es el de ajustar la estructura, tanto de plantillas, como de centros, para lo cual es además imprescindible actuar sobre los procesos. Dado que alrededor del 60 por ciento del coste del sistema son gastos de personal, SEDISA cree que las plantillas deben de estandarizarse en función de la población ajustada por riesgo que atienden (cápita ajustada) y la cartera de servicios que ofrecen, para promover la eficiencia y la equidad. Según los directivos, es realmente ineficiente que haya plantillas hinchadas intocables en muchos grandes hospitales.

Gestión del cambio

Además de ser objeto de la presentación de dicho documento, estas intensas jornadas reunían a veinticuatro de los mejores gestores del país, con el objetivo de ampliar conocimiento y debatir sobre las posibles vías de solución para sacar adelante el sistema entre todos ellos. Si hay algo en lo que todos coincidían era en que no se puede seguir haciendo lo mismo, de manera que la gestión del cambio se ha vuelto también una de las prioridades.

El dilema está en que cada cual ha intentado afrontar las reformas y las medidas de mejora como ha podido. Es por ello que hacer una puesta en común, para llegar a puntos de acuerdo y compartir tanto éxitos como

fracasos, tiene un gran valor. “Cada uno está aportando sus soluciones, y nos falta coordinación”, esa era precisamente la percepción de Mario González, director gerente del Hospital de Vigo. Explicaba que

“no existen soluciones mágicas al problema” y puesto que aún nos quedan años complicados por delante, “es muy importante tener claro a donde queremos llegar”. González in-

Los gerentes apuestan por unas retribuciones profesionales en las que la productividad variable ronde el 40 por ciento del salario



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Buscando la inspiración para una gestión sostenible

sistía en que se trata de intentar hacer lo mismo pero de una forma diferente, el problema es que en gestión resulta muy difícil hacer innovación, porque se percibe más como una amenaza que como una oportunidad para hacer mejor las cosas.

Su propuesta particular pasaba por redefinir las áreas de gestión clínica, a través de una dirección de procesos asistenciales, una dirección de recursos humanos y una dirección de recursos económicos.

Destacaba igualmente la intervención de Luis Carretero, director gerente del SESCAM, que valoraba que se han hecho cambios, pero no siempre los más correctos. Ejemplificaba este hecho con las subidas de salarios "pero no de la productividad variable, con lo que perdimos una oportunidad". Igualmente, insistía en el hecho de que existen factores que impiden la gestión del cambio, como por ejemplo que "el factor con más peso a la hora de elegir un directivo es la afinidad política, y si es así, por mal camino vamos". Dejaba claro que si no somos capaces de cambiar "una vez que salgamos de la crisis nos vamos a encontrar con las mismas perversiones del sistema".

Desde su criterio, para romper con lo que se está haciendo hay que parar, analizar las necesidades de cada servicio y partir de cero. Eso es lo que ha estado trabajando desde el SESCAM, pero concretaba con algunas medidas más específicas. Entre ellas destacaba el conseguir una mayor cercanía con el paciente utilizando las TIC, actuar en educación sanitaria para avanzar en un paciente activo y corresponsable, conseguir una accesibilidad al sistema según prioridad y trabajar en una mayor transparencia de los resultados. Igualmente se está trabajando en áreas integradas y un nuevo enfoque retributivo, es decir, reinvertir las reducciones salariales en retribuciones variables, y crear una verdadera cultura de cómo se evalúa esa productividad. Para la plantilla se ha partido de cero y se ha determinado cuál era el horizonte, y se ha hecho un mayor desarrollo de estrategias de liderazgo de mandos intermedios.

Finalmente, Eduardo García Prieto, direc-



tor gerente del SACYL, recordaba que "la Sanidad siempre está en crisis, porque está en continuo cambio y en continua adaptación". Lo cierto es que "si en época de bonanza hubiéramos ajustado el gasto en vez de crear déficit, ahora podríamos endeudarnos", pero la situación es la que es, y hay que afrontar esta crisis como una oportunidad, en la que por fin se nos obliga a dar pasos.

Despilfarro, derroche, desperdicio

El desperdicio es introducir o mantener recursos que aporten poco a la organización. Esa era la definición que Juan A. Marqués, director gerente del Hospital Marina Baixa, de Villajoyosa, hacía a la pregunta de Cristina Granados, directora gerente de Área Integrada de Guadalajara, en la mesa dedicada a la gestión del desperdicio. En realidad, eran múltiples los sinónimos que se hacían de esta palabra, que también podía traducirse por despilfarro o derroche. Ese es otro de los grandes problemas de la Sanidad.

Hablamos de la necesidad de hacer más por

menos, de gestionar con eficiencia, y como bien decía Manuel Huerta, director gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir, "no es lógico que se ponga en valor algo que se debería haber hecho siempre, porque gestionar con eficiencia es lo que se espera de cualquier directivo profesional".

Sin embargo, todo gerente sabe que en su servicio existe aún ese problema. ¿Por qué no se actúa? La respuesta la aportaba Marqués, "no nos ponemos de acuerdo". Y es que políticos, gerentes, profesionales y pacientes no tienen la misma percepción sobre lo que es necesario, y lo que es prescindible. Pero en cada servicio, en cada centro o en cada comunidad se intentan abordar estos problemas ahora, rápido, corriendo, y porque no nos queda otro remedio. No hay dinero para todo, decía.

Algunas de esas medidas eran mencionadas por Manuel de la Puente, director gerente del Hospital de Fuenlabrada. Por ejemplo, uno de los puntos en lo que parece haber mayores acuerdos y menos avances es en que la Atención Primaria tenga mayor capacidad resolutoria, que permita tener menos derivaciones a especializada, y por tanto, reducir gastos a veces innecesarios. En este caso, la creación de protocolos resulta bastante efectiva. Igualmente, otro punto de los más comentados, era el de ampliar los horarios. De plantilla, y sobre todo, de servicios de diagnóstico, que permitan sacar mayor rendimiento a la inversión de tecnología para así también rebajar los costes.

Pero la medida que da más miedo a afrontar la ponía sobre la mesa Manuel de la Huerta: "un modelo de desinversión". No era el único gerente que aportaba esta visión, y es que es fácil deducir, que al igual que cuando en una economía doméstica hay menos ingresos, hay que priorizar en los gastos, lo mismo ocurre con el sistema sanitario. No puede hacerse todo. Si bien hay cuestiones que deben ser intocables, su mantenimiento pasa por renunciar a otro tipo de servicios. "Hay que

identificar lo innecesario, lo inútil, lo inclemente, lo insensato, lo que aporta poco valor". El problema es que estas medidas no pueden pasar por recortes lineales que rompan el sistema, sino que deben ser medias analizadas, consensuadas y coordinadas en todo el territorio, "No puede ser una apuesta local, sino que debe ser un modelo estratégico y generalizado" puntualizaba de la Huerta.

Innovando en partidas concretas

En cuanto a propuestas menos generales y más dirigidas a servicios o áreas concretas, destacaban las aportaciones de los gerentes de los grandes hospitales madrileños Ramón y Cajal y La Paz.

Para comenzar, Javier Maldonado, director gerente del primero, abordaba la necesidad de que exista un reconocimiento explícito de la investigación, como una línea de negocio independiente del producto final de los hospitales. Así explicaba que "el éxito de una política de gestión de la investigación en un hospital se basa en el alineamiento entre su estructura operativa, la organización y su gobierno corporativo".

Igualmente matizaba que la creación de entidades de gestión de la investigación, deben estar dotadas de total autonomía y diferencias de la gestión asistencial y docente. "Es un elemento imprescindible y fundamental de la cadena de valor de la investigación", haciendo una apuesta clara por las Fundaciones de Investigación Biomédica.

Por otra parte, Rafael Pérez-Santamarina, director gerente del Hospital Universitario La Paz, aportaba su propio ideario de medidas para la sostenibilidad de los servicios de Oncología en los hospitales españoles.

Entre las mismas destacaba la mejora de la formación (con la prescripción basada en la evidencia, guías, etc.), la Medicina personalizada, y la implantación de barreras para la sobre utilización, evitando tratamientos innecesarios.

Otra idea son los contratos de riesgo compartido. Como ventaja de los mismos, San-



tamarina presentaba que se evitan decisiones de "todo o nada", ya que el financiador facilita el acceso a potenciales beneficiarios, sin aumentar injustificadamente el gasto, a la vez que la industria evita el riesgo de exclusión. El coste final refleja los resultados, y la industria dirige sus campañas de promoción hacia aquellos pacientes para los que se esperan mejores resultados. Sin embargo, también tiene algunos inconvenientes, entre los que cabría señalar, según el experto, que existe el riesgo de la posible estrategia por parte de los laboratorios de inflar los precios de antemano, que una vez admitida la innovación el financiador pierde poder negociador, y que se necesitan mecanismos de control y de evaluación muy precisos, que también suponen un coste añadido.

Gestión por procesos y gestión del personal

Como conclusión a todas estas exposiciones, el punto de mayor coincidencia entre todos los asistentes a este encuentro era aportado por Santiago Rabanal, director gerente del Hospital de Cruces. "La única manera de sostener el sistema es a través de la transformación de las organizaciones, y la transformación pasa por la gestión por procesos". También apuntaba como pilar clave la planificación, una ver-

dadera evaluación, y una mayor inmediatez de la información a la hora de su valoración.

Otra de las claves la apuntaba Melchor Hoyos, director gerente del Hospital Universitario La Fe. "El gran reto es la comunicación", con la cual puede conseguirse una verdadera implicación del equipo, y conseguir el siguiente paso, que no es sino la "la gestión del compromiso", tal y como aportaba Pere Vallribera, gerente del Consorcio Sanitario de Tarrasa. José Soto, director gerente del Hospital Clínico San Carlos, daba los últimos apuntes, que pasaban por innovar también en la docencia y conseguir avanzar hacia el concepto de "hospital empresa" ■

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





La principal ventaja de

HORUS

es la posibilidad de conocer
la información previa de los pacientes
que hayan sido atendidos
en cualquier centro del SERMAS

Zaida Sampedro

Directora general de Sistemas de Información Sanitaria
del Servicio Madrileño de Salud

Texto | Redacción Fotos | Luis Domingo



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Zaida Sampedro

La directora general de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, Zaida Sampedro, ha hablado con EL MÉDICO sobre la plataforma informática HORUS, que permite a los profesionales del SERMAS compartir información clínica de los pacientes que hayan sido atendidos en cualquiera de los centros de la red sanitaria madrileña. Esta herramienta brinda a los profesionales la posibilidad de garantizar la continuidad asistencial y ha marcado “un antes y un después” en el ámbito del SERMAS gracias al uso que se está haciendo de ella, a la potencialidad que tiene, a la gran cantidad de ideas que surgen a partir de esta plataforma para seguirla evolucionando y dando cobertura a requisitos que de forma histórica estaban presentes.

¿En qué consiste la aplicación HORUS?

HORUS es una plataforma informática que permite a los profesionales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) compartir información clínica de los pacientes que hayan sido atendidos en alguno de los centros de nuestra red, independientemente de dónde se haya generado, quién lo haya hecho y en qué lugar esté almacenada.

¿Qué centros sanitarios tienen acceso?

A día de hoy todos los centros de la red sanitaria madrileña tienen acceso a HORUS, independientemente de su modelo de gestión, incluso se puede acceder, por parte de los profesionales del SUMMA, desde las ambulancias, a través de sus tablet-PC. Además, estamos trabajando para que también puedan acceder a este visor de información los centros concertados cuando sea preciso consultar datos clínicos de pacientes que hayan sido derivados para realizar alguna prueba diagnóstica o una intervención quirúrgica.

¿A qué información se puede acceder?

Se puede acceder a datos clínicos de los pacientes que han sido atendidos en cual-

quier centro sanitario perteneciente al SERMAS y que haya supuesto algún registro de forma electrónica en nuestros sistemas de información. En el caso de Atención Primaria se puede acceder a los datos almacenados en AP-Madrid (Historia Clínica Electrónica Única y Centralizada), disponible para el cien por cien de la población y para el cien por cien de los profesionales sanitarios. Se pueden consultar los episodios que se han registrado, los diagnósticos que ha tenido un paciente, la medicación que está tomando y la que ha tomado, datos de resultados de pruebas de laboratorios, vacunas, etc. En el caso de Atención Especializada hay que destacar que una parte de nuestros hospita-

les disponen de Historia Clínica Electrónica y hay otros que no disponen de ella, si bien cuentan con informes clínicos en formato electrónico; todo ello es accesible a través de HORUS, incluida la opción de visualizar imágenes de un gran número de pruebas. Para los casos en que no se disponga de información en formato electrónico, se ha habilitado una funcionalidad dentro de HORUS mediante la cual se puede solicitar, por el facultativo que lo requiera, la digitalización de informes que estén en papel con el fin de, una vez escaneada, hacerla accesible y así poder consultarla. Adicionalmente se puede acceder a otro tipo de información del paciente, más de carácter administrativo, como por ejemplo consultar quiénes son los profesionales que ha elegido, sus centros de referencia, las citas que ha tenido, las pendientes. Creo que es importante referenciar el volumen de informes e imágenes que está accesible, si bien es un dato que va en au-

mento diariamente según se va registrando información y volcando referencias de acceso a la misma en cada uno de los sistemas origen. En este sentido, gracias a HORUS se pueden consultar, además de los datos relativos a la Historia Clínica de Atención Primaria, más de 122 millones de episodios que se han registrado en los sistemas hospitalarios, de los cuales más de 28 millones están documentados así como

también se puede acceder a casi 8 millones de imágenes.

¿Cómo se ha solventado el problema de la disparidad de fuentes de datos?

Se ha tipificado el tipo de información que puede mostrarse de forma homogénea, independiente-

mente del sistema en el que esté registrada. Para ello se han hecho dos cuestiones importantes, una es que se han seguido las directrices del proyecto HCDSNS (Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud), en el cual la Comunidad de Madrid se ha incorporado, haciendo posible que la información clínica de los madrileños pueda ser accesible por facultativos de otras comunidades autónomas que se han integrado en

el nodo de intercambio de información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Otra cuestión relevante ha sido la constitución de grupos de trabajo conformados por clínicos que han contribuido a definir y concretar el tipo de información a mostrar. Además, y según he explicado anteriormente, el mayor problema, que es la no existencia de información en formato electrónico, se ha resuelto gracias a la posibilidad de escanear informes y “colgarlos” en un lugar al cual se accede a través de HORUS. Y otro ámbito en el que es-

A día de hoy todos los centros de la red sanitaria madrileña tienen acceso a HORUS, independientemente de su modelo de gestión. También es posible acceder desde las ambulancias del servicio de urgencias del SUMMA

HORUS tiene 28.344 usuarios registrados que han hecho ya 1.364.379 accesos a la plataforma, con 4.788.102 consultas a los episodios documentados



tamos trabajando es en la posibilidad de consultar la información, accediendo desde HORUS a las intranet's de aquellos hospitales que sin tener un sistema de Historia Clínica Electrónica sí cuentan con herramientas, desarrolladas internamente, que les permiten acceder a informes e imágenes generadas en sus centros.

¿Cuáles son, a su juicio, las principales ventajas de esta aplicación?

Yo destacaría fundamentalmente la posibilidad que se brinda a los profesionales sanitarios de contar con una herramienta de ayuda para garantizar la continuidad asistencial. Además, y en palabras de varios profesionales de la organización, ha marcado “un antes y un después” en el ámbi-

to del SERMAS gracias al uso que se está haciendo de ella, a la potencialidad que tiene, a la gran cantidad de ideas que surgen a partir de esta plataforma para seguirla evolucionando y dando cobertura a requisitos que de forma histórica estaban presentes. Disponer de este sistema es un hito de relevancia, que ha sido posible gracias al esfuerzo y el compromiso de muchas personas. El reto, desde la puesta en marcha de la primera versión, ha sido seguir trabajando en su evolución de forma que sea una herramienta que aporte valor y permita mejorar la calidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, hecha “por todos y para todos”. Otra ventaja importante de esta aplicación es precisamente que es un diseño propio en el cual han participado, tal como ya he co-

mentado, y siguen haciéndolo grupos de trabajo, conformados por profesionales de distintos centros asistenciales tanto de Primaria como de Especializada y por representantes de las distintas Direcciones Generales del SERMAS. En el seno de estos grupos se determinan directrices y se establecen prioridades. Destacaría de forma especial uno de alertas clínicas y otros específicos en función de la especialidad (Radiología, Farmacia, Laboratorios, Anatomía Patológica, Urgencias, etc.). A medida que estos equipos vayan aportando ideas se va avanzando en la definición de requisitos, y de acuerdo a la planificación que se establezca, se van incorporando nuevas funcionalidades en HORUS.

Profesional Sanitario

¿Qué ventajas tiene para el profesional sanitario?

La posibilidad de conocer información previa, que exista en cualquier centro de la red asistencial del SERMAS, de un paciente que tienen que atender es la principal ventaja. La opción de poder consultar pruebas, e informes de resultados de las mismas, que se hayan hecho en un centro diferente al que está siendo atendido, es clave para realizar una consulta con eficiencia y eficacia y sobre todo aporta un mayor nivel de seguridad y confianza para el profesional que le está atendiendo. De igual forma tener acceso a datos de interés en los casos de interconsulta entre niveles (Primaria a Especializada) o dentro del ámbito de Atención Especializada, justo en el momento en que se requiere aporta valor para los profesionales sanitarios. También supone una ventaja disponer de una plataforma común para traspasar información de interés en las interconsultas; de la misma forma el hecho de poder consultar la existencia de alguna prueba realizada recientemente podría evitar la repetición de la misma, salvo que se requiera por prescripción facultativa.

¿Qué nivel de uso está teniendo por parte de los profesionales?

Teniendo en cuenta que el uso de esta apli-



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Zaida Sampedro

cación es totalmente opcional; es decir, no es como otros sistemas que deben usarse de forma obligatoria como registro de datos, el uso que está teniendo diría que es muy significativo. HORUS tiene 28.344 usuarios registrados que han hecho ya 1.364.379 accesos a la plataforma, con 4.788.102 consultas a los episodios documentados. Además de los profesionales que pasan consulta y atienden a los pacientes, tienen acceso a HORUS inspectores y profesionales del ámbito de vigilancia y promoción de la salud, dedicados a tareas propias enmarcadas en el área de Salud Pública.

¿Podemos decir que, en algunos casos, el acceso a los datos es casi a tiempo real o con un breve espacio de tiempo?

El tipo de accesos varía en función del tipo de consulta. Respecto a la inmediatez, si por ejemplo un facultativo pide una prueba urgente para verla a continuación en consulta (ejemplo ante una posible lesión que requiere para su diagnóstico la realización de una prueba de Radiología), el facultativo hace la correspondiente prescripción, el paciente acude al lugar de realización y en tiempo real puede consultar, en caso de que ya se haya hecho y actualizado en HORUS, el informe de diagnóstico y, en muchos casos, incluso la imagen.

¿Qué resultados de pruebas e informes pueden ser consultadas en HORUS? ¿Incluye la visión de pruebas radiológicas o ecografía?

Se pueden consultar pruebas e informes de laboratorios, pruebas de Radiología convencional, ecografías, TAC, etc. En todos los casos se puede acceder a los informes. Respecto a las imágenes es posible acceder a un número importante de imágenes radiológicas; en concreto a las que están en sistemas de almacenamiento de aquellos hospitales con los que ya se han realizado las correspondientes tareas de integración para poder visualizarlas. En este

momento estamos en proceso de integración del resto de hospitales que están pendiente de poder incorporarse a esta utilidad y además estamos planteando la incorporación de imágenes de interés para especialidades como dermatología, cardiología, anatomía patológica, etc.

Ciudadano

¿Qué ventajas tiene para el ciudadano?

Desde luego la principal ventaja es el incremento de la seguridad en la atención derivado de la posibilidad de los profesionales que le atienden de acceder a su información clínica. Esto, como he dicho antes, supone una garantía de la continuidad asistencial, permite conocer su medicación activa y los episodios relevantes en su historia clínica. Todo ello sin que tenga que ir llevando consigo la información el propio paciente. Se evitan idas y venidas, o al menos se reduce el número de visitas, a los centros a solicitar informes o pruebas que deben llevar a otro centro/facultativo que les tiene que atender. En caso de episodios de urgencias tiene la tranquilidad de que quienes le atiendan podrán conocer su información clínica y acceder a informes y pruebas previas que puedan aportar valor cualitativo en la atención y facilitar el diagnóstico y posible tratamiento.

¿Qué implicación tiene con la libre elección de centro sanitario y profesional, que existe en la Comunidad de Madrid?

Ha sido y es un elemento clave en el contexto de libre elección por los motivos que he ido indicando según he ido explicando en qué consiste la herramienta y lo que aporta. Hace que fluya la información de un paciente de un centro a otro de forma natural, facilitando el acceso a la misma. Por ello, no es un impedimento el hecho de que un paciente tenga su historia previa en un hospital o en un centro de salud si desea cambiarse a otro, ejerciendo su derecho a libre elección.

¿Está previsto que los ciudadanos puedan también acceder a su historia clínica?

Con la base de HORUS ha sido posible que la Comunidad de Madrid se incorpore al proyecto de la Historia Clínica del Sistema Nacional de Salud, por lo cual ya es una realidad que los madrileños puedan acceder, a través del portal de salud, siempre que tengan certificado digital, a su información clínica más relevante que esté en formato digital. Además, como parte del proyecto de creación de la carpeta virtual de salud de los ciudadanos, en un futuro podrán consultar información complementaria a la recogida en el nodo de la HCDSNS.

Futuro

¿Será posible que los datos clínicos, a través de HORUS, sean consultados fuera de la Comunidad de Madrid?

Ya es posible hacerlo para todos aquellos ciudadanos que tengan documentos en formato electrónico. A día de hoy es posible hacerlo no directamente accediendo a HORUS si no gracias a la integración, de la cual he hablado, con la HCDSNS. En el futuro también podrá hacerse a través de consultas a HORUS.

¿Existe algún proyecto de integración con otros sistemas como el proyecto EPSOS a nivel europeo?

Como he indicado, HORUS se ha diseñado y desarrollado siguiendo las directrices de la HCDSNS que a su vez está alineada con el proyecto EPSOS.

¿Qué planes de futuro tiene la Comunidad de Madrid para la unificación de los sistemas electrónicos de historia clínica?

En el caso de Atención Primaria ya contamos con un único sistema centralizado de Historia Clínica Electrónica implantado en todos nuestros centros de salud y consultorios. En Especializada contamos y seguiremos haciéndolo en los próximos años con distintos sistemas de HCE; uno de los motivos es porque en su momento, fruto

de la realización del Plan Director Athene@ (Actualización Tecnológica de Hospitales En La Era Digit@l), se homologaron dos soluciones HIS, consideradas como corporativas, para que cada uno de los centros de gestión directa fuera evolucionando hacia una de ellas, en función de su mejor nivel de adaptación a los requisitos del centro y de sus profesionales. Además, también conviene destacar que por parte del SERMAS se decidió dejar libertad a los centros de gestión indirecta para implantar el sistema de historia electrónica que considerasen se adaptara mejor a su operativa, siempre y cuando se ajustase y respetase los estándares fijados por el SERMAS. Partiendo de la situación indicada, y teniendo en cuenta la necesidad de garantizar la interoperabilidad de los sistemas en el ámbito de la información clínica, la apuesta del SERMAS ha sido la construcción de HORUS como elemento integrador que contribuya a la cohesión del sistema sanitario, en el entorno de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, con independencia de los distintos sistemas informáticos con que cuenten los centros así como de los distintos modelos por los cuales éstos sean gestionados. Entre nuestros planes en la actualidad está seguir evolucionando HORUS y de hecho estamos inmersos en un proyecto de diseño de una nueva versión HORUS+. Por una parte, pretende contar con un modelo compartido de historia clínica electrónica a nivel de la Comunidad de Madrid, a partir del actual modelo de Atención Primaria aunando diversas experiencias existentes en los hospitales. Por otro lado, perseguimos como otro objetivo relevante contar con módulos comunes para alertas, prescripciones, problemas de salud, vías clínicas, así como pasar de ser un mero visor de información a ofrecer la posibilidad de capturar información que haga posible disponer de soluciones de carácter departamental para aquellas especialidades que no cuentan con soluciones específicas. Para este proyecto hemos constituido un grupo de clínicos y otro de tecnólogos que están trabajando de forma conjunta, aportando los valores asociados a cada disciplina, con el fin de conseguir los objetivos marcados. Todo ello bajo el



paraguas de una Comisión, en fase de formalización, que vele por la interoperabilidad de la Historia Clínica en la Comunidad de Madrid. HORUS+ se constituirá por tanto en un Sistema de Gestión Común de la HCE en el ámbito del SERMAS, permitiendo la unificación de información clínica electrónica. Por último, señalar que los profesionales tienen la posibilidad, desde

que se abordó la fase inicial de diseño y construcción de HORUS, de hacer llegar sus sugerencias a un buzón de correo creado al efecto. La colaboración de todos está facilitando el objetivo de evolucionar esta herramienta de ayuda para los profesionales en el proceso de atención sanitaria, contribuyendo a incrementar la seguridad del paciente ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



En los próximos seis u ocho años veremos
elementos diagnósticos
y nuevos
tratamientos
fruto de un mejor conocimiento del
genoma humano

Jaime del Barrio

Director General del Instituto Roche

Texto y fotos | Ana Montero



MEDICINA INDIVIDUALIZADA/ENTREVISTA

Jaime del Barrio

El Instituto Roche lleva diez años apostando por acercar la Medicina Individualizada a la sociedad, haciendo ver que es una oportunidad y una necesidad, y para ello están haciendo un esfuerzo en la formación de los profesionales sanitarios, apoyando el trabajo multidisciplinar para favorecer la traslación del conocimiento procedente de la investigación genómica a la clínica, y facilitando el debate y consenso sobre temas legales, éticos y económicos, como elementos indispensables para que la Medicina Personalizada sea una realidad en nuestro Sistema Nacional de Salud. Su director general, Jaime del Barrio, lo tiene claro: “la Medicina Personalizada está aquí y ha venido para quedarse”.

¿Qué es exactamente la Medicina Personalizada o Individualizada?

El término Medicina Individualizada o Medicina Personalizada se está utilizando últimamente no porque sea una moda sino porque es una nueva forma de hacer diagnósticos mucho más certeros y una nueva forma de poder diseñar medicamentos más eficaces y seguros y todo esto ha venido dado porque cada vez conocemos mejor nuestro genoma. Medicina Personalizada sería adecuar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades a lo que es el sustrato genético de los individuos o el perfil molecular de las enfermedades y es en este momento cuando hablamos de ello porque es ahora cuando se está produciendo un salto cualitativo y de avances en este tipo de conocimiento. En 2003 se obtuvo la primera secuencia completa de un genoma humano y desde ese momento se abrió todo un mundo de conocimiento. Todo esto, unido a las nuevas tecnologías, cada vez más potentes y accesibles, hace que en diferentes sitios del mundo la mayoría de los institutos de investigación o los hospitales de cierto nivel se estén familiarizando con este tipo de Medicina. Creemos que esto está cambiando, de forma paradigmática, la manera en la que hemos venido haciendo la Medicina.

¿Qué nivel de implantación tiene en España? ¿Podemos decir que es una realidad?

Cuando hablamos de Medicina Individualizada o Personalizada hablamos de varios niveles, ligados a la investigación, la docencia y la asistencia. Por lo que se refiere a la investigación, tanto a nivel básica como traslacional, la aplicación de la básica a la clínica, no estamos peor que otros



países del mundo o de nuestro entorno, aunque sí es cierto que en esta situación de crisis económica estamos notando que hay un freno a dichos avances, no tanto porque sean más caros sino porque todo lo que suponga innovación y cambio de forma de hacer las cosas, de entrada, ya tiene una barrera, se tiene la sensación de que “ahora no toca”, aunque en realidad

debiera ser todo lo contrario. Los momentos de crisis económica son precisamente momentos de innovación y de hacer las cosas de manera diferente y, de hecho, hay trabajos que demuestran que de lo que estamos hablando es coste-efectivo. En definitiva, a nivel investigación no estamos mal, pero podríamos y deberíamos estar mejor. A este país le corresponde un

mayor nivel de la adaptación a la innovación en todo lo que supone la Medicina Personalizada. Desde el punto de vista formativo estamos peor porque el nuevo conocimiento está tardando en llegar a las universidades, probablemente por lo que significa la gestión del cambio y no tanto

porque sea más complejo o más costoso. Estamos hablando de un nuevo conocimiento unido al uso de las nuevas tecnologías y para esto se necesita una mente mucho más abierta y más visión de futuro, acorde a

la tendencia internacional en este tipo de formación que incluso ya está viniendo por la red. Al mundo académico habría que darle más impulso. Por último, en el nivel asistencial, ni vamos tan rápido como pensábamos en 2003-2004 ni tan despacio como creíamos en 2008-2009, ahora mismo la cantidad de información y conocimiento que tenemos la comunidad científica supone nuevos retos de almacenamiento y de identificación de todo aquello que aporta valor para el diagnóstico y el tratamiento, pero también es verdad que en determinadas áreas, como la Oncología, no tenemos nada que envidiar a otros países del mundo y estamos aplicando estos avances en la identificación de dianas terapéuticas y de biomarcadores.

¿En qué ámbitos o especialidades está más desarrollada y extendida?

El área de Oncología es la que más está avanzando, de hecho, hay ya evidencias muy concretas, tanto en los marcadores como en nuevos tratamientos, pero aquí la única barrera, probablemente, no sea la del conocimiento sino la de poder acceder a ellos. Es decir, existen barreras puramente economicistas, a corto plazo, para la entrada de medicamentos innovadores, que están suponiendo un cambio y una diferencia entre la vida y la muerte. Hoy estamos en condiciones de ofertar la vida en procesos que hasta ahora eran mortales, pero esto es complicado de explicar porque

las cuentas no salen. El tratamiento por sí mismo puede ser caro pero si éste lo comparamos con otro tipo de gastos inherentes a ese proceso, como podrían ser otros tratamientos, hospitalizaciones, efectos secundarios o la pérdida de vida laboral, desde el punto de vista económico, las cuentas

Los momentos de crisis son precisamente momentos de innovación y, hay trabajos que demuestran que de lo que estamos hablando es coste-efectivo

estarían perfectamente justificadas para el acceso a este tipo de tratamientos, además, a esto hay que añadir el impacto familiar, personal y social y no debemos olvidar el valor salud. En este sentido, hay enfermedades concretas en las que un diagnóstico precoz significa una diferencia abismal. Además, detrás de la Oncología vienen otras áreas como son las enfermedades infecciosas; virología; hepatitis C; artritis reumatoide; enfermedades inmunosupresoras; todo el grupo de patologías del Sistema Nervioso Central, donde se está avanzando mucho en enfermedades como el Alzheimer o la esquizofrenia, de hecho, en los próximos tres o cuatro años veremos verdaderos cambios.

Por el contrario, ¿en qué áreas se está trabajando? ¿Cuáles son los retos de futuro de la Medicina Personalizada?

Es cuestión de tiempo, no más de seis u ocho años, que empezaremos a ver elementos diagnósticos y nuevos tratamientos hasta ahora desconocidos y todo ello fruto de un mejor conocimiento del genoma de los grupos de individuos sanos y de los perfiles moleculares de las enfermedades. Ahora estamos en un momento de producción y generación del conocimiento y, en este sentido, es impensable una acción individualizada, es decir, un solo grupo investigador en un sitio del mundo, sino que ya se trabaja en red, de manera cooperati-

va y los avances son fruto de ese trabajo cooperativo de los centros y consorcios más importantes del mundo, tanto públicos como privados, donde se aglutina alta tecnología, alta cualificación, trabajando las 24 horas al día, los siete días de la semana. La segunda fase en la que se está trabajando es la clasificación de toda esta información. Como consecuencia de esto, ya que todos los grupos de población se estarán estudiando, habrá patologías, como el grupo de enfermedades raras, que se verán beneficiadas gracias a esta nueva forma de conocimiento. Por otra parte, tendríamos que invertir mucho más en test diagnósticos, al hilo decir que España sólo invierte un 5 por ciento de su presupuesto en test diagnósticos. En la medida que pudiéramos hacer diagnósticos más certeros estaríamos optimizando los recursos económicos, poniéndolos donde mejores resultados puedan dar. La Medicina Personalizada sigue su avance inexorable, a pesar de los momentos complicados, y en el mundo del tratamiento ya hay ejemplos concretos y estudios que demuestran su evidencia terapéutica y su coste-efectividad. Ahora mismo la mayor barrera es la gestión del cambio, pero la Medicina Personalizada está aquí y ha venido para quedarse.

¿Cuáles son las principales barreras y complicaciones que se derivan de la información genética? En este sentido, ¿qué supone la aplicación de las técnicas de secuenciación masiva de nueva generación frente a la secuenciación directa tradicional?

Estamos en condiciones de ofertar la vida en procesos que hasta ahora eran mortales, pero esto es complicado de explicar porque las cuentas no salen

En esto aprendemos día a día y todo avanza a gran velocidad, de hecho, en muy pocos años los avances han sido muy rápidos. En este sentido, hasta el año 2008 el sistema de secuenciación era el método Sanger, con una capacidad muy concreta, y a partir de ese año se entra en una nueva generación de tecnología, nuevas técnicas de secuenciación masiva que au-



mentan de manera exponencial la potencia y disminuyen de manera significativa el coste, haciéndolas más accesibles, e incluso se está intuyendo ya una tercera generación de secuenciadores. Hoy tenemos una gran cantidad de información que tenemos que ordenar, clasificar e identificar,

analizando qué aporta valor y novedad. En la actualidad, tenemos un número de genes muy significativo de cada grupo de enfermedades, probablemente, no son tan claros como nos gustaría, pero es verdad que cuanto más sabemos más

nos damos cuenta del camino que nos queda por recorrer. El gran reto no es sólo generar conocimiento sino clasificarlo e identificar el valor de cada cosa que sabemos, de ahí la importancia del trabajo cooperativo y colaborativo en cualquier parte del mundo. Hace años esto era ciencia ficción y utopía y hoy es evidencia científica y lo que nos queda como país en decidir en qué división queremos jugar, si queremos estar en la primera división o queremos estar, como otras veces, a remolque de los demás. En este sentido, la crisis no puede ser una disculpa sino un acicate para hacer las cosas de forma diferente.

¿Cuáles serán los cambios más importantes que ligados al conocimiento genómico se producirán en los próximos años?

Una de las realidades que veremos dentro de poco es que nuestro genoma formará parte de la historia clínica electrónica dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hace más de diez años, para la obtención de la primera secuenciación del genoma se invirtieron muchos millones de dólares y mucho tiempo, conseguirlo hoy cuesta menos de 900 euros y lo puede hacer un auxiliar en tiempo real. El gran reto no es conseguirlo, puesto que ya lo tenemos y es una realidad, el desafío es ver para qué

sirve toda esta información, cómo se aplica, quién la interpreta, en qué cambiará el diagnóstico y la actitud terapéutica del profesional... Esta información va a dar lugar a un nuevo grupo de profesionales en los hospitales, sobre todo ligados al mundo de la Genética; va a condicionar

diagnósticos y tratamientos; y va a obligar a los responsables de los hospitales, gerentes y gestores, a organizar de otra manera, trabajando en equipo. Además, el paciente, cada vez más informado, tendrá acceso a esta información y tendrá que ser informado sobre el uso que se hace de su información genética.

¿La Medicina Personalizada tiene aplicabilidad en Atención Primaria? ¿Cuáles son las principales herramientas que este tipo de Medicina puede aportar a este nivel asistencial?

Nosotros concebimos la Medicina como algo integral y no tanto como compartimentos estancos, que muchas veces han sido interesados por criterios organizativos o de otro tipo, ya que el paciente es uno, el proceso es uno y el entorno familiar es uno, de manera que ayudar a que no existan estas barreras es bienvenido. Cuando hablamos de Medicina Personalizada o de biomarcadores no hacemos nada diferente a lo que hemos venido haciendo toda la vida, es decir, hacer una buena historia clínica y una buena exploración, esto es hacer una buena Medicina Personalizada, incluso en una buena historia familiar se puede intuir un diagnóstico. Lo que ha cambiado es que hemos trascendido en el nivel y la sensibilidad del conocimiento. Sólo hay dos for-

mas de hacer Medicina, la buena y la mala, lo que aparece ahora es una finura de lo que es el diagnóstico y el tratamiento y esto tiene que prevalecer tanto en la Atención Primaria como en la Especializada. Además, un biomarcador no es otra cosa que algo nos dice qué es lo que está dentro de los estándares que hemos fijado como normales y qué es lo que se desvía. Por tanto, en Medicina Personalizada hay niveles de investigación, de docencia y de asistencia que están en los hospitales, pero hay otros que tienen y que deben estar en Primaria.

En un momento en el que la sostenibilidad del sistema sanitario está en duda, ¿la Medicina Individualizada es una oportunidad? ¿Cuál es el camino a seguir para implementar ese cambio dentro del Sistema Nacional de Salud?

Nosotros, y otras instituciones que están trabajando en este campo desde hace unos años, estamos poniendo encima de la mesa estudios y evidencias que confirman lo que supone la implantación de la Medicina Personalizada. En estos momentos, la posición de las autoridades sanitarias, tanto centrales como autonómicas, está muy polarizada con el día a día y con medidas a corto plazo, y, en este sentido, pedimos

que miren un poco más allá y piensen en los próximos años, en la estrategia, si lo hicieran, verían que hay otras formas de hacer las cosas. Esto va a ser y así y nosotros sólo estamos ayudando a conformar esta nueva realidad, de

hecho, hay dos cuestiones muy tozudas, por un lado, el conocimiento, que está avanzando y no hay barrera que lo pare, y, por otro, los pacientes, nuestra principal razón de ser, están cada vez más informados y acceden a la red, buscan y comparan y ven lo que se está haciendo en los sistemas y hospitales más avanzados y lo mismo que hacen los pacientes lo hacen los profesionales. En este sentido, hay que

Una de las realidades que veremos dentro de poco es que nuestro genoma formará parte de la historia clínica electrónica dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud

En Medicina Personalizada hay niveles de investigación, de docencia y de asistencia que están en los hospitales, pero hay otros que tienen y que deben estar en Primaria

recordar que los pacientes de nuestro Sistema Nacional de Salud consultan la red en un 40 por ciento, aproximadamente, antes de acudir a un médico, y un 70 por ciento lo hacen una vez que han sido atendidos por el médico.

Siguiendo con el aspecto económico, ¿de dónde parte la financiación para la investigación y el desarrollo de la Medicina Individualizada?

Desde hace muchos años la parte más importante de la investigación en Biomedicina parte de las grandes empresas, de la parte privada. Aunque hay una parte de investigación pública que tiene un peso específico importante, sobre todo en la básica, los grandes avances están viniendo por la financiación privada, sobre todo multinacionales, trabajando de manera consorciada y en alianza con importantes centros de investigación, a nivel internacional. La mayoría de las empresas biotecnológicas, como es el caso de la nuestra, dedicamos entre un 18 y un 20 por ciento del total de ventas a la I+D, y aunque históricamente esto ha sido así, ahora lo es mucho más debido a la imparable generación de conocimiento. Antes la búsqueda de un nuevo medicamento se ensayaba con miles de nuevas moléculas, ahora mismo, desde el momento inicial, lo que se busca es una diana terapéutica, se busca qué está alterado de un grupo de pacientes o de un grupo de enfermedades y, en este momento, se va elaborando un test diagnóstico, un marcador y una nueva molécula. Así pues, todo este desarrollo de un fármaco que antes duraba diez o doce años, ahora, en algunos casos, se está reduciendo a cuatro o cinco años, es decir, se está acortando a la mitad la vida de desarrollo de un nuevo medicamento. Además de esta reducción del tiempo se gana mucho en eficacia y en seguridad y se disminuye la toxicidad. En definitiva, lo que le pedimos a la Administración pública no es inversión sino reglas de juego claras, minimizar períodos de incertidumbre y ahí estaremos volcados en invertir en nuevas moléculas y nuevos tratamientos.

En España no existe el reconocimiento



oficial de la especialidad de Genética Humana, a diferencia de lo que sucede en la mayor parte de los países europeos, ¿qué supone este obstáculo para la expansión de la Medicina personalizada en nuestro país?

Esta situación está teniendo consecuencias, por un lado, que la llegada y, por tanto, el beneficio del nuevo conocimiento, tanto en el sistema sanitario como en el sistema académico, esté siendo muy retardada, ya que no hay interlocutores, a priori, que puedan poner en valor estos avances. Por otro, está suponiendo que otros profesionales, aunque con buena formación, disposición y criterio, estén sufriendo esta carencia, muy variable entre comunidades autónomas. Además, se está produciendo una ausencia en el mundo académico de esta disciplina, al margen de iniciativas puntuales en algunas facultades. Que no exista el reconocimiento oficial de la especialidad de Genética Humana en España nos hace estar perdiendo el tren, una vez más, de la innovación y del futuro; nos pone en posi-

ción de inferioridad, en este ámbito del conocimiento, respecto a otros países de nuestro entorno; está haciendo que perdamos una oportunidad de desarrollo de nuevos profesionales; y también que pongamos en valor un salto hacia las biotecnológicas y otro tipo de recursos y servicios, que ahora mismo sería muy interesante. Por el contrario, hoy, las cosas se siguen haciendo como se han hecho siempre, por tanto, la mayor barrera es la gestión del cambio y no sólo las limitaciones económicas porque si hubiera profesionales formados en esa área, estos harían que fuera mucho más eficiente. Por parte del Ministerio hay indicios de que el reconocimiento de la especialidad puede estar próximo, incluso hay recomendaciones de la Unión Europea en este sentido, por tanto, soy optimista y espero que sea una realidad en breve. Como siempre, llegaremos tarde y habrá que darse más prisa en coger el ritmo.

La nueva Estrategia de Ciencia, Tecnología y de Innovación y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación marcarán la hoja de ruta del sistema científico para los próximos ocho años y tienen como prioridad potenciar las tecnologías ómicas y de imagen médica, ¿cuál es su valoración al respecto?

Este tipo de programas y planes de ámbito estatal siempre son bienvenidos, pero deseamos ver cuál es el desarrollo posterior y cómo se concreta y materializada. Llevamos demasiados años con cambios, no sólo entre legislaturas, también dentro del mismo gobierno en medio de una legislatura, por tanto, esperamos que este Plan tenga permanencia en el tiempo, reglas claras y desarrollo reglamentario posterior. No me preocupa tanto el presupuesto, que tiene que haberlo, como que se prime la excelencia y la innovación. No puede ser otra vez “café para todos”, se debe apostar fuertemente por líneas estratégicas y reglas de juego claras. Soy moderadamente optimista porque de este Plan me preocupa que no queda muy clara la relación y la coordinación con el mundo sanitario y académico.

**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**

En la reciente Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, "Medicina Genómica en los hospitales del siglo XXI", se habló de que la Medicina Genómica es una oportunidad en el abordaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, especialmente en esquizofrenia, y en las complicaciones de la diabetes, ¿podría ahondar un poco más en este tema?

El Sistema Nervioso Central siempre ha sido un gran desconocido para los médicos, investigadores y pacientes, pero tenemos la sensación de que se está viendo la luz al final del túnel en algunos de esos procesos. Probablemente no tenemos la solución a todas las preguntas pero sí una

forma diferente de clasificar y de ordenar y de no tratar a todo el mundo por igual. Además, en este tipo de enfermedades que son, generalmente, prevalentes y crónicas, el abordaje de las mismas a través de la Medicina Personalizada posibilitaría una optimización significativa de los recursos sanitarios y sociales. Del mismo modo, aunque la diabetes y el resto de las enfermedades metabólicas son uno de los grandes retos de la Medicina Personalizada, es probable que veamos tratamientos y resultados en breve, incluso con una visión más compleja de la enfermedad, en la que ésta se aborda como resultado de un pequeño caos de vías concretas de nuestra secuencia.

La aprobación del Real Decreto 1716/2011 ha permitido el desarrollo de la Ley de Investigación Biomédica en lo relativo a la obtención y uso de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica, ¿qué supone este hecho?

La Ley en sí misma es un avance y, como todas las leyes, esperamos que dé respuesta a muchas cosas, pero es necesario

un desarrollo reglamentario posterior. Por lo que se refiere al uso de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica, al hilo del conocimiento genómico, éstas han adquirido una nueva situación jurídica y legal que obliga al investigador, al clínico, al paciente y al titular de la muestra a una nueva situación. Ya no se trata sólo del consentimiento informado sino que cuando se cede una muestra biológica a un biobanco, bien

para diagnóstico o investigación, se ponen en marcha una serie de procedimientos de conservación, de titularidad, de propiedad, de cesión... que está obligando a ordenar y organizar de manera diferenciada lo que antes eran colecciones de mues-

tras que, normalmente, estaban en los servicios de Anatomía Patológica. En estos momentos se está produciendo una fase de readaptación a esta nueva realidad y la Ley de Investigación Biomédica ayuda a esto, a pesar de que hay grandes interrogantes y dudas por parte de los investigadores y una gran complejidad respecto a su materialización. En definitiva, si queremos pertenecer a la comunidad científica internacional tendremos que tener centros donde nuestras muestras cumplan criterios similares a otros centros de otros países del mundo, para poder compartir y recibir conocimiento.

El Instituto Roche está a punto de cumplir su décimo aniversario, ¿cuál es el papel que desempeña dentro de este ámbito de Medicina Personalizada?

Cuando nació el Instituto Roche el concepto de Medicina Personalizada para muchos era una utopía, pero no para nosotros ni para otros centros del mundo que también veían las oportunidades de la Medicina Personalizada. En este tiempo hemos visto que lo que eran simples hipótesis de trabajo ahora son evidencias científicas; hemos colaborado y elaborado decenas de docu-

mentos; hemos movilizado miles de ponentes y de asistentes a nuestras jornadas, cursos y eventos; tenemos más de dos millones de seguidores, cualificados y especializados, en nuestra página web; y nuestra presencia en las redes sociales es significativa. Asimismo, hemos caminado al lado de este nuevo conocimiento y hemos colaborado, en la medida de nuestras posibilidades, con profesionales expertos, muy ayudados por las nuevas tecnologías. Cada año nos hemos ido adaptando a lo que iba llegando, abordando la investigación básica, académica, traslacional, y también las cuestiones éticas y legales, un tema muy importante que se están escribiendo al mismo tiempo que se está desarrollando el genoma.

¿Cuáles son los principales proyectos del futuro del Instituto Roche?

Seguir avanzando con las autoridades sanitarias, centrales y autonómicas para que vean que la Medicina Personalizada es una oportunidad y una necesidad y, en este sentido, estamos trabajando, desde hace tres años, en el modelo organizativo de la Medicina Personalizada en el Sistema Nacional de Salud para demostrar la evidencia de la coste-efectividad de esta nueva manera de diagnosticar y tratar. Además, estamos colaborando con varias sociedades científicas en el aspecto formativo y académico de estas nuevas áreas, no sólo grupos de trabajo y cursos de la manera tradicional, sino incluso potenciando cursos de formación on-line. Queremos estar cerca de los profesionales, pero también de los pacientes y de la sociedad en general; creemos en los acuerdos con las sociedades científicas y los centros de investigación; y contamos con los medios de comunicación, como aliados a la hora de promulgar este tipo de conocimiento, porque son el nexo de unión entre la comunidad científica y la sociedad ■







La directora
de
EL MÉDICO
galardonada por su trayectoria profesional
en la 12^o Velada del Instituto Novartis
de Comunicación Biomédica

Texto] Silvia C. Carpallo

Foto] Ana Montero/ Instituto Novartis de Comunicación Biomédica



GALARDONES
Leonor Rodríguez

Leonor Rodríguez, cuya carrera se ha desarrollado casi íntegramente dentro de Grupo SANED, agradecía este premio, y sobre todo el tener la oportunidad de desempeñar cada día su trabajo en una profesión apasionante, pero que también exige altas dosis de responsabilidad y compromiso.

El Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina, por duodécimo año consecutivo, celebraba su Velada de Periodismo Sanitario, en el Casino de Madrid. Montserrat Tarrés, directora de Comunicación de Grupo Novartis, era la encargada de presentar este acto, agradeciendo el hecho de poder reunir a tantos compañeros, en una noche que no era sino "un merecido homenaje a la profesión". La Velada de Periodismo Sanitario "es un encuentro idóneo para disfrutar de vuestra compañía y compartir con todos vosotros, que habéis formado parte de nuestro proyecto llamado Novartis, nuestros más de 100 años en España. Gracias, porque sois un estímulo que nos impulsa a seguir haciendo historia". Precisamente, durante este encuentro, se premia a un periodista del sector para reconocer su labor dentro del ámbito sanitario.

**Leonor Rodríguez:
 "El periodismo es un trabajo duro que requiere de altas dosis de responsabilidad y compromiso"**

En esta ocasión la galardonada resultaba ser Leonor Rodríguez, directora de la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO y responsable de la línea editorial dependiente de la cabecera de EL MÉDICO. Montserrat Tarrés aportaba datos poco conocidos de la periodista, como sus inicios en Radio Ciudad Real o en la Revista de información deportiva BasketMadrid, si bien, la trayectoria de la premiada tiene lugar casi íntegramente den-



Momento de la intervención de la galardona en la duodécima edición de la Velada de Periodismo Sanitario del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina.

tro de Grupo SANED. Destacaba su trabajo como autora de numerosos artículos y publicaciones, asesora en la elaboración de guiones para programas sanitarios de televisión, y ponente en diferentes seminarios y congresos de información sanitaria. Este año, además, cumple 25 años trabajando dentro de este Grupo.

Leonor Rodríguez agradecía este reconocimiento, tanto al Instituto Novartis, como a sus propios compañeros de trabajo y de profesión, "tengo amigos incluso en la competencia". Asimismo, agradecía a Grupo SANED, "la confianza depositada en mí y la libertad para desarrollar mi trabajo".

Una profesión apasionante pero en crisis

La premiada dedicaba unas palabras de

su discurso de agradecimiento a la propia profesión periodística, que en su opinión, "es una profesión apasionante que nos permite cada día hacer cosas diferentes, conocer a personas extraordinarias, y que, sobre todo, nos permite realizarnos como seres humanos". Pero también se trata, -según su propia experiencia personal-, "de un trabajo duro, que requiere de altas dosis de responsabilidad y compromiso". Por todo ello, la clave está en el esfuerzo y en desempeñar esta labor "con pasión". De su paso por Grupo SANED destacaba momentos como los comienzos en EL MÉDICO INTERACTIVO, donde "pude vivir el cambio hacia las nuevas tecnologías", un hecho clave, y ya histórico, dentro del periodismo.

En el evento, al que acudieron más de un centenar de profesionales del sector sanitario, estuvieron también presentes el presidente de Grupo SANED, Jenaro Bascuas; el consejero delegado de la compañía, Francisco Bascuas; el director general del Grupo, Ignacio Enguix; además de la re-

dación en pleno con el subdirector médico Federico Pérez Agudo, Ana Villajos y Natalia Tracón a la cabeza.

Aprovechando que esta duodécima velada coincidía con el Día de Sant Jordi, los asistentes también recibían su libro. "Supera tu cima", de Sebastián Cebrián, director general de Dircom (Asociación de Directivos de Comunicación), relata su aventura escalando el Kilimanjaro, en una metáfora sobre cómo superar los obstáculos y llegar a tu propia cima profesional. Se trata de un relato de inspiración, en un momento en el que la profesión periodística atraviesa una triple crisis, la económica, la del tipo de modelo de negocio y una crisis tecnológica.

Montserrat Tarrés: "La Velada de Periodismo Sanitario del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina es un merecido homenaje a la profesión"

Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina

El Instituto nació en 2001 con vocación de trabajar para la excelencia en comunicación y actuar como foro común y punto de encuentro entre Instituciones, Comunidad Científica, Medios de Comunicación y colectivos interesados en la biomedicina y la salud. El intercambio, la transferencia y la interacción entre ellos son los factores que han consolidado su existencia y sus logros.

Según Montserrat Tarrés, "una de las prioridades del INCB es potenciar tanto la formación de profesionales de la comunicación, como fomentar programas y actividades de difusión de contenidos de salud, demandados cada vez más por parte de pacientes y de la sociedad. Este hecho supone un paso decisivo en la ayuda a la concienciación del valor y sostenibilidad de los sistemas sanitarios y de su dimensión real para los usuarios" ■



Integrantes de la redacción de EL MÉDICO. De izquierda a derecha, Ana Villajos, Jorge Sánchez, Nekane Lauzirika, Leonor Rodríguez, Natalia Tracón, Federico Pérez Agudo, Silvia Concepción Carpallo y Ana Montero.



La directiva de Grupo SANED junto con la galardonada. De izquierda a derecha, Francisco Bascuas, consejero delegado de Grupo SANED; Leonor Rodríguez; Jenaro Bascuas, presidente del Grupo; e Ignacio Enguix, director general.



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

23 de abril

La Medicina Personalizada no sólo es más coste-efectiva, sino más barata. Lo han puesto de manifiesto los expertos participantes en el V Seminario de Periodistas SEOM-MSD: "Medicina personalizada: un gran avance frente al cáncer", celebrado en Toledo. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM, anunciaba que, según un estudio elaborado por la sociedad científica y que será



presentado próximamente, el gasto del tratamiento asistencial de los pacientes con cáncer representa sólo el 4,8 por ciento del gasto sanitario nacional ■

25 de abril

Los sindicatos de Madrid convocan cinco jornadas de huelga, entre el 7M y el 4J, en oposición a la externalización sanitaria. Concretamente, los paros se realizarán el 7 de mayo (martes), el día 16 (jueves), el día 22 (miércoles), el día 29 (también miércoles) y el día 4 de junio (martes); los convocan Afem, AMYTS, SIME, CGT, SATSE, USAE y FESITESS ■

26 de abril

El Gobierno refuerza la Ley del Medicamento para ofrecer más garantías de seguridad y evitar la entrada de medicamentos falsificados. El objetivo de la nueva normativa es pasar de una farmacovigilancia reactiva a una proactiva para anticiparse a posibles problemas causados por los medicamentos y, además, contempla la comunicación de sospechas de reacciones adversas a fármacos a través de un formulario electrónico que cumplimentarán profesionales y también ciudadanos ■

Óscar Gorría será el próximo vocal MIR de la OMC. La Junta Electoral del Consejo General de Colegios de Médicos proclamaba a Óscar Gorría único candidato a la Vocalía de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial (OMC). Hasta ahora, Gorría era vocal de Médicos en Formación del Colegio de Navarra y R5 de Urología en el Complejo Hospitalario de Navarra. Las elecciones se celebran el 1 de junio y están llamados a votar los 40 vocales MIR provinciales ■

29 de abril

Elvira Sanz alerta del descenso de fármacos innovadores y de 1.000 nuevos despidos para este año en el sector. La presidenta de Farmaindustria intervenía en el Foro de Nueva Economía

para hablar de los problemas de la Industria, señalando como clave una regulación más estable, y con esperanza en las retomadas relaciones con el Ministerio de Sanidad, asegurando que "no está en riesgo la distribución de fármacos en España". Pese a ello, se preocupaba por la discriminación positiva a los genéricos, los problemas para asegurar la equidad territorial al acceso de fármacos y el futuro inestable de la investigación ■



La Ley que unificará la edad de acceso al alcohol a los 18 años prohibirá el consumo, la venta y la dispensación a menores. En España, la edad de inicio de los escolares en el consumo de alcohol se sitúa, de media, en los 13,7 años. Este problema se agrava si se tiene en cuenta que es común que los adolescentes consuman cuatro o cinco bebidas alcohólicas en un solo día, normalmente durante el fin de semana y por la noche. Así lo revelan las últimas encuestas elaboradas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Para combatir este problema, la ministra de Sanidad, Ana Mato, anunciaba que trabaja para elaborar una norma que, por primera vez en España, unifique a los 18 años la edad mínima para el acceso al alcohol. Esta norma, cuya elaboración está también contemplada en el Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, aprobada en Consejo de Ministros, persigue los objetivos de mejorar la sensibilización, fomentar alternativas de ocio saludable y, sobre todo, proteger a los niños. La intención última es "alcanzar el consumo cero de alcohol en menores" ■

30 de abril

El Plan Nacional de Reformas para 2013 establece un recorte de 3.134 millones en Sanidad y 828 para Dependencia. Según el documento enviado por el Gobierno a Bruselas, se prevén nuevas medidas de ahorro para este año, que provendrán de la reforma de la cartera de servicios, de la reducción del gasto farmacéutico o de la implantación de la E-Salud y de un nuevo modelo de gestión clínica. Por otra parte, en dependencia, los beneficiarios verán incrementada su contribución en un 5 por ciento ■

36 sociedades científicas colaborarán con Sanidad para revisar la utilidad de los servicios de la cartera básica. Un total de 36 sociedades científicas y médicas españolas se han adherido al proyecto 'Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas en España', del Ministerio de Sanidad, por el que se comprometen a colaborar con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la gestión clínica y la revisión de la cartera básica de servicios. La secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, que presidía la reunión, aclaraba que el proyecto tiene como objetivo la búsqueda de la seguridad y calidad a la atención del cliente por parte del sector sanitario. Para ello, es fundamental,

según Farjas, la colaboración de los profesionales sanitarios y su voto en las tomas de decisiones relacionadas con el tema ■

9 de mayo

El Ministerio de Sanidad espera que el Registro de Profesionales Sanitarios esté aprobado este año. El Ministerio de Sanidad está trabajando para que el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios sea aprobado a lo largo de este año y que se convierta en una herramienta eficaz que beneficiará tanto a los usuarios como a los propios sanitarios, lo anunciaba el director adjunto de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Joaquín Rubio, durante la inauguración del VIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (Faecap) ■

El Congreso aprueba una propuesta del PSOE para adecuar los formatos de los medicamentos a la duración de los tratamientos. La Comisión de Sanidad del Congreso ha aprobado una proposición no de ley del PSOE sobre la adecuación de los envases de los medicamentos a la duración de los tratamientos. El portavoz socialista de Sanidad, José Martínez Olmos, lograba un acuerdo con el PP para instar al Gobierno a que "a través de la Agencia Española de Medicación y Productos Sanitarios, continúe evaluando, junto con los grupos de expertos creados, los formatos de otros medicamentos no antibióticos, al objeto de seguir adecuando los formatos de aquellos más antiguos a la práctica clínica habitual". "Adecuar los formatos de los medicamentos a la duración estándar de los tratamientos permitirá ahorrar 700 millones de euros", subrayaba Martínez Olmos ■

13 de mayo

El Constitucional anula por completo la Ley foral de Navarra sobre el copago farmacéutico. La Ley foral de Navarra sobre el copago farmacéutico ha quedado anulada por completo. Así se refleja en el Boletín Oficial del Estado (BOE) que ha publicado una rectificación de la providencia del Tribunal Constitucional que el pasado mes de abril levantaba la suspensión sobre los artículos 2.1 y 4.1 de la Ley de prestaciones farmacéuticas de Navarra; y que ahora el alto tribunal también suspende ■

20 de mayo

La AEMPS confía en que el Real Decreto de Ensayos Clínicos entre en vigor después del verano. Así lo señalaba Belén Crespo, directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, durante la jornada de celebración del Día Internacional del Ensayo Clínico, en la que la ministra de Sanidad, Ana Mato, anunciaba la creación, por primera vez en nuestro país, de un Registro Español de Ensayos Clínicos (REec). En un contexto en el que Europa está discutiendo el nuevo marco regulatorio para los

ensayos clínicos, que se espera que vea la luz en 2014, España se ha adelantado con la elaboración del nuevo Real Decreto de Ensayos Clínicos que, como ha recordado la directora de la AEMPS, es la segunda vez que se somete a audiencia pública. "El objetivo del Real Decreto es poner en valor el papel de los ensayos clínicos y que la investigación se vea como una inversión positiva", reconocía la directora de la AEMPS ■

22 de mayo

3.099 médicos han sido atendidos por el programa PAIME desde su fundación. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) lleva ya 14 años de andadura, habiéndose consolidado en todo el territorio nacional como una necesidad básica de la profesión médica, y ya sólo por sí mismo, como uno de los motivos de la necesidad de la colegiación obligatoria. Tal y como recordaba el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, "los médicos enfermamos igual que el resto, pero solemos llegar muy tarde a la asistencia, y además nuestras enfermedades pueden ser



un riesgo para el paciente". De hecho, según datos de PAIME, si en 2012 se atendieron un total de 313 pacientes (3.099 desde el comienzo del programa en 1998), 59 de los mismos fueron considerados como casos complicados que podrían haber incurrido en una mala praxis, y otros 55 en posibles conflictos en el entorno laboral. Pese a que estas cifras justificarían en sí la importancia de este programa, los tiempos son difíciles, y si bien algunas comunidades autónomas siempre habían colaborado económicamente con el mismo, hoy han dejado de hacerlo, o han disminuido la subvención. Es por ello que la mayoría de la financiación del total de 1.877.860 millones de euros de coste del programa entre 2011 y 2012, proviene de los propios colegios médicos ■

Un nuevo pronunciamiento judicial rechaza suspender cautelarmente la subasta andaluza de medicamentos. La decisión del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 8 de Sevilla conlleva que el procedimiento sigue su curso, según informaba la Consejería de Sanidad de Andalucía ■

NOTA: Cronología del 23 de abril al 22 de mayo de 2013.

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



SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Alergología

Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA

Coordinadores: José Manuel Zubeldía, M.^a Luisa Baeza, Ignacio Jáuregui, Carlos J. Senent.



Se estima que una de cada cuatro personas en España padece algún trastorno alérgico y la información es clave para un adecuado manejo de la enfermedad y sus brotes. Dotar al ciudadano del mejor conocimiento científico en un lenguaje comprensible es el objetivo del 'Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA', en el que 64 alergólogos de toda España han recogido, en 52 capítulos, lo

esencial del conocimiento científico más actual sobre estas patologías. La obra ha contado con la colaboración de la Fundación de la SEAIC.

El objetivo de esta obra es ofrecer una información científicamente rigurosa, accesible y comprensible sobre la dolencia. Los contenidos se formulan con preguntas/respuestas que los autores han seleccionado basándose, según su experiencia clínica, en las dudas de pacientes y familiares. Además se han reflejado las últimas novedades en cuanto a investigación y tratamientos.

Estructurada en diez apartados, aborda temas que van desde los aspectos generales de la enfermedad; ¿Cómo se producen las enfermedades alérgicas?; los responsables de la rinoconjuntivitis y el asma alérgicas; la alergia respiratoria; la alergia cutánea; a las alergias a los alimentos y el tratamiento de las enfermedades alérgicas.

El manual pone de manifiesto que en contra de la impresión de que las alergias no tienen cura, en alergia respiratoria a pólenes, ácaros, hongos y epitelios, las vacunas han demostrado que pueden modificar el curso natural de la enfermedad, pudiendo en muchos casos llegar a la curación. Para tal fin, el cumplimiento terapéutico y la implicación en el manejo correcto de la enfermedad son claves.

Este volumen forma parte de una serie que comenzó con "El libro de la salud", en colaboración con el Hospital Clinic de Barcelona y se completa con "El libro de la salud cardiovascular", desarrollado con el Hospital Clínico San Carlos de Madrid ■

Gastroenterología

Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología

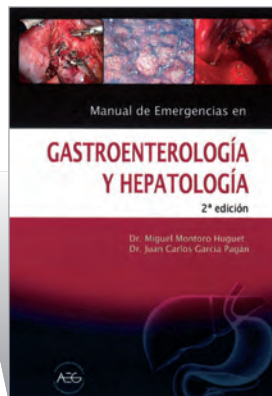
Coordinadores: Miguel Montoro Huguet y Juan Carlos García Pagán.

Esta segunda edición del "Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología" nace con el objetivo de dar respuesta a

la creciente necesidad de proporcionar a todos los médicos que atienden urgencias, una información de fácil acceso, actualizada y eficiente sobre todas aquellas condiciones clínicas inherentes a la especialidad de Gastroenterología y Hepatología que con mayor frecuencia sitúan al enfermo en una situación delicada o amenazante para la vida.

Cada año el 15,90% de los pacientes que son atendidos en los servicios de urgencia hospitalaria acuden debido a dolencias gastrointestinales. Una parte importante de las hospitalizaciones podría evitarse con un mejor control de las enfermedades crónicas y con un diagnóstico precoz de las afecciones médicas.

La obra, que cuenta con el aval científico de la AEG y con la colaboración de FERRING, desarrolla en cada capítulo de este manual un resumen de las pautas de actuación en un algoritmo diagnóstico y un algoritmo terapéutico, señalando con un número aquellas casillas que merecen un texto complementario. Cuando el lector pasa la página se encuentra a la derecha con

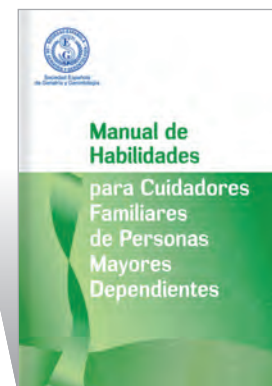


un árbol de decisión que resume de forma esquemática la pauta a seguir, y a la izquierda con un texto complementario que aporta información esencial o relevante. De este modo, el médico que se enfrenta al caso contará con la recomendación del experto como si se tratara de un compañero que le ayudara desde la distancia ■

Geriatría

Manual de Habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes

Coordinadores: Grupo de Trabajo de la SEGG para el estudio y seguimiento de la Ley de Dependencia.



Uno de los vacíos que la Ley de Dependencia aún no ha cubierto es la formación de los cuidadores familiares, sobre los que recae la atención de los dependientes. Ante esto, el Grupo de la Ley de Dependencia de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología ha elaborado el Manual de Habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes, que se presentará en el 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

tría y Gerontología (SEGG) a celebrar en Valencia desde el 12 al 14 de junio de 2013.

Este grupo de trabajo de la SEGG nació con los objetivos de promover la difusión del desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, formar a los profesionales y realizar materiales divulgativos que permitan colaborar a una mayor difusión y clarificación de lo que representa la Ley.

Después de trabajos como “La Guía Práctica de la Ley de Dependencia” y el “Manual Práctico de las 101 Dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia”, ahora en 2013 editan este “Manual de Habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes” que va dirigido a los cuidadores familiares y al colectivo de cuidadores no profesionales, que son quienes atienden mayoritariamente a las personas mayores dependientes en sus domicilios.

Su finalidad es dar la formación necesaria en habilidades para el cuidado, ayudando a mejorar la calidad en la atención e informar sobre algunas ayudas técnicas que pueden facilitar la importante labor que desarrolla el cuidador.

En cuanto a su metodología, es un sencillo manual que de forma divulgativa y formativa recoge los cuidados que más inquietan, y resuelve de forma concisa, escueta y clara, las dificultades que supone cuidar a un mayor dependiente por parte de sus familiares y/o cuidadores no profesionales ■

Homeopatía

Libro Blanco de la Homeopatía

Coordinadores: Cátedra Boiron de Investigación, Docencia y Divulgación de la Homeopatía de la Universidad de Zaragoza



de la Homeopatía”.

Este documento, pionero en nuestro país, analiza por primera vez la situación actual de esta terapéutica, además de mostrar la realidad de su abordaje y recoger los principales retos y perspectivas de futuro de la Homeopatía en España.

En él se abordan desde distintas consideraciones de la terapéutica y los medicamentos homeopáticos, hasta los aspectos

reglamentarios, la formación de los profesionales sanitarios y la investigación en Homeopatía. Para la elaboración de este documento se ha contado con la colaboración de un panel de expertos miembros de diversas sociedades científicas de médicos y farmacéuticos homeópatas, representantes de colegios profesionales, de profesores universitarios y de otras instituciones ■

Oftalmología

Atlas fotográfico de Gonioscopia

Autores: Jorge Vila Arteaga y Raúl Martínez Belda.

Presentado por Alcon, hace un repaso exhaustivo a todo lo relacionado con el ángulo iridocorneal, con una selección de 330 imágenes de las cuales 216 son fotografías de gonioscopia que permiten distinguir con claridad y resaltar aquello que se debe buscar para caracterizar cada patología.

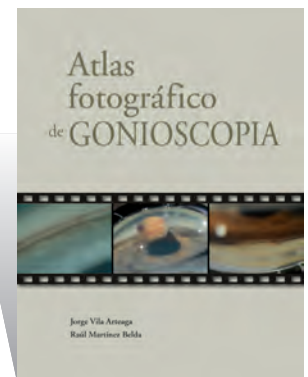
La técnica gonioscópica es una exploración que permite visualizar el ángulo iridocorneal, ayuda

a conocer en profundidad las características y variaciones angulares en el estudio del glaucoma, y aporta gran cantidad de datos en el contexto de otras patologías de la cámara anterior.

Elaborado por los doctores Jorge Vila Arteaga del Hospital Clínico de Valencia y Raúl Martínez Belda de la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo (FOM), el manual también ha contado con la colaboración de co-autores de primer orden, nacionales e internacionales, como Carol Shields, del Wills Eye Institute, Filadelfia, en el capítulo de tumores y George Spaeth, del Wills Eye Institute, Filadelfia, en el capítulo de clasificación del ángulo. El objetivo de este Atlas es hacer de la gonioscopia una técnica habitual en la práctica diaria de los especialistas en Oftalmología. El manual permite mostrar un gran número de patologías, para después contrastarlas en la práctica clínica, favoreciendo el aprendizaje.

El Atlas va dirigido a todos los oftalmólogos, desde los residentes que accederán al mayor banco de imágenes gonioscópicas disponible, explicadas e interpretadas; oftalmólogos, que no se dedican al glaucoma, tendrán la posibilidad de mejorar la interpretación de la gonioscopia y de descubrir que la gonioscopia es muy útil en situaciones diferentes al glaucoma como en los traumatismos o las lentes de cámara anterior.

Asimismo, la obra resulta de utilidad para el oftalmólogo que se dedica al glaucoma, ya que algunas imágenes le van a sorprender, además de que hay capítulos muy interesantes sobre patología diferente al glaucoma ■



ACÚFENO Y ESTRÉS OXIDATIVO CELULAR. AUDIOVIT COMO NOVEDAD TERAPÉUTICA

Dr. Carlos F. Asensio Nieto. Médico especialista en Otorrinolaringología. Doctor en Medicina. Servicio de ORL Hospital Nuestra Señora del Prado, Capio Clínica de Talavera

En las sociedades industrializadas, con alto nivel de desarrollo y habitualmente grandes generadoras de ruido, es cada vez más frecuente entre la población y a cualquier edad la presencia de acúfenos.

DEFINICIÓN DE ACÚFENO: El acúfeno es la percepción de un sonido resultante exclusivamente de la actividad dentro del sistema nervioso, sin ninguna actividad mecánica vibratoria coclear correspondiente¹.

El acúfeno sería resultado de una actividad aberrante producida en una o en varias localizaciones de la vía auditiva, desde la cóclea hasta la corteza auditiva, que sufre una alteración en su procesamiento y es interpretado por los centros superiores como un ruido. Por tanto, la hiperactividad o el daño en las células ciliadas de la cóclea puede ser el origen de esta percepción de ruido anómala.

Como se ha comentado anteriormente su prevalencia va en aumento, para algunos autores es de en torno al 15% en la población adulta y con 1-2% de población con afectación severa², por lo que es frecuente encontrar pacientes con este problema en la consulta del otorrinolaringólogo³. En Estados Unidos 40 millones de personas sufren de acúfeno⁴. La incidencia se incrementa con la edad⁵ y afecta más a hombres que a mujeres⁶ y aparece o se ve incrementado por la exposición a ruidos intensos⁷. Según la American Tinnitus Association, **el acúfeno grave representa, tras el dolor intenso y los trastornos del equilibrio, el tercer síntoma más incapacitante que puede sufrir el ser humano (ATA 1979).**

¿CÓMO SE ORIGINA EL ACÚFENO?: La mayoría de las teorías etiopatogénicas, basadas en el modelo psicoacústico, que intentan explicar el acúfeno y su clasificación confluyen en la alteración de la cascada bioquímica de las células sensoriales y del mecanismo sináptico entre las células ciliadas internas y las fibras aferentes del nervio auditivo que tienen como resultado final un aumento en

la secreción de neurotransmisores, principalmente del glutamato.

El sonido intenso puede ser uno de los factores desencadenantes de esta disfunción, que se traduce en un incremento de glutamato lo que provoca una apertura de los canales iónicos aumentando las concentraciones de sodio, potasio y calcio intracelulares, incremento responsable de la edematización de la célula, de la génesis de metabolitos oxigenados reactivos (como los grupos superóxido e hidroxilo capaces de dañar el ADN) y de inducir la muerte celular responsable de la generación del acúfeno. Asimismo, un aumento de la concentración de calcio intracelular incrementa el proceso secretorio y, por ello, la tasa de disparo del nervio⁸.

El sonido intenso provoca una apertura de los canales iónicos aumentando la concentración de calcio intracelular, incremento responsable de la edematización de la célula, de la génesis de metabolitos oxigenados reactivos (como los grupos superóxido e hidroxilo capaces de dañar el ADN) y de inducir la muerte celular responsable de la generación del acúfeno. En este sentido las sustancias antioxidantes parecen contrarrestar este efecto generador de metabolitos reactivos

¿QUÉ PAPEL TIENEN LOS ANTIOXIDANTES?:

Las sustancias antioxidantes parecen contrarrestar este efecto generador de metabolitos reactivos⁹.

Por esta razón **Audiovit® (Magnesio+ extracto de ginkgo biloba+ melatonina), es una novedosa opción terapéutica en el tratamiento del acúfeno.** Por un aparte el Mg²⁺ desactiva los canales de Ca²⁺ voltaje dependientes y reduce así el flujo de Ca²⁺ al interior celular. Conviene recordar que un incremento duradero del Ca²⁺ intracelular es tóxico y lleva a un mal funcionamiento celular, que puede inducir a la célula a la depleción energética y muerte celular¹⁰.

El Mg²⁺ reduce el daño celular mediante la reducción de las concentraciones de Ca²⁺ intracelular

En cuanto al extracto de Ginkgo Biloba EGB sus mecanismos de acción terapéuticos residen en sus propiedades: antioxidante, antiagregante plaquetario (anti-PAF), antihipóxico, antiedema, hemorreológico y favorecedora de la microperfusión, acciones debidas a su composición en flavonoides y terpenoides¹¹.

El EGB mejora la microperfusión al mejorar la deformabilidad/elasticidad del glóbulo rojo y disminuir la viscosidad sanguínea, resultando esto en un incremento de la perfusión coclear¹². Además, disminuye la expresión de los receptores periféricos de benzodiazepinas, reducción que tiene mucha importancia en situaciones de stress, disminuyéndose la vasoconstricción y favoreciéndose así la circulación de la sangre¹³.

Asimismo, EGB ha demostrado poseer propiedades antioxidantes y preventivas frente al daño oxidativo celular^{14,15,16,17,18}.

A nivel mitocondrial, se ha sugerido que el EGB incrementa la expresión de enzimas mitocondriales como la NADH deshidrogenasa, que disminuye la síntesis de ERO, protección esta que incrementa los niveles de ATP que regulan el metabolismo energético y protegen frente al desacoplamiento de la fosforilación oxidativa¹⁹.

Así pues, el EGB protege a la mitocondria del estrés oxidativo y mejora su metabolismo energético, de esta forma se atenúa el daño sobre las células cocleares sometidas a una demanda incrementada de energía o a un descenso de la perfusión²⁰.

Las propiedades de EGB mencionadas previenen la destrucción de las células ciliadas y, por tanto, actúan disminuyendo el acúfeno y la hipoacusia inducida por ruido

Finalmente, y en lo que se refiere a la melatonina MLT, además de su propiedad como



neurohormona, induciendo de modo natural el sueño, destacaremos también su poder anti-oxidante, estimulando la síntesis de sustancias como la superóxido dismutasa y la glutatión peroxidasa. Para otros autores la MLT actúa como una especie de barretero de radicales libres a los que cede electrones reduciéndolos e inhibiendo la formación de aniones superóxido y aportando electrones, a través de la cadena respiratoria a nivel mitocondrial.

La melatonina se considera un poderoso antioxidante que actúa como estabilizador de la membrana mitocondrial, haciéndola más resistente al estrés oxidativo

Referencias bibliográficas

- Hazel JW, Jastreboff PJ. I curso sobre terapéutica del acúfeno. Unidad de ORL. Madrid: Hospital Ruber Internacional, 1996.
- Axelsson A, Ringdahl A. Tinnitus, a study of its prevalence and characteristics. *Br J Audiol.* 1989 Feb; 23(1):53-62.
- Shargorodsky J, Curhan GC, Farwell WR. Prevalence and characteristics of tinnitus among U S adults. *Am J Med.* 2010; 123(8):711-718.
- Hurtuk A, Dome C, Holloman CH, Wolfe K, Welling DB, Dodson EE, Jacob A. Melatonin: can it stop the ringing? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2011; 120(7): 433-40.
- Ahmad N, Seidman M. Tinnitus in the older adult: epidemiology, pathophysiology and treatment options. *Drugs Aging.* 2004; 21(5): 297-305.
- Lockwood AH, Salvi RJ, Burkard RF. Tinnitus. *N Engl J Med.* 2002; 347(12):904-910.
- Shulman A. Epidemiology of Tinnitus. En:

Tinnitus Diagnosis/ Treatment. San Diego: Singular Publishing Group Inc, 1997.

- Herráiz Puchol C, Hernández Calvin FJ. Bases fisiopatológicas. En *Acúfenos actualización*, ed Ars Medica 2002. Barcelona, España.
- King RJ, Robins MW. 2006. Chemical and radiation carcinogenesis. In *Cancer Biology*, ed. Pearson. Harlow, England.
- Attias J, Sapir S, Bresloff I, Reshef-Haran I, Ising H. Reduction in noise-induced temporary threshold shift in humans following oral magnesium intake. *Clin Otolaryngol*
- Mahadevan S, Park Y. Multifaceted Therapeutic Benefits of Ginkgo biloba L.: Chemistry, Efficiency, Safety, and Uses. *J Food Sci* 2008; 73(1): R14-19.
- Erdinçler DS, Karakoç Y, Toplan S, et al. The effect of Ginkgo biloba glycoside on the blood viscosity and erythrocyte deformability. *Clin Hemorheol.* 1996; 16(3): 271-276.
- Smith JV, Luo Y. Studies on molecular mechanisms of Ginkgo biloba extract. *Appl Microbiol Biotechnol* 2004; 64: 465-72.
- Droy-Lefaix MT, Menerath JM, Szabo-Tosaki E, Guillaumin D, Doly M. Protective effect of EGb 761 on ischemiareperfusion damage in the rat retina. *Transplant Proc.* 1995 Oct; 27(5):2861-2.
- Rong Y, Geng Z, Lau BH. Ginkgo biloba attenuates oxidative stress in macrophages and endothelial cells. *Free Radic Biol Med.* 1996; 20(1):121-7.
- Gohil K, Moy RK, Farzin S, Maguire JJ, Packer L. mRNA expression profile of a human cancer cell line in response to Ginkgo biloba extract: induction of antioxidant response and the Golgi system. *Free Radic Res.* 2000 Dec; 33(6):831-49.
- Bridi R, Crossetti FP, Steffen VM, Henriques AT. The antioxidant activity of standardized extract of Ginkgo biloba (EGb 761) in rats. *Phytother Res.* 2001 Aug; 15(5):449-51.

- Ahmad M, Saleem S, Ahmad AS, et al. Ginkgo biloba affords dose-dependent protection against 6-hydroxydopamine-induced parkinsonism in rats: neurobehavioural, neurochemical and immunohistochemical evidences. *J Neurochem.* 2005 Apr; 93(1):94-104.
- Tendi EA, Bosetti F, Dasgupta SF, Stella AM, Drieu K, Rapoport SI. Ginkgo biloba extracts EGb 761 and bilobalide increase NADH dehydrogenase mRNA level and mitochondrial respiratory control ratio in PC12 cells. *Neurochem Res* 2002; 27:19-23.
- Eckert A, Keil U, Scherping I, Hauptmann S, Müller WE. Stabilization of mitochondrial membrane potential and improvement of neuronal energy metabolism by Ginkgo biloba extract Egb 761®. *Ann N Y Acad Sci.* 2005; 1056:474-485.

Bibliografía complementaria

- American Tinnitus Association ATA. Information about tinnitus, 1979.
- Allied Sci 2004; 29(6): 635-41.
- DeFeudis FV, Papadopoulos V, Drieu K. 2003. Ginkgo biloba extracts and cancer: a research area in its infancy. *Fundam Clin Pharmacol* 17:405-17.
- Hardeland R. Antioxidative protection by melatonin: multiplicity of mechanisms from radical detoxification to radical avoidance. *Endocrine* 2005; 27(2): 119-30.
- Liu XP, Christopher EP, Wang HY et al. Extract of Ginkgo biloba induces Glutamate Cysteine Ligase Catalytic Subunit (GCLC). *Phytother. Res.* 2008; 22: 367-371.
- Reiter RJ. Functional aspects of the pineal hormone melatonin in combating cell and tissue damage induced by free radicals. *Eur J Endocrinol* 1996; 134: 412-20.
- Reiter RJ, Tan DX, Manchester LC, Lopez-Burillo S, Sainz RM, Mayo JC. Melatonin: detoxification of oxygen and nitrogen based toxic reactants. *Adv Exp Med Biol* 2003; 527: 539-48.
- Song W, Guan HJ, Zhu XZ, Chen ZL, Yin ML, Cheng XF. Protective effect of bilobalide against nitric oxide-induced neurotoxicity in PC12 cells. *Acta Pharmacol Sin* 2000; 21:415-20.
- Tan DX, Reiter RJ, Manchester LC, Yan MT, El-Sawi M, Sainz RM, Mayo JC, Kohen R, Allegra M, Hardeland R. Chemical and physical properties and potential mechanisms: melatonin as a broad spectrum antioxidant and free radical scavenger. *Curr Top Med Chem* 2002; 2(2): 181-97.
- Watanabe K, Kawamori T, Nakatsugi S, Wakabayashi K. COX-2 and iNOS, good targets for chemoprevention of colon cancer. *Biofactors* 2000; 12:129-33.



© Juan Carlos Tomás

Ayúdanos a salvar más vidas

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

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

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

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

902 250 902

www.msf.es



Spiraxin®

(rifaximina-α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamonemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Miacizolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estas isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monoditosis, 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, incontinencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Solocros. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpindo (1,2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bacteriostática, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) 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 caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

Imagen en contraportada

BAMA — GEVE

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

ESPECIAL

ANUARIO DE LA SANIDAD Y EL MEDICAMENTO 2013

Una vez más y fiel a su cita, la Revista EL MÉDICO pone a disposición de todos sus lectores el Anuario de la Sanidad y el Medicamento, en el que se pretende compilar los datos más relevantes sobre los aspectos más significativos del sector sanitario de los últimos doce meses.

POBLACIÓN Y SALUD



- Población general
- Movimiento demográfico

GASTO SANITARIO



- Presupuestos
- Gasto

MORTALIDAD Y MORBILIDAD

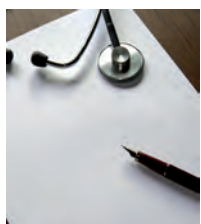


- Mortalidad
- Morbilidad

SECTOR FARMACÉUTICO



ASISTENCIA SANITARIA

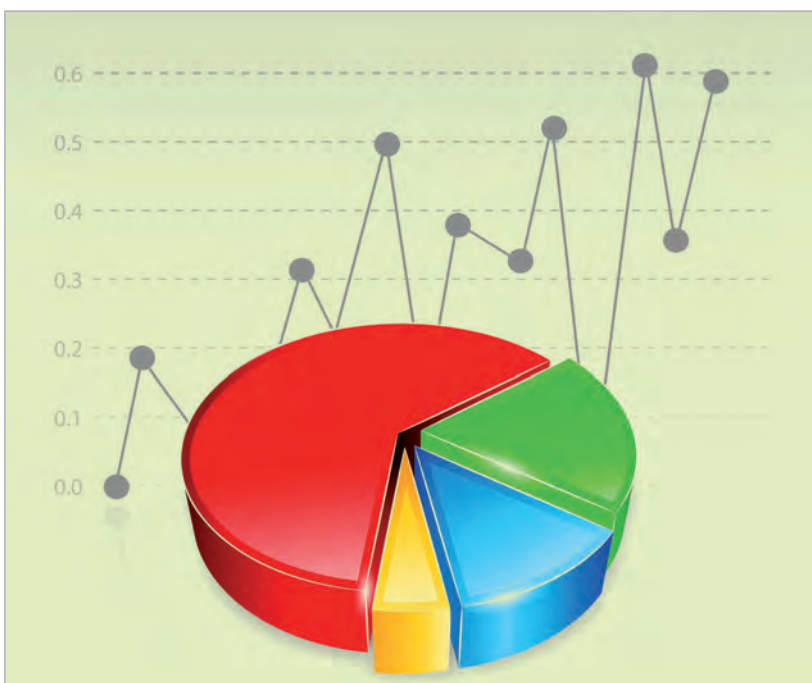


- Atención Primaria
- Atención Especializada

RECURSOS SANITARIOS



- Recursos Humanos
- Recursos Técnicos



hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad



enfermedad

hiperamoniemia

d diverticular

enfermedad diverticular

enferm

enterocolitis bacteriana

hipera

hiperamoniemia

ocolitis bacteriana

enfermedad div



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97

La Salud
a oídos de todos

 **Audiovit**[®]

Magnesio + Extracto de Ginkgo biloba + Melatonina

**Hipoacusia
Inducida
por Ruido**



Acúfenos

¡NOVEDAD!
CON
MELATONINA



1 AL DÍA

**ANTES DE
ACOSTARSE**



www.salvatbiotech.com

atencioncliente@salvatbiotech.com
900 80 50 80


SALVAT
innovación y calidad