

# El Médico

[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1141. Marzo 2013

## La LOPS y el Estatuto Marco, diez años después sin un desarrollo claro

### Foro de Expertos

Agustín Rivero, director general  
de Cartera Básica de Servicios  
del SNS y Farmacia

### Entrevistas

Arantxa Catalán, presidenta de la  
Sociedad Española de Farmacia de  
Atención Primaria

Juan Abarca Cidón, secretario  
general del Instituto para el  
Desarrollo e Integración de la  
Sanidad

### Radiografía a...

El género en la salud



# Toscana Italia Semana Santa

a partir de €54 pers/día en media pensión



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

Gastronomía típica elaborada artesanalmente,  
y saboreando un gran vino

Excursiones con nosotros, excelente panorama de la Maremma

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

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

info: Tel. 647353488 / [info@tuscanrural.com](mailto:info@tuscanrural.com)

[www.tuscanyrural.com](http://www.tuscanyrural.com)

## EN PORTADA

### REPORTAJE DE PORTADA

La LOPS y el Estatuto Marco, diez años después sin un desarrollo claro  
18



Las Cortes Generales aprobaron en 2003 tanto la LOPS como el Estatuto Marco, dos normas que suponían la creación de un entramado jurídico completamente nuevo para los profesionales sanitarios de nuestro país. Una década después, toca hacer balance de lo conseguido al amparo de ambas leyes.

## RADIOGRAFÍA A...

El género en la salud  
44



## ENTREVISTAS



**Arantxa Catalán**  
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria (SEFAP)  
26



**Juan Abarca Cidón**  
Secretario general del IDIS y director general de HM Hospitales  
32



**Alfredo Milazzo**  
Presidente de la Fundación Ad Qualitatem  
38

## FORO DE EXPERTOS

**AGUSTÍN RIVERO**  
Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia  
10



**MANUEL MARTÍN GARCÍA**  
Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)



**JESÚS REY GARCÍA**  
Ex coordinador del Plan de Mejora de Atención Primaria del Sergas (2006-2009)



**JESÚS SUEIRO JUSTEL**  
Presidente de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC)



**PABLO VAAMONDE GARCÍA**  
Ex director General de Asistencia Sanitaria del Sergas (2005-2006)  
14



**EDUARDO ASENSI PALLARÉS**  
Socio Director de Asjusa-Letramed  
16





# !Ponte en Marcha!

XX Congreso  
nacional de medicina  
general y de familia

*mano a mano  
con vosotras*



Elemental  
Dr. Watson

Palacio de Congresos de  
**Zaragoza**  
22-25 mayo de 2013  
[www.zgz.semg.net](http://www.zgz.semg.net)



**SEMG**  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

## GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



### Entrevista a Francisco Luis Sánchez Prieto

Profesor del Master Internacional en Administración Financiera y Hacienda Pública del Instituto de Estudios Fiscales.

52

## ENTREVISTA

### Carina Vance



Ministra de Salud de Ecuador

68

## MEDICINA INDIVIDUALIZADA

La Medicina Genómica  
62

## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Entrevista a Manuel Bayona



Director gerente del nuevo Complejo Hospitalario Granada

58

## OTROS TEMAS

Presentación

3

Perfiles médicos

74

Fue noticia

80

La instantánea médica

84

Industria farmacéutica

90

On-line

94

En previsión

96

Próximo número

98

## El Médico

EDITA:

**saned**  
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.  
Teléfono: 91 749 95 08.

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

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: [elmedico@gruposaned.com](mailto: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](mailto: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](mailto:gruposaned@gruposaned.com).

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.  
Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

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

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.  
ISSN: 0214-6363.

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

5 MÓDULOS

MÓDULO 1  
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 2-5 EN PROCESO  
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

<http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com>

# Derechos de los Médicos

## PARA ATENCIÓN PRIMARIA

### CONTENIDOS DEL CURSO

**Módulo 1** Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial

4,8 CRÉDITOS

**Módulo 2** Derechos en relación con estudio/diagnóstico

**Módulo 3** Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

MÓDULOS 2-5  
EN PROCESO DE  
ACREDITACIÓN

**Módulo 4** Derechos en relación con el alta y derivación

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

# La mirad



Agustín  
Rivero



Manuel  
Martín García

# a maestra de la actualidad



Jesús  
Rey García



Jesús  
Sueiro Justel



Pablo  
Vaamonde García



Eduardo  
Asensi Pallarés



# El SNS. Acciones para la sostenibilidad y la equidad

**Autor** | Agustín Rivero. Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia

**El modelo español de Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios. Ahora bien, los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que el sistema sanitario no podía ignorar ni mantenerse al margen de una situación absolutamente incompatible con la sostenibilidad.**

La Sanidad pública en España comenzó el año 2012 con una deuda insostenible. Al inicio de esta legislatura se pusieron al descubierto, con toda su crudeza, los más de 16.000 millones de euros de deuda que arrastraba el sistema. Esta cifra, además, se había disparado un 173 por ciento entre 2009 y 2011, al tiempo que descendían el PIB y los ingresos del Estado. De esos 16.000 millones de euros, unos 12.100 millones correspondían a la factura sanitaria (el 73 por ciento de la deuda). Por eso, se hacían necesarias y urgentes reformas que permitieran reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

**En estos momentos estamos optimizando la cartera de servicios y desarrollando propuestas de reorganización que están lideradas por los propios profesionales**



Agustín Rivero

De acuerdo con la nueva redacción dada por el Real Decreto Ley 16/2012 al artículo 8 de La Ley de Cohesión y Calidad, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Para afrontar esta situación, el compromiso fundamental del Gobierno es promover un gran acuerdo por la Sanidad y los servicios

sociales con las Comunidades Autónomas, en primer lugar un acuerdo para la sostenibilidad del sistema. Garantizar la sostenibilidad del sistema a largo plazo es una prioridad para crear confianza tanto entre los pacientes como entre los profesionales.

En segundo lugar, una cartera básica de servicios comunes. Para todos nosotros la equidad en el acceso a las prestaciones es el principio rector de la cartera básica de servicios. Por ello resulta imprescindible que utilicemos metodología fundamentada técnica y científicamente en su definición y ahí deben estar y están los profesionales sanitarios.

En estos momentos estamos optimizando la cartera de servicios y estamos desarrollando propuestas de reorganización de servicios que están lideradas por los propios profesionales, por las sociedades científicas y por

las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y de las prestaciones.

No se ha planteado en ningún momento recortes en la misma sino definir aquellos procedimientos, aquellas actividades que por obsoletas no deben estar en ella, pero introduciendo en la cartera aquellos procedimientos que mejoran la calidad de la asistencia y la calidad de vida del paciente.

Pero también se está trabajando en la concreción de estándares e indicadores de calidad en relación con los diferentes servicios asistenciales y en los centros de referencia para determinadas patologías y/o procedimientos complejos y/o de alta especialización (trasplantes, tumores, neurocirugía, cardiovascular, etc). Esto también es mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente que es finalmente lo que todos buscamos, tanto los profesionales como la Administración.

La cartera de servicios no pretende sacar ninguna prestación, sino que todos los españoles tengamos el mismo acceso a las mismas prestaciones y los mismos derechos ante la salud, con independencia de la Comunidad de residencia.

Como he comentado, en este momento el Ministerio está trabajando en dos líneas, por una parte en la optimización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y otra en la propuesta de reorganización de servicios tanto asistenciales como de apoyo a la asistencia, para ello el Consejo Interterritorial el 29 de febrero de 2012 creó dos grupos de trabajo de cartera de servicios. Ambos grupos han priorizado los temas que las Comunidades Autónomas han considerado abordar.

Estos grupos tienen por objeto revisar la cartera de servicios comunes al SNS para identificar y priorizar las prestaciones que es preciso detallar, clarificar y/o concretar. En estos momentos los temas priorizados en la cartera de servicios son genética, rehabilitación, cribado neonatológico y de cáncer, reproducción humana asistida e implantes quirúrgicos. Estos grupos están constituidos por profe-



sionales designados por las Comunidades Autónomas y el Ministerio, con la participación de las Sociedades Científicas y de un representante de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y de las Prestaciones que faciliten la información sobre la evidencia científica en la materia.

Los grupos de expertos están elaborando una propuesta inicial en la que detallan el contenido del correspondiente apartado de la cartera. Y podrán concretar y detallar áreas de la cartera que estaban incluidas de forma muy genérica o poco precisa.

Descartar aquellas técnicas o procedimientos, que a la luz de los conocimientos actuales se consideren obsoletos o de las que no exista evidencia de su eficacia y coste-efectividad.

Disminuir la gran heterogeneidad que hay entre CCAA en la provisión de servicios, en todas las áreas que cubre la cartera. Otras técnicas o procedimientos que sean necesario modificar sus condiciones en función de la situación del paciente, otros que no estando incluidos, hayan demostrado seguridad, eficacia y eficiencia, y sería conveniente introducir en la cartera de servicios. Y

otros que irán a la cartera accesoria del sistema. Por aquí es por donde queremos que se desarrolle la nueva cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, como he comentado anteriormente, para garantizar una mayor calidad de esta cartera se está trabajando en la reorganización de servicios, centros y unidades especializadas en Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Trasplantes, Oncología, Ginecología y Obstetricia. Las propuestas iniciales sobre los criterios básicos para la creación o reorganización de estas unidades asistenciales elaboradas por los expertos van a ser presentadas en breve a la Comisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial para su aprobación.

De acuerdo con ello, los expertos emiten recomendaciones sobre población de referencia de los servicios, recursos humanos y materiales con los que deben contar, número óptimo de procedimientos, experiencia profesional de sus integrantes, etc. De tal forma que no se considera aconsejable la puesta en marcha de nuevos servicios si no incluyen las dotaciones establecidas en esos criterios.

Con respecto a los medicamentos, la evolución de muchos grupos terapéuticos en los



últimos años nos obliga a replantear el enfoque universal que hemos venido aplicando desde siempre. Hay muchas categorías de fármacos en los que se producen disparos en el coste y es aquí donde nuestra DG debe actuar con energía y prudencia. De poco sirve negar la financiación a un nuevo fármaco si con esta decisión privamos del mejor tratamiento a algunos centenares de pacientes españoles o residentes en nuestro país. Es preferible analizar concienzudamente cada caso y negociar las condiciones en las que va a ser utilizado en el SNS. De lo anterior sacamos con facilidad los elementos metodológicos para abordar cada una de estas situaciones:

### 1. Análisis coste-efectividad:

El análisis coste efectividad nos permite poner en comparación un nuevo medicamento con el estándar aceptado para dicha enfermedad. Lógicamente, un medicamento innovador indicado en una patología carente de tratamiento no se podrá someter a este análisis.

### 2. Impacto presupuestario:

Gracias a los estudios epidemiológicos, hoy podemos saber cuantos pacientes son subsidiarios de recibir un nuevo tratamiento, y gracias a ello, se puede estimar el coste del mismo para las arcas públicas. Este ejercicio de impacto presupuestario se efectúa en todo nuevo medicamento desde hace 1 año, y es factor clave en el procedimiento de gestión de precios y decisiones de financiación.

### 3. Contribución al PIB:

En general, la ley prevé la toma en consideración de los efectos que sobre el PIB de

nuestro país tienen las decisiones en materia de precio y financiación de medicamentos. En términos concretos, estos análisis toman en consideración el lugar de producción y distribución logística de los fármacos,

**Quiero dejar claro que desde el Ministerio apostamos por apoyar la innovación en los nuevos tratamientos. Queremos seguir financiando la innovación, especialmente la que contribuye de modo real al incremento de salud de la población española**

su grado de innovación, la empresa titular y la carga o esfuerzo investigador que su desarrollo supone. Así, se valoran el esfuerzo productivo, la inversión en activos y el gasto en I+D asociados a cada medicamento.

### 4. Análisis periódico del gasto:

Los capítulos más relevantes de gasto para el SNS deben analizarse de modo continuo.

### 5. Revisiones de precios:

Poner el foco de atención sobre los nuevos fármacos no significa descuidar el abastecimiento y disponibilidad de los clásicos de este grupo. Por ello, se tratan favorablemente las peticiones de revisión de precios de estos medicamentos clásicos, siempre y cuando las empresas titulares de los mismos aporten justificación suficiente.

Quiero dejar claro que desde el Ministerio de Sanidad apostamos decididamente por apoyar la innovación en los nuevos tratamientos. Queremos seguir financiando la innovación, especialmente la que contribuye de modo real al incremento de salud de la población española. El límite es la sostenibilidad, y debo decir que las solicitudes de precio de nuevos tratamientos no están en línea con estas necesidades, lo que obliga a un gran esfuerzo de valoración y negociación antes de la toma de decisiones de precio y financiación.

Los nuevos tratamientos vienen con solicitudes de coste/paciente extremadamente gravosos. No queda más remedio que aplicar los criterios de la ley para trazar en

cada caso la frontera entre lo que se puede financiar y lo que aún aportando alguna pequeña mejora al estado de salud no puede recibir financiación pública dado el excesivo precio solicitado.

La aparición de un número importante de nuevos fármacos a un coste elevado en comparación con el tratamiento anterior y cuyos beneficios terapéuticos no son muy notables en términos de supervivencia abre el debate sobre si es sostenible el crecimiento del presupuesto que se debe dedicar a financiarlos y sobre si es compatible con las prioridades existentes en otros ámbitos de la Medicina.

A este respecto, nuestro criterio es financiar sólo las indicaciones aprobadas de forma estricta, a partir del criterio aprobado de indicación del fármaco basado en la evidencia científica complementado con evaluaciones de coste-efectividad y modificaciones del precio si cambian las indicaciones, aparecen nuevos fármacos para la misma indicación o se introducen genéricos. También, en determinados casos, se podrían compartir riesgos entre la industria (que paga el fármaco si no es efectivo en un paciente durante el tiempo necesario para demostrar la ineficacia) y el sistema sanitario (que paga el fármaco si es eficaz en el paciente).

Quiero finalizar concluyendo que la equidad en el acceso a los tratamientos debe ser un valor fundamental en el momento de planificar los servicios sanitarios e introducir las innovaciones terapéuticas. Garantizar la igualdad de acceso en caso de igual necesidad ha de ser un principio básico en un sistema sanitario público como es el español.

---

**NOTA.** Extracto de la conferencia pronunciada por el director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la Conferencia General para la Sostenibilidad de la Atención Oncológica en el SNS, celebrada el pasado 30 de enero de 2013 en Madrid, organizada por la Fundación Bamberg ■





# La Atención Primaria ante la crisis

**Autor** Manuel Martín García. Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)  
 Jesús Rey García. Ex coordinador del Plan de Mejora de Atención Primaria del Sergas (2006-2009)  
 Jesús Sueiro Justel. Presidente de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC)  
 Pablo Vaamonde García. Ex director General de Asistencia Sanitaria del Sergas (2005-2006)

**La Atención Primaria (AP) es señalada por los expertos como el eje fundamental del sistema sanitario. Para reconducir la situación actual, que la relega a un papel secundario y subsidiario, es preciso planificar medidas de movilización, asumidas por la mayoría de los profesionales y usuarios, que presionen a la Administración para abrir una negociación sobre estos planteamientos.**

La Atención Primaria (AP) es señalada por los expertos como el eje fundamental del sistema sanitario. Así lo reconoce la Ley General de Sanidad (1986). Cuando la AP actúa como elemento de coordinación y puerta de entrada del sistema es más fácil garantizar la equidad y el uso racional de los recursos, así como la integralidad y la continuidad de la atención. El avance de la AP en el Estado se vio frenado por tres condicionantes: el déficit de recursos y la limitación en el acceso a las pruebas diagnósticas, la deficiente relación con el nivel hospitalario y la introducción de elementos de privatización en el sistema, que produjeron una descapitalización del primer nivel asistencial.

La medicalización de la vida y el uso irracional y excesivo de los recursos asistenciales tiene mucho que ver con el hospitalocentrismo y con la mercantilización de la salud. Así se explica el elevadísimo gasto farmacéutico, la sobreutilización de recursos diagnósticos y la elevada yatrogenia producida por el propio sistema (el 13 por ciento de los pacientes son ingresados por efectos



Manuel Martín García



Jesús Rey García



Jesús Sueiro Justel



Pablo Vaamonde García

adversos de las actuaciones sanitarias). La pérdida de protagonismo de la AP es provocada por decisiones políticas: el recorte del presupuesto sanitario afecta con más intensidad a la AP (en Galicia, de 2009 a 2012 la Atención Especializada perdió 22 millones; la AP decreció 188 millones de euros); además la desaparición de las gerencias de AP (absorbidas por los hospitales) y el abandono del Plan de Mejora de la AP provocaron un perjuicio evidente de este nivel asistencial. El severo deterioro de las condiciones laborales está generando un clima de malestar profesional y desmotivación.

Los actuales responsables sanitarios no

creen en el sistema público ni confían en la AP como centro coordinador del mismo. Las políticas desarrolladas por el actual gobierno de la Xunta de Galicia, siguiendo el camino iniciado en otras comunidades, van dirigidas a desmantelar y privatizar el sistema público para convertir el derecho a la salud en una mercancía que permita generar negocios y actividades lucrativas privadas a expensas de los presupuestos.

Pero, si las decisiones políticas se adoptasen para conseguir el beneficio colectivo y el bien común, este tiempo de crisis debería servir para potenciar una AP orientada a la

promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad así como a asumir un mayor protagonismo en la labor asistencial. Si la AP tuviese una dotación adecuada de profesionales, con equipamiento suficiente y acceso a pruebas diagnósticas podría tener una mayor capacidad resolutoria, lo que evitaría la sobreutilización de los servicios de urgencias y la masificación hospitalaria, con un coste muy inferior.

### La alternativa es la Atención Primaria

El gasto sanitario ha aumentado en los últimos años de manera notable. Más de un tercio de los presupuestos de las comunidades autónomas va destinado a la Sanidad. Las administraciones sanitarias impusieron medidas para reducir el gasto: recortes salariales y precarización de las condiciones laborales, copagos diversos que sobrecargan las economías familiares y provocan inequidad, y también ensayaron diversas experiencias de gestión privada: todas estas medidas no consiguieron ahorrar dinero público pero provocaron efectos muy adversos sobre los sectores de la población más desfavorecidos.

Si queremos buscar la eficiencia hay que apostar por la AP. La manera de enfermar hoy en día es muy diferente a la de hace cincuenta años. La mejora en la expectativa de vida produce un aumento de las patologías crónicas y de la comorbilidad. Lo que se precisa no es incrementar la especialización sino procurar profesionales generalistas con formación y habilidades para el manejo de la cronicidad y de los factores familiares, sociales y laborales que afectan al paciente. Si pretendemos reorientar el sistema sanitario hacia el paciente crónico hay que potenciar a AP, pues es donde se hacen actividades de prevención, donde se conoce al paciente en su entorno, donde se realiza educación sanitaria y promoción de

hábitos saludables y donde se debe centralizar la coordinación de la atención sanitaria.

Los profesionales del sistema sanitario público no debemos aceptar el camino emprendido por los actuales dirigentes, que nos conduce a convertir la AP en un apéndice de los hospitales y la actividad sanitaria en una fuente de negocio privado. De seguir en esta línea estaremos, en breve plazo, en una situación irreversible, con grave deterioro de los servicios públicos y de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios.

## Lo que se precisa no es incrementar la especialización sino procurar profesionales generalistas con formación y habilidades para el manejo de la cronicidad y de los factores familiares, sociales y laborales que afectan al paciente

Ha llegado el momento de impulsar una actuación unitaria de los trabajadores de la Sanidad pública para intentar revertir la situación. Por eso proponemos:

1. Constituir una alianza que englobe a todos los trabajadores y organizaciones de AP, para ampliarla posteriormente a usuarios y ciudadanos.
2. Proponer una renegociación inmediata del Plan de Mejora de AP para adaptarlo a la actual situación.
3. Desarrollar instrumentos y mecanismos que favorezcan la participación e implicaciones de los profesionales y ciudadanos en el gobierno de los servicios de AP.

Para reconducir la situación actual, que relega la AP a un papel secundario y subsidiario en el sistema sanitario, es preciso planificar medidas de movilización, asumidas por la mayoría de los profesionales y usuarios, que presionen a la Administración para abrir una negociación sobre estos planteamientos. El futuro de la AP y del sistema sanitario público está en nuestras manos ■





# La ley de tasas: un peligro para los profesionales de la Medicina

Autor | Eduardo Asensi Pallarés. Socio Director de Asjusa-Letramed

**La Ley 10/2012, de 20 de noviembre, conocida coloquialmente como la Ley de Tasas, ha sido muy criticada desde su origen de forma contundente. Es más, podríamos afirmar que es difícil encontrar una ley que haya provocado un rechazo tan unánime por parte de todos los profesionales de la justicia -abogados, fiscales, e incluso los propios jueces-, y por los ciudadanos en general, como principales perjudicados de la medida.**

Esta ley establece el abono de una tasa para el ejercicio de la potestad jurisdiccional en los órdenes civil, contencioso-administrativo y social. Así pues, salvo en la jurisdicción penal, para interponer una demanda en el resto de las jurisdicciones -con limitaciones en la jurisdicciones de la social-, se exige el abono de una tasa, atendiendo a la cuantía del procedimiento judicial o recurso.

La lectura de la norma nos lleva a pensar que uno de los primeros efectos que producirá la ley de tasas, y no es descabellado, es el incremento de la jurisdicción penal como vía de reclamación, dado que es la única que el legislador deja absolutamente exenta, e incluso un posible incremento de denuncias falsas para eludir el pago de la tasa. Sin duda se trataría de un uso fraudulento de la vía penal con el único fin de evitar el coste que le supondría acudir a la jurisdicción civil o contenciosa, pero no sería la primera vez que se hace uso un uso incorrecto de esta vía para perseguir otros fines, como medida de presión, o para la obtención de la historia clínica a requerimiento del juez.

## Criticada desde su origen

El mismo día que se aprobaba en la comisión de Justicia el proyecto de Ley que con-



Eduardo Asensi Pallarés

templaba una subida generalizada de las tasas judiciales, se ausentaron de la votación todos los grupos de la oposición en protesta por la tramitación acelerada del proyecto. Esta celeridad provocó incluso que la norma no pudiera ser aplicada desde su entrada en vigor -22 de noviembre de 2012-, ya que en esa fecha no estaban listos los modelos de autoliquidación de la tasa. Es de plena aplicación desde el sábado 15 de diciembre, tras la publicación, en el Boletín Oficial del Estado, de la Orden del Ministerio de Hacienda por la que se aprueban los modelos de autoliquidación de las nuevas tasas judiciales; esto es casi un mes después de su entrada en vigor.

Probablemente esta circunstancia tampoco ayudó a suavizar las críticas a esta norma. La crítica que ha sonado con más fuerza es la que denuncia que la norma es inconstitucional, en cuanto que supone un obstáculo para que los ciudadanos puedan acceder a los tri-

bunales, y que, por tanto, supone una limitación al derecho a la tutela judicial efectiva. No es mi propósito detenerme en un análisis de la norma desde el punto de vista de su adecuación a la Constitución -se ha criticado por vulnerar el derecho a un acceso a los tribunales en plena igualdad-, para lo que sería esencial un análisis detenido de la sentencia del Tribunal Constitucional de 16 de febrero de 2012, en la que se declara que la imposición de tasas a las personas jurídicas con ánimo de lucro es conforme a nuestra Constitución. Ni tampoco pretendo analizar si esta nueva normativa va a ser realmente efectiva en los fines que persigue, de acuerdo con su propia exposición de motivos (cuestión tributaria, racionalización del ejercicio de la potestad jurisdiccional, mayores recursos para la justicia gratuita), aunque sí considero que algunas de las razones que inspiran esta norma tendrían mejor acogida con una correcta aplicación de la

imposición de costas, sobre todo en aquellas demandas claramente infundadas.

En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos tiene declarado que el requisito del pago de unas tasas para poder acceder a los tribunales no constituye en sí mismo una violación del derecho fundamental de acceso a la justicia. Sin embargo, recientemente la vicepresidenta de la Comisión Europea y responsable de Justicia, Viviane Reding, ha declarado que el carácter “excesivo” de las tasas judiciales puede constituir una restricción que vulnere la propia esencia del derecho fundamental de una persona a ser oída por un tribunal, y esto probablemente es lo que tendrá que analizar nuestro Tribunal Constitucional: hasta qué punto una tasa, en principio legal, puede restringir el acceso a los tribunales.

Sí querría detenerme en los efectos que realmente puede tener la aplicación de esta norma para los profesionales de la Medicina, y no es otro que el incremento de denuncias y querellas ante la jurisdicción penal. La Ley de tasas contempla unas cuantías importantes desde el punto de vista del sujeto pasivo, que es quien promueve el ejercicio de la potestad jurisdiccional. La ley establece una cantidad fija que varía en función de cada clase de procedimiento (abreviado, 200 euros; ordinario, 350 euros; recurso de apelación, 800 euros; y recurso de casación, 1200 euros), y una cantidad variable que será la resultante de aplicar a la base imponible el tipo de gravamen que corresponda según una escala: de 0 a 100.000 euros se aplicará un tipo del 0,5 por ciento y del esa cifra en adelante un tipo del 0,25 por ciento, con un máximo variable de 10.000 euros.

El ámbito de aplicación de la tasa se extiende a todo el territorio español, puesto que tiene un carácter estatal, y sin perjuicio de otras tasas u otros tributos que puedan exigir las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus respectivas competencias financieras, que, en cualquier caso, no podrán gravar los mismos hechos imponibles.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la Ley de tasas establece una exención en aquellos casos en que se recurra a la vía

contencioso-administrativa por silencio administrativo negativo o inactividad de la Administración. En los supuestos en que la Administración se demore en la resolución del recurso patrimonial, y el perjudicado decida acudir a la vía judicial por silencio administrativo estará exento del abono de las tasas. Respecto a la vía civil, la ley no establece ningún tipo de exención. Por tanto, la ley viene a establecer una nueva diferenciación respecto a las reclamaciones dirigidas contra las administraciones públicas, y las demandas contra instituciones privadas, al eximir del abono de las tasas judiciales en los casos en los que se acuda por inactividad de la administración en la resolución del recurso patrimonial.

La exigencia de una tasa excesiva para el acceso a los tribunales puede provocar, y es uno de los riesgos prácticos que considero que puede encerrar esta nueva norma, el uso fraudulento de la jurisdicción penal por reclamaciones por supuestas negligencias médicas y, por tanto, un incremento del número de denuncias y querellas contra los profesionales de la Sanidad. Y es que, si a los honorarios de los abogados, procuradores, y de los profesionales que emiten los dictámenes periciales, se une ahora la imposición de una tasa, todo ello, y en un momento como el actual, puede derivar en una huida a la jurisdicción penal, única exenta del abono de una tasa.

### **La temida penalización de la profesión sanitaria**

Esto lamentablemente supondría un paso más en la temida “penalización” de la profesión médica que se ha tratado de evitar en los últimos años con alguna reforma legal. En concreto, en el caso de los profesionales de la Medicina pública se dio un paso importante con la triple reforma legislativa de 1999 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, de la Ley de la

Jurisdicción Contenciosa-administrativa, y de la Ley Orgánica del Poder Judicial. La finalidad era: evitar el famoso peregrinaje jurisdiccional que se estaba produciendo -con anterioridad a la reforma era posible demandar a un profesional sanitario en cualquiera de

las jurisdicciones-; con ello, evitar también un uso incorrecto de las distintas jurisdicciones, basado más en motivos estratégicos que en la idoneidad de la vía judicial escogida para la materia objeto de la reclamación; y por supuesto, evitar una

inseguridad jurídica, motivada por la disparidad de criterios de las distintas jurisdicciones sobre reclamaciones similares.

Es cierto, y no podemos pasarlo por alto, que la triple reforma mencionada no elimina la posibilidad de reclamar a un profesional de la Medicina por la vía penal si el denunciante considera que la conducta del profesional incurre en un delito de los recogidos en nuestro código penal; pero sí establecía un orden, aclarando que la vía correcta para solicitar una compensación por un daño sufrido en la Medicina pública es la vía contencioso-administrativa, y la civil si es en la Medicina privada; reservando la jurisdicción penal únicamente para las acciones especialmente graves.

En definitiva, con independencia de las críticas que viene recibiendo la entrada en vigor de la ley de tasas por el límite que supone al acceso a la tutela judicial efectiva, considero que no es remota la posibilidad de que se produzca un incremento del uso de la jurisdicción penal como vía para reclamar por cualquier daño sufrido por los profesionales de la Medicina, con la temida pena de banquillo para los profesionales. Y todo ello, provocado por el incremento excesivo que supone el abono de las tasas para acceder a los tribunales, que conllevará a su vez, que en alguna ocasión el perjudicado opte por acudir a la vía más grosera, pero la única totalmente exenta del abono de tasas ■

## **La exigencia de una tasa excesiva para el acceso a los tribunales puede provocar un incremento del número de denuncias y querellas contra los profesionales de la Sanidad**



# La LOPS y el Estatuto Marco,

diez años después sin un desarrollo claro

Las Cortes Generales aprobaron en 2003 tanto la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) como el Estatuto Marco, dos normas que suponían la creación de un entramado jurídico completamente nuevo para los profesionales sanitarios de nuestro país. Los dos últimos grandes proyectos normativos de la entonces ministra de Sanidad, Ana Pastor (PP), salían adelante con un alto grado de consenso y los apoyos del Grupo Popular, CiU, PNV y Coalición Canaria, en el caso de la LOPS, y del Grupo Popular, CiU, PNV e Izquierda Unida, en el caso del Estatuto Marco. El Grupo Socialista votó en contra de la primera normativa y se abstuvo en la votación de la segunda tras haber aprobado las enmiendas introducidas en el Senado. Una década después, toca hacer balance de lo conseguido al amparo de ambas leyes.

Texto | Jorge Sánchez Franco



## REPORTAJE DE PORTADA

# La LOPS y el Estatuto Marco, diez años después sin un desarrollo claro

Según José Martínez Olmos, portavoz de Sanidad del Grupo Socialista en el Congreso de los Diputados, la LOPS requiere un replanteamiento profundo de innumerables cuestiones. Así, por ejemplo, es importante “que se asegure de una vez por todas la planificación y captación adecuadas de los recursos humanos”, explica. “Una nueva normativa tendría que partir de un pacto con los profesionales sanitarios y las comunidades autónomas, bajo el liderazgo del Ministerio de Sanidad”, añade. En este contexto, “también habría que conseguir un sistema retributivo que reconozca la aportación del profesional de manera individual y en equipo, y que diferencie el buen trabajo del menos bueno”. La LOPS “no ha conseguido ninguna de estas cosas”.

Las principales razones del Grupo Socialista para votar en contra del texto final de la LOPS se dividieron entonces en tres bloques: el papel de los colegios profesionales, la carrera profesional (a su juicio no quedaba garantizada), y la financiación. Con respecto al primer punto, los socialistas argumentaron que organizarse en este tipo de corporaciones era condición para recibir el rango de “profesión sanitaria”, lo cual equivalía a instaurar la colegiación obligatoria. Asimismo, criticaron el papel de los colegios en el régimen sancionador –que se añadía al de la Administración– y en la formación continuada, donde estimaron que se relegaba a sociedades científicas, sindicatos y otros agentes similares.

Diez años después, en general, la política de recursos humanos que está llevando a cabo el actual equipo ministerial es “voluntarista, pero no sirve para nada”. Martínez Olmos cree que “es evidente el descontento de los profesionales sanitarios con respecto a este asunto y a otros, como su nula parti-

cipación en las importantes reformas que se están produciendo”. De hecho, numerosas organizaciones profesionales “se han mostrado en contra del cambio de modelo, de la exclusión sanitaria de los inmigrantes en situación irregular o de la modificación de la cartera básica de servicios”, afirma. Los responsables del Ministerio de Sanidad “están absolutamente sordos”. No obstante, “antes que cualquier nuevo enfoque de los recursos humanos, es prioritario asegurar el carácter público y la calidad de nuestro sistema sanitario”.

### LOPS y Estatuto Marco siguen vigentes, según el PP

Para el presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, Mario Mingo (PP), la LOPS “era una necesidad básica demandada en innumerables ocasiones por el mundo profesional”. La normativa, que incorporó un total de 60 enmiendas parciales de las 310 presentadas (más 106 transaccionales), “venía a contemplar muchas de las peticiones manifestadas por los profesionales sanitarios a lo largo de años, como el trabajo en equipo, la evaluación personal de cada profesional, la representación de los profesionales en las distintas comisiones, la carrera profesional, la colegiación, el registro de profesionales, las áreas de capacitación específica, la troncabilidad o el desarrollo profesional”.

En términos generales, la LOPS “no solamente definía quiénes eran profesionales sanitarios hace diez años, sino que también establecía quiénes podían serlo en el futuro”, aclara el diputado popular. “Por primera vez en España se regulaba este aspecto y se ponían las bases de un amplio desarrollo legislativo”, añade. “Por desgracia, en los siete años y medio de gobierno socialista no se ha avanzado nada”.

A pesar de ello, no le cabe duda de que la ley sigue vigente y de que el Ministerio de Sanidad, encabezado por Ana Mato, desarrollará la LOPS junto con el Estatuto Marco y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. “Este trípede normativo constituye un adelanto impresionante”.

Con respecto al Estatuto Marco, Mario Mingo ha recordado que “fue pactado con los sindicatos y se aprobó por unanimidad a pesar de la mayoría absoluta con que contaba el Grupo Popular, incluido el apoyo de Izquierda Unida y la abstención del Grupo Socialista”. Esta normativa “defiende los derechos laborales tanto de los profesionales sanitarios como de los residentes, incluyendo aspectos tan importantes como la movilidad, la jubilación, la estabilidad, la motivación, la homologación, la carrera profesional, los criterios de flexibilidad y de gestión, y la planificación de los recursos humanos”, afirma. Aunque todo esto estaba contemplado en la Ley General de Sanidad, “nadie lo había desarrollado con una normativa específica hasta ese momento”.

### La negociación con los agentes sociales, gran ausente

Según Antonio Cabrera, secretario general de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CCOO), la LOPS y el Estatuto Marco “son leyes incompletas porque no están desarrolladas y, sobre todo, porque falta una pieza básica como es la negociación con los agentes sociales”. CCOO firmó el Estatuto Marco porque “se contemplaba la creación de un foro de negociación que todavía no existe”. Por otro lado, “consideramos necesario que las decisiones que se adopten en el Consejo Interterritorial tengan un carácter vinculante para evitar la coexistencia de diecisiete modelos sanitarios diferentes. Esto hace inviable la Ley de Cohesión y Calidad y otras importantes normativas sanitarias”.

El experto cree que el diseño del nuevo sistema de formación de especialistas médicos, con las Áreas de Capacitación Específica (ACE), constituye un paso adelante en el desarrollo de la LOPS, aunque ve algunos vacíos importantes. Así, por ejemplo, “sabe-

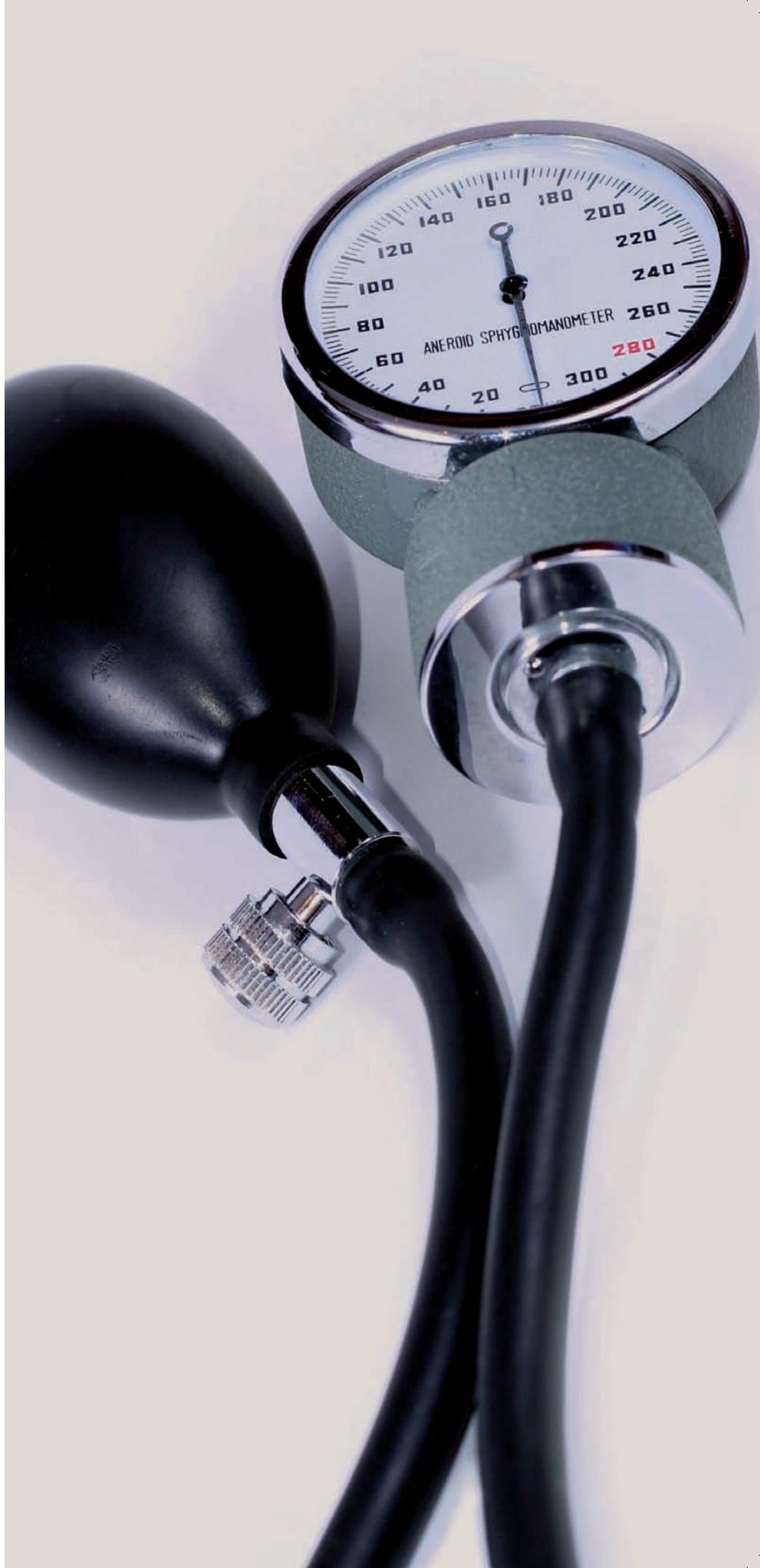
mos que hay determinados colectivos sanitarios, como los fisioterapeutas o las matronas, que requieren la modificación de algunos articulados de la ley para que puedan acogerse a dichas ACE en ausencia de una especialidad propia”, afirma. CCOO apuesta por este instrumento y así se lo ha hecho saber al Ministerio de Sanidad en el periodo de alegaciones del decreto de troncalidad. “Estamos a la espera de alguna contestación por parte de sus responsables”.

En general, “creemos que ambas normativas son buenas porque, entre otras cosas, venían a corregir una regulación muy obsoleta, con normas pre-democráticas en muchos casos”, apunta Antonio Cabrera. A nadie se le escapa que “constituyen un avance muy importante en tanto en cuanto se establecía una normativa común para todas las profesiones sanitarias”. No obstante, “siguen teniendo grandes carencias en lo que a su desarrollo se refiere: ni se ha potenciado la capacidad negociadora que se les atribuye ni se ha llevado a cabo ningún plan de ordenación de recursos humanos a su amparo”. La falta de voluntad política por parte de nuestros gobernantes, ya sean populares o socialistas, es la principal razón esgrimida por CCOO.

### **Se está haciendo un mal uso de los órganos de la LOPS, según UGT**

La secretaria del Sector Salud, Sociosanitario y Dependencia de la Federación de Servicios Públicos (FSP) de UGT, Pilar Navarro ha recalcado que nunca estuvieron conformes con la LOPS. “Después de diez años, hemos constatado que no nos equivocábamos entonces”. Los órganos que se constituyeron al amparo de esta normativa para hablar de todas estas materias, y especialmente el Foro de la Profesión Médica, junto con los colegios profesionales y las sociedades científicas, “se están utilizando indistintamente para cuestiones profesionales y laborales, cuando éstas últimas son competencia de los sindicatos”, explica. Por tanto, “se está haciendo un mal uso de los instrumentos contemplados en la ley”.

En este sentido, la propia Pilar Navarro ha remitido una carta a la ministra de Sani-





## REPORTAJE DE PORTADA

# La LOPS y el Estatuto Marco, diez años después sin un desarrollo claro

dad donde expresa el profundo malestar que ha causado en el seno de UGT la noticia de que se haya recibido de manera oficial al Foro de la Profesión Médica. “El Ejecutivo ha mantenido esta reunión de trabajo mientras la Mesa Sectorial Estatal de Sanidad sigue sin convocarse”, afirma.

Parece ser que “el único sindicato que está siendo consultando sobre aspectos laborales y contractuales por parte del Ministerio de Sanidad es la Confederación Estatal de

### Con respecto al Estatuto Marco, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos considera que no ha satisfecho a la profesión

Sindicatos Médicos (CESM)”, comenta Pilar Navarro. Esto demuestra que “los políticos utilizan la ley y sus ambigüedades en función de lo que les interesa en cada momento”. De todos es sabido que la LOPS deja fuera una serie de profesiones que, no siendo estrictamente sanitarias, intervienen de alguna manera en el proceso asistencial. Sin embargo, “ningún gobierno se ha preocupado por resolver este problema” en los últimos diez años. “Todos los agentes sanitarios, incluidos los sindicatos, deberíamos sentarnos juntos para negociar el modelo sanitario que queremos”.

Con respecto al Estatuto Marco, la sindicalista ha recordado que UGT no lo suscribió “porque se echaba en falta un ámbito estatal de negociación colectiva en el que definir una serie de materias básicas, a pesar de las transferencias sanitarias”. Con todo esto, el Foro Marco para el Diálogo Social, en el que debían estar representadas las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario, “se ha utilizado para lo que se ha querido: no se ha negociado nada y se ha reunido en muy pocas ocasiones. Ahora que se están dando situaciones suficientemente graves como para convocarlo, es ya papel mojado”. La movilidad voluntaria “es una de las medidas que más podrían haber beneficiado a los trabajadores del SNS”.

En general, ambas leyes “han servido para muy poco y se están utilizando de manera perversa”, dice Pilar Navarro. “La situación

actual es complicada y difícil de resolver”, añade. “Creemos que la razón principal para no desarrollar estas y otras normativas sectoriales es el cambio de modelo sanitario que se está llevando a cabo en nuestro país, lo que depende casi exclusivamente de la ideología y filosofía del partido político que nos gobierna”.

Con todo esto, “estamos asistiendo a un deterioro del Estado del Bienestar en aras de la crisis económica y a una pérdida de derechos por parte de ciudadanos y tra-

bajadores”.

### FACME, descontenta ante la falta de cumplimiento

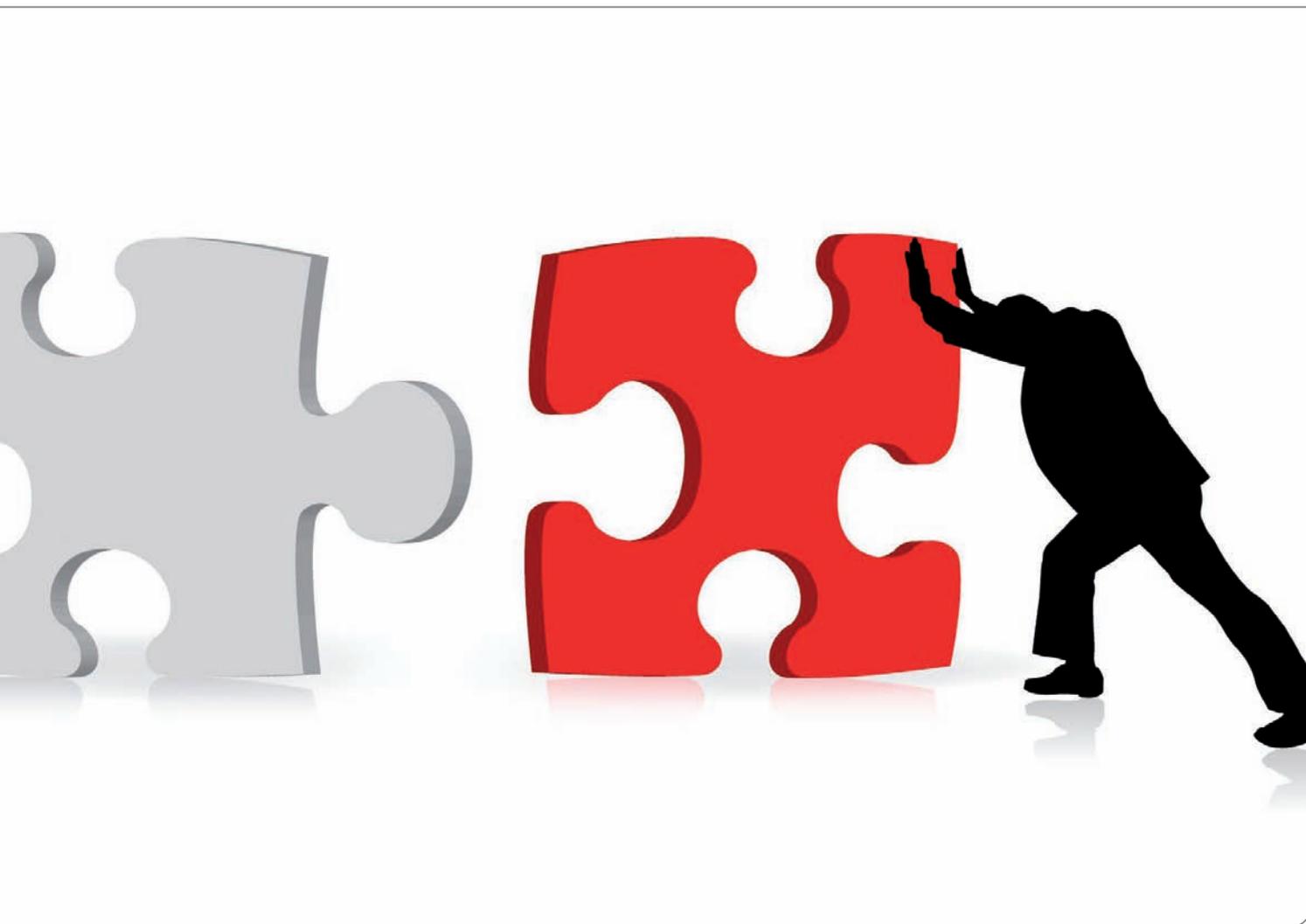
La Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) recuerda la aprobación en 2003 de la LOPS con gran satisfacción. “La amplia y pormenorizada definición de las profesiones sanitarias tituladas, la referencia a la permanente ampliación o modificación de las áreas de conocimiento, la presentación de un modelo sanitario más basado en las capacidades que en las titulaciones y el reconocimiento del papel fundamental de los colegios profesionales, configuraban algunos de los aspectos fundamentales de aquella ley, que actualizaba una normativa de 1966”, explica el profesor José Manuel Bajo Arenas, presidente de FACME. “Se trataba de la regulación del ejercicio profesional de la Medicina, tantas veces reclamada desde todos los sectores”.

Diez años después, FACME manifiesta cierto descontento ante la falta de cumplimiento. “La LOPS es una ley que representaba un avance no sólo por abrir vías reguladoras y potenciadoras de la formación especializada y continuada, sino también porque situaba a las especialidades como profesiones”, comenta el profesor Bajo Arenas. “A día de hoy, la ley todavía no se aplica en su integridad debido, en parte, a la impasibilidad de la Administración a la hora de completar su desarro-



llo”. Así, por ejemplo, “la troncalidad forma parte de su articulado y tenía todo el sentido en un modelo educativo como es el español, muy atomizado en especialidades que, en ocasiones, confluyen”, apunta.

Por otro lado, el artículo 23 habla de la “re-especialización” y los artículos 24, 25 y 29 de las ACE, dos temas cuya responsabilidad debería definirse. La certificación de las competencias profesionales que establece la norma obliga a un desarrollo jurídico que permanece estancado desde 2003. “Los conocimientos científicos del médico deben renovarse cada cinco años y es cierto que la mayoría de los facultativos lo venimos haciendo tradicionalmente, de forma espontánea e individual; pero hay que regularizar y dar cobertura jurídica a esta situación”, afirma el presidente de FACME.



“Sólo la normativización del proceso puede lograr que se acabe con la confusión de ideas que se viene produciendo entre desarrollo profesional continuo -algo que depende individualmente del médico-, carrera profesional -un proceso que depende del contratador- y certificación de la competencia profesional, que es lo que urge regular”. En opinión de FACME, “deben ser las propias sociedades científicas las que realicen las evaluaciones de las competencias y determinen la continuidad de la habilitación, y no los centros sanitarios, tal y como sugiere la ley. La certificación compete a las sociedades científicas”.

Ante los constantes descubrimientos científico-sanitarios y la continua evolución tecnológica, y en repuesta a la creciente demanda social, “no cabe sino reconocer, registrar e incentivar la formación conti-

nuada de los profesionales, haciendo de esta tarea un deber y un derecho al mismo tiempo”, explica el presidente de FACME. Tal y como concluye, “es fundamental impulsar la formación continuada, pues es lo único que puede asegurar la permanente actualización de los conocimientos y de las capacidades. Sólo así una sociedad podrá sentirse segura de la competencia de los profesionales que la atiendan”.

#### **Desarrollo de la LOPS y estatuto para médicos, demandas del CGCOM**

Según el vicesecretario del Consejo Gene-

ral de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), Jerónimo Fernández Torrente, la LOPS y el Estatuto Marco “constituyen pilares jurídicos fundamentales para el

### **Los expertos coinciden en destacar que la LOPS es una normativa muy ambiciosa a la que le ha faltado un desarrollo en profundidad para alcanzar sus objetivos**

SNS, ya que por vez primera se ordenan con rango de ley los deberes y derechos de los profesionales sanitarios, sus perfiles y competencias, su sistema retributivo, los mecanismos de selección, condicio-

nes laborales, relaciones contractuales, sistemas de promoción profesional, formación y desarrollo profesional, ACE, méritos o requerimientos para ocupar plazas o puestos de trabajo, registros profesionales, etc.”.



## REPORTAJE DE PORTADA

# La LOPS y el Estatuto Marco, diez años después sin un desarrollo claro

La LOPS “transforma la regulación y autorización legal de los distintos ámbitos profesionales y de los centros, servicios y establecimientos de carácter sanitario en el Estado español, tanto públicos como privados”. Esta normativa fue presentada como respuesta a una “situación de vacío normativo” que se entendía como resultado de la Ley General de Sanidad, en tanto que “ésta tomaba como referencia principal el libre ejercicio de las profesiones sanitarias, pero no así su regulación”. Al mismo tiempo, “nuestro país se adecuaba debidamente a la normativa de la Comunidad Europea en lo concerniente a las directivas sobre reconocimiento recíproco entre los Estados miembros de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias”.

Es conveniente señalar “la importancia que la LOPS atribuye a los colegios profesionales y a los consejos generales al disponer que, para garantizar y facilitar el ejercicio de los derechos mencionados anteriormente, estos organismos serán los que establezcan en sus respectivos ámbitos territoriales los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las administraciones sanitarias”, apunta el experto.

“Es evidente que, diez años después, se precisa su desarrollo y actualización en aspectos tan fundamentales como las nuevas competencias de los perfiles profesionales”, afirma el doctor Fernández Torrente. En cuanto a los registros de profesionales de las organizaciones colegiales y de la Administración, “deben ser fiables y complementarios, por lo que se precisa su integración siempre y cuando se respete la autonomía de ambos”, añade. “Solo hemos visto un abordaje tímido en lo que a las ACE se refiere en el reciente Real Decreto

Ley 16/2012, de 20 de abril, que ha sido recurrido por el CGCOM por muchos de sus articulados”.

Por su parte, el Estatuto Marco “sigue contando con el rechazo unánime de todas las organizaciones profesionales de médicos porque representa para todas ellas un importante paso atrás: un grave recorte en

los derechos de los médicos y demás personal de la Sanidad pública y una atomización de las relaciones laborales”. Esta normativa “no respeta las situaciones preexistentes ni las particulares especificidades de los sectores profesionales a los que va dirigido, por

lo que va en contra de toda lógica participativa y de lo que se preveía en el artículo 84.2 de la Ley General de Sanidad”.

El experto cree que “no existe una lógica correspondencia entre el tratamiento dado a los profesionales médicos y sus corporaciones colegiales en la LOPS y el del Estatuto Marco”. De hecho, los médicos “no hemos participado en las negociaciones de esta última normativa”. Avalados por una inmensa mayoría de los médicos españoles –cerca del 92 por ciento-, desde el CGCOM “seguimos exigiendo que se defina un estatuto para este colectivo que, sectorialmente y de forma peculiar, sea propio y específico del personal sanitario facultativo médico, independientemente de los otros profesionales estatutarios, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario”.

### **CESM pide un replanteamiento del Estatuto Marco**

Según Francisco Miralles, secretario general de CESM, la LOPS “es una normativa muy ambiciosa a la que le ha faltado un desarrollo en profundidad para alcanzar sus objetivos”. Es una de las muchas reivindicaciones que el sindicato médico ha trasladado al Ministerio de Sanidad. Sin

duda alguna, “esto hubiera evitado muchos problemas”. El mundo sanitario “pasa por profesiones muy específicas, con una alta cualificación y un conjunto de responsabilidades, habilidades y desarrollo profesional que la LOPS tenía que haber recogido en toda su extensión”, afirma. Con respecto al futuro, “creemos que el tan ansiado Pacto por la Sanidad puede ser un buen punto de partida para alcanzar el

Con respecto al Estatuto Marco, CESM considera que no ha satisfecho a la profesión médica. “Es una normativa fracasada que apenas recoge las pretensiones de este colectivo”. Por todo esto, “quizás haya llegado el momento de replantearse la evolución de esta ley, mediante una profunda reforma de la misma o la elaboración de una nueva”, apunta el sindicalista. En respuesta a las críticas de UGT por el reconocimiento del Foro de la Profesión Médica por parte de la actual ministra de Sanidad, Francisco Miralles ha reivindicado la constitución de este órgano como un hito importante de nuestra Sanidad y ha reconocido encontrarse en conversaciones con el actual equipo ministerial. “Creemos que, entre tanto recorte, es el momento de empezar a abordar esta crisis en base a las oportunidades que se puedan plantear” ■

### **Documentación y fuentes**

1. Entrevista con José Martínez Olmos (PSOE)
2. Entrevista con Mario Mingo (PP)
3. Entrevista con Antonio Cabrera (CCOO)
4. Entrevista con Pilar Navarro (UGT)
5. Entrevista con José Manuel Bajo Arenas (FACME)
6. Entrevista con Jerónimo Fernández Torrente (CGCOM)
7. Entrevista con Francisco Miralles (CESM)
8. Europa Press
9. EL MÉDICO INTERACTIVO
10. Revista EL MÉDICO







Somos la  
**correa**  
de  
**transmisión**  
de las políticas sanitarias

**Arantxa Catalán**

Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia  
de Atención Primaria (SEFAP)

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cosialls



## ENTREVISTA Arantxa Catalán

### “Somos la correa de transmisión de las políticas sanitarias”

**El farmacéutico de Atención Primaria comenzó a implantarse en los equipos hace unos 25 años. ¿Qué balance hace de este cuarto de siglo?**

Hemos tenido un papel doble de asesoría al profesional sanitario y a los directivos del sector. Por una parte, somos parte de los equipos multidisciplinares de salud y, por lo tanto, nuestros interlocutores naturales son los médicos de AP, pediatras y, por supuesto, enfermería. Y es a ellos a los que prestamos todas las labores de soporte en el ámbito de uso de medicamentos. Y luego, obviamente, nuestro otro gran cliente son los directivos del sector, a los que damos soporte en el seguimiento del uso de fármacos y en las políticas. Yo siempre digo que somos como una correa de transmisión de las políticas sanitarias en general y farmacéuticas en particular.

**¿Ha cambiado la figura del farmacéutico de Atención Primaria en los últimos años?**

Cada vez más pensamos en cómo llegar al paciente. Y en cómo influir para que se revise la medicación de los pacientes crónicos, porque casi todos están polimedcados. Y cómo mejorar la seguridad.

**Este contacto se ha estrechado tanto que, en algunas regiones, incluso visitan ustedes a los pacientes...**

Sí, en Galicia se hace mucho. Y también de manera indirecta. Por ejemplo en el último congreso de SEFAP, se presentaron proyectos muy interesantes en cuanto a escuelas de pacientes, como la iniciativa Paciente Experto que se ha puesto en marcha aquí en Cataluña.

**¿En qué consiste?**

Se forman pacientes para que den clase a otros que tienen la misma patología y se cuentan entre ellos sus experiencias. Es una iniciativa preciosa y todos los materiales sobre fármacos los elabora un farmacéutico de primaria. A esto me refiero en cuanto al cambio de interlocutor para lle-



gar, siendo tan pocos como somos, al máximo número de profesionales y pacientes posible. Otro aspecto en el que hemos trabajado muchísimo, en el ámbito de la Atención Primaria, es en herramientas de soporte a la toma de decisiones basadas en nuevas tecnologías. En este campo no nos ha superado nadie en España en general y en Cataluña en particular. Somos bastante innovadores y desarrollamos guías de práctica clínica informatizadas. Son guías inteligentes, es decir, que procesan la información electrónica del paciente y que se han alimentado previamente para que conduzcan al profesional desde la sospe-

cha de un problema de salud hasta el correcto diagnóstico, correcto tratamiento e, incluso, criterios de derivación.

**¿Todas estas herramientas están dirigidas por farmacéuticos de Atención Primaria?**

Sí, en la necesidad de llegar al máximo número de profesionales. Y contando con el hecho que somos un farmacéutico de AP para ocho o diez centros de salud, por eso ha ido evolucionando la manera informar y de hacer sesiones. Debe recordarse que las guías electrónicas son un ejemplo, pero se

puede hablar también de los módulos de seguridad incorporados en las historias digitales del Sistema Nacional de Salud, que están bastante extendidas en comunidades como Comunidad Valenciana, Cataluña, Madrid, Castilla-La Mancha o País Vasco.

### ¿En qué consisten?

Son alertas que se activan automáticamente cuando un profesional prescribe un fármaco y otro y se produce una interacción. O cuando una mujer está embarazada y recibe un medicamento que es teratogénico. O cuando a una persona mayor con insuficiencia renal se le proporciona un medicamento a una dosis más alta de la que corresponde. Hemos codificado toda esta información de manera electrónica y la hemos ido integrando en tablas dentro de los sistemas, donde los médicos pasan visita, en sus historias clínicas.

### ¿Ha sido útil este proceso?

Muchísimo. Tanto que ahora el Ministerio de Sanidad, a través de la subdirección de Calidad, junto con la Agencia Española de Medicamentos y la Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria ha puesto en marcha un proyecto para trabajar en colaboración para dotar al sistema de una forma sistemática y rutinaria de todos estos elementos electrónicos. El objetivo es garantizar, por igual, a todos los ciudadanos que son atendidos en el ámbito del SNS la seguridad. Por tanto, en resumen, los farmacéuticos de AP venimos de hacer entrevistas individuales a los médicos, revisar su prescripción y ver cómo se puede mejorar a diseñar grandes sistemas operativos de soporte a la decisión. Y a colaborar con el propio Ministerio de Sanidad para, de una forma común al sistema -y además en colaboración estrecha- los pacientes tengan esta cobertura de prescripción farmacológica segura en el ámbito comunitario, que es muy muy necesaria.

### Cataluña ha sido pionera en este campo...

Sí, hace años, en el Instituto Catalán de la Salud pusimos en marcha un módulo de prescripción segura. Y debe tenerse en

cuenta que cada diez altas de medicamentos se acompañaba de un aviso. Por tanto, no es algo que pase de vez en cuando, teniendo en cuenta que hay diez millones de altas solo en un mes en Cataluña.

### ¿Y cuál es el presente y el futuro del farmacéutico de AP?

Muchos de nosotros procedemos del ámbito hospitalario, de la especialidad de farmacia hospitalaria y de procesos formativos diversos. Como sociedad científica, lo que reclamamos es una especialidad propia. Y ahora estamos en un momento clave en ese sentido: que quien ejerza en AP tenga el proceso formativo similar al que trabaja en un hospital o al que tiene un cardiólogo. Ahora está en marcha, como es bien sabido, el Decreto de Troncalidad, que está en fase de consulta pública con todas las Comunidades Autónomas, los colegios profesionales y todos los interlocutores. Y nosotros, como sociedad, estamos satisfechos de que el decreto recoja una forma de articular el acceso a esta formación.

### ¿En qué consiste?

El Ministerio de Sanidad ha decidido que sea a través de la especialidad ya existente de farmacia hospitalaria. Y nosotros, como sociedad científica, estamos de acuerdo. Pero nos parece oportuno que se modifique el programa y que se resuelva, de alguna forma, nuestra presencia en la Comisión Nacional de dicha especialidad, cambiada de nombre. En fin, que se incorporen las competencias específicas de AP.

### ¿Qué ha hecho la SEFAP en este sentido?

Para que todo esto sea posible, hemos venido trabajando estos años poniendo todo de nuestra parte. Hemos elaborado las competencias del farmacéutico de AP, la cartera de servicios, hemos puesto encima de la mesa todo lo necesario para incorporar el conocimiento y qué debe hacerse para que el profesional sea contratado. En la actualidad, estamos en la fase de ver cómo reacciona el conjunto del sector sanitario ante este decreto, que incluye grandes novedades. Y una que nos afecta muy

directamente: la posibilidad de regular de una vez por todas que tengamos un proceso formativo estándar. Y que las personas, cuando empiezan a trabajar para un centro de salud, además de ser bastante más polivalentes y puedan moverse a un centro socio-sanitario o a un hospital, no necesiten cinco años de formación para que sean rentables al sistema. No nos lo podemos permitir.

### Por lo tanto, ¿cómo resumiría el momento actual?

El de una consolidación de nuestra figura en el conjunto de todos los servicios de salud. No hay ni uno que no tenga farmacéuticos de AP legalmente establecidos y trabajando en colaboración con los equipos. Y muchos farmacéuticos de AP están ocupando posiciones estratégicas muy importantes en todos los servicios de prestaciones farmacéuticas del sistema, lo que significa que sus capacidades

han sido reconocidas de alguna manera. Y tenemos un liderazgo importante en cuanto al acceso al mercado de medicamentos nuevos, protocolos farmacoterapéuticos, elementos de seguridad... y siempre contribuyendo a la sostenibilidad. Porque, al final, hacer las cosas bien siempre es más económico.

**Estamos satisfechos de que el decreto de troncalidad recoja una forma de articular el acceso a la formación para la especialidad de farmacéutico de Atención Primaria**

**No hay ni un solo servicio de salud que no tenga farmacéuticos de AP legalmente establecidos y trabajando en colaboración con los equipos**



## ENTREVISTA Arantxa Catalán

**¿Cómo es la triple relación que mantienen con profesionales sanitarios, pacientes y gestores?**

Estamos en medio de este triángulo y, muchas veces, decodificando mensajes, porque no siempre los mensajes van en la misma dirección y tienen la congruencia que a todos los profesionales nos gustaría. Por eso, nos hemos dedicado a explicar qué es un sistema de precios de referencia, qué son los medicamentos genéricos, qué significa la utilidad terapéutica o qué es el posicionamiento terapéutico.

**Las tendencias sanitarias en cada momento...**

Sí, con preguntas como ¿usted qué opina del copago? ¿Se sobreutilizan los fármacos? ¿Hay muchos polimedicados? ¿Qué fármacos hay que desfinanciar? En fin, hay muchas decisiones que tomar y nosotros creo que tenemos una opinión formada en casi todas. Y, de cara a este triángulo somos, entre otras muchas cosas, quien explica lo que están decidiendo otros al profesional –que es a quien le afecta– como por ejemplo por qué se autoriza un fármaco si no añade valor, por qué se comercializa, por qué se le aumenta un 10 por ciento el precio... Hemos estado siempre al lado del clínico explicándole estos porqués.

**¿Y de cara a los pacientes?**

Ahí todavía nos queda un recorrido largo por hacer. Estamos empezando y nuestro papel debería estar muy orientado a que entiendan bien sus tratamientos, que entiendan bien la necesidad de seguir las pautas que el profesional indica, seguir las condiciones de manejo del fármaco que las compañías han recogido en la ficha técnica de acuerdo con las autoridades. También la mejora de la adherencia a los tratamientos terapéuticos. Y que no se sobremediquen. Estos mensajes los tenemos que hacer llegar a la población, especialmente a la población envejecida y a la crónica, porque es la más frágil.

**En este sentido, acaban de publicar un libro...**

Sí, la SEFAP ha editado el Manual para el



manejo de la medicación en pacientes crónicos en el que explicamos al sector cómo se concilia la medicación cuando un paciente se mueve del médico de familia al especialista, del especialista a urgencias, de urgencias a su casa, de su casa al hospital... Estos intercambios o transiciones asistenciales comportan, en un porcentaje elevadísimo de ocasiones, errores de medicación.

**¿Pueden evitarse?**

Estamos sistematizando la manera de trabajar para evitar estos errores. Y este libro se dedica a ello de manera específica: revisamos todos los cuestionarios que hay para mejorar la adherencia, para hacer revisión sistemática de la medicación y evitar duplicidades, evitar contraindicaciones y errores... es fantástico, porque el libro está teniendo una demanda enorme. Respondiendo a la pregunta, para mejorar, por ejemplo, debe establecerse una metodología rigurosa de trabajo entre médicos y enfermeras y que la sigan. Así el paciente se lleva a casa lo que le toca y, allí, se lo toma.

**Se le va muy satisfecha con el libro...**

Sí, se ve nuestra contribución y muestra nuestro valor añadido: no estamos hablando de medicación o protocolos, estamos hablando de un proceso y cómo mejorar la revisión, la conciliación y la adherencia a la medicación en los pacientes crónicos. Y nos hemos centrado en ellos porque hay evidencia científica de que son los que más se benefician de estas intervenciones: puede dispararse al aire y siempre puede darse a un pájaro, pero siempre es mejor ser eficiente y dónde se obtiene más beneficio para el paciente y en qué tipo de intervenciones. Y este libro va exactamente de eso, porque hemos hecho una revisión sistemática de cuál es la evidencia de cada una de las formas de trabajar. De hecho, aquí en Cataluña, ahora mismo estamos diseñando un curso online a través de la resolución de casos clínicos, para que los médicos apliquen esta metodología de SEFAP con los algoritmos de nuestro libro. De alguna forma, estas alianzas entre sociedades científicas y administraciones sanitarias también están siendo muy interesantes ■

**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**





Si no se toman  
**medidas**  
todo irá empeorando.

Hay que dejar fuera la discusión política  
y promover un

por la **Pacto**  
**Sanidad**  
que incluya al sector privado

Juan Abarca Cidón

Secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración  
de la Sanidad (IDIS) y director general de HM Hospitales

Texto | Mónica de Haro

Fotos | Luis Domingo



## ENTREVISTA

Juan Abarca Cidón

**“Si no se toman medidas todo irá empeorando. Hay que dejar fuera la discusión política y promover un Pacto por la Sanidad que incluya al sector privado”**

“Si no se toman medidas todo va a ir empeorando”, por lo que IDIS considera imprescindible un acuerdo básico entre los principales actores del entramado de la salud para resolver los problemas en materia sanitaria. Un pacto por la Sanidad en el que, además de las fuerzas políticas, también intervengan las diferentes instituciones y empresas públicas y privadas. El secretario general de la Fundación IDIS, la organización en la que confluyen las grandes aseguradoras sanitarias y los principales centros asistenciales de España, comparte con EL MÉDICO su visión sobre la actual situación de la Sanidad pública y su relación con la privada.

**Hasta ahora la Sanidad pública era referente mundial, ¿sigue siéndolo?**

El sistema sanitario público español es un modelo de referencia tanto por el nivel de atención como por el alcance de sus prestaciones, tiene una buena cobertura y un precio más barato que en muchos otros países. Los indicadores de satisfacción son una prueba de ello. Los ciudadanos otorgan a la asistencia sanitaria la mayor valoración, por delante de otras áreas como la educación y la vivienda. Pero es también un sistema que genera deuda constante y está sujeto a importantes tensiones financieras que obligan a plantear su sostenibilidad.

**¿Cuál cree que es el problema principal?**

Ya no hay dinero para cubrirlo todo, debido a muchos factores. Por un lado, el aumento de la esperanza de vida y la cronicación. La demanda de la población es mucho mayor que la de hace treinta años cuando se puso en marcha la Ley de Sanidad. En el año 86, la cobertura era universal y había equidad en el acceso a las prestaciones, hoy eso es ya imposible. Por otro, el siste-

ma de gestión del sistema sanitario público tiene grandes deficiencias e ineficacia.

**La crisis ha enfrentado al sector privado y a la Sanidad pública, ¿sigue defendiendo la complementariedad entre ambos modelos?**

El sector sanitario privado constituye un importante aliado estratégico del sistema público de salud, siendo la colaboración entre ambos sectores un pilar fundamental para garantizar la sostenibilidad del siste-

ma sanitario español. En un contexto de colaboración, la Sanidad privada es suplementaria; vive del seguro sanitario, que es un copago voluntario. Éste es el factor diferenciador. La gente que puede permitírselo paga unos 50 euros al mes, y así deja espacio en el sistema público al que no puedo permitírselo. De esta manera, no hay que cambiar el modelo, sólo promover el sistema sanitario privado. Todo lo que se haga en beneficio de descargar la Sanidad pública, por ejemplo en aplicación de tecnologías, o en intervención en ges-



tión de costes, para que se realicen como se hacen en la Medicina privada, iría, sin duda, en beneficio del sector público. En definitiva, deben co-existir perfectamente para garantizar la mejor oferta asistencial a los ciudadanos.

**¿La crisis ha hecho que se disminuya el gasto en salud? ¿Están los españoles 'ahorrando' en salud y cancelando su seguro de asistencia privado?**

Éste es un sector que no ha decaído en términos globales. Las primas de los seguros privados, a pesar de la crisis, han continuado creciendo. Se ha producido el fenómeno 'diente de sierra', ha bajado algo la demanda a nivel individual pero es más alta a nivel colectivo, ya que el seguro sanitario suele ofrecerse como beneficios sociales en las empresas y es el mejor aceptado en todo el mundo.

**¿El declive asistencial de la Sanidad pública ha beneficiado al sector privado que cada vez tiene un pedazo más grande de la tarta?**

No queremos que la Sanidad privada sustituya a la pública. Según el Informe IDIS: Primer Barómetro de la Sanidad Privada, el 91 por ciento de las personas con seguro privado lo recomienda, y un 26 por ciento de los que no lo tienen piensan en hacerse-lo. Los asegurados han destacado las prestaciones sanitarias y la atención asistencial como las grandes fortalezas de la Sanidad privada. En concreto, el 80 por ciento de los asegurados valora los servicios ofrecidos por la Sanidad privada con una calificación media por encima del notable y uno de cada dos asegurados que ha sido ingresado en un centro hospitalario privado otorga una nota media de 8,6 a la atención asistencial recibida durante el ingreso. Esta es una valoración muy destacable, ya que son servicios por los que los pacientes están reali-

zando un desembolso y de los que se exigen unos altos estándares de calidad.

**¿Qué papel juega la Sanidad Privada en el convulso escenario en el que nos movemos?**

La Sanidad privada está aguantando la crisis, generando riqueza y empleo. Es un motor fundamental en el sistema sanitario, puede ahorrar recursos al sistema público y representa un socio ineludible para lograr la sostenibilidad del sistema. Las ventajas del sector privado (calidad, accesibilidad...) enganchan a los usuarios, pero además hay que resaltar que el

sector sanitario privado contribuye a la descarga y al ahorro del Sistema Nacional de Salud. Pensamos que procurar una mayor integración de la Sanidad privada en la planificación asistencial de la población evitaría duplicidades en el consumo de recursos, que generan ineficiencia y gastos innecesarios, y ayudaría a descargar económicamente al Sistema Nacional de Salud. Además, el sector privado aporta calidad; se es más exigente con el profesional sanitario, pero también es más rentable económicamente, hay más estabilidad laboral, se apuesta por la formación y por el desarrollo profesional.

**El sector privado supone en la actualidad más del 30 por ciento del conjunto de la Sanidad de nuestro país, ¿puede seguir creciendo?**

Es un sector en constante crecimiento, incluso ahora sigue creciendo a un ritmo del 1 al 3 por ciento en asegurados cada año. Las pólizas continúan creciendo en calidad y prestaciones; a lo que se añade que mé-

dicos y hospitales luchan por mantener los precios.

**Según ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones), más de 10'5 millones de españoles tienen pólizas privadas, y el 22 por ciento de los médicos colegiados trabajan para aseguradoras, ¿qué le sugieren estos datos? ¿Refrendan la buena salud de la Privada?**

La Sanidad privada es, sin duda, un sector con una enorme importancia en la generación de valor y empleo, así como en lo que algunos denominan ya el nuevo modelo económico basado en la sostenibilidad, el conocimiento y la innovación.

**Antes hablaba de la mala gestión de la pública...**

El Sistema Nacional de Salud debe resolver los problemas que tiene y éste es uno de los principales. Decir que se quiere privatizar la Sanidad pública es injusto y es mentira. Se trata de externalizar ciertos servicios para que sea un modelo más eficiente. La Sanidad privada se está viendo ensuciada por una pelea ideológica en torno a la externalización de la gestión de centros públicos en algunas comunidades. Parece que nuestro único interés es sacarle dinero a la Sanidad pública y no es cierto.

**¿En qué medida puede IDIS contribuir a mejorar el escenario?**

IDIS es una entidad sin ánimo de lucro que nace con el objetivo de poner en valor la aportación de la Sanidad privada al Sistema Nacional de Salud y promover la mejora de la salud de todos los españoles. Queremos dotar al sector privado de una representación institucional acorde a la realidad en un contexto de colaboración y complementariedad con la Sanidad pública. El IDIS fomentará y desarrollará iniciativas encaminadas a potenciar un óptimo nivel asisten-

## **El sector privado constituye un importante aliado estratégico del sistema público de salud, siendo la colaboración entre ambos un pilar fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario español**

## **El 80 por ciento de los asegurados valora los servicios ofrecidos por la Sanidad privada con una calificación media por encima del notable**



## ENTREVISTA Juan Abarca Cidón

cial y sanitario con el fin de que el paciente disponga de los medios necesarios para dar respuesta a sus necesidades.

### Como interlocutor o mediador ante la Administración, ¿qué propone IDIS?

Hasta ahora, las administraciones sanitarias han vivido de espaldas al sector privado y entendemos que esta situación tiene que cambiar. Así, al tiempo que ofrecemos nuestra colaboración a las autoridades, desde el Instituto reclamamos de ellas conocimiento, preocupación e implicación con el conjunto del sector, incluyendo el privado. Queremos que se reconozca el peso que tiene la Medicina privada y que dejen de situarla en un plano secundario. El impacto económico y asistencial de este sector es enorme, proporciona empleo fijo a más de 350.000 profesionales y genera un ahorro para el sistema de salud que los expertos estiman en 1.300 euros por usuario y año.

### ¿Cuáles son los retos inmediatos del Instituto?

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) se creó hace dos años, pero su intención no es que crezca el sector privado sino dar a conocer y defender su papel en la Sanidad española. Nuestra misión es informar sobre esta gran desconocida y ofrecer una “visión real, sin sesgos” de la aportación del sistema sanitario privado.

### ¿Cómo va la campaña de IDIS para conseguir la desgravación fiscal?

Creemos que es una medida justa y racional que favorece la viabilidad del sistema público y en ningún caso quitarle relevancia o peso a la Sanidad pública. Un incentivo fiscal de un 15 por ciento para las rentas inferiores a 30.000 euros llevaría a un millón de personas a contratar un seguro. Esta población

**El impacto económico y asistencial de este sector es enorme, proporciona empleo fijo a más de 350.000 profesionales y genera un ahorro que los expertos estiman en 1.300 euros por usuario y año**

saldría de manera voluntaria del sistema - total o parcialmente-, lo que generaría un ahorro de hasta 1.500 millones de euros a la pública.

### ¿Cuentan con el respaldo de otras entidades, autoridades políticas y demás actores?

Las organizaciones que componen el Patronato del IDIS posicionan a esta entidad como el referente “multistakeholder” de la Sanidad privada que pretende ser en nuestro país. En la actualidad el IDIS está formado por 80 organizaciones en los diferentes segmentos de la Fundación, con un total de 21 patronos:

ACES, ADESLAS SegurCaixa, ASISA, AXA, Capio Sanidad, CASER, DKV, ERESA, Grupo Hospitalario Quirón, Grupo Innova Ocular, Grupo Recoletas, Hospital de Madrid, Hospital Infanta Luisa, Hospitales Nisa, Hospiten, IMQ, MAPFRE, Red Asistencial Juaneda, Sanitas, Unilabs y Vithas. El IDIS es un foro abierto, donde el denominador común está basado en la proyección y puesta en valor de la Sanidad privada dentro del sistema sanitario español, por lo tanto, cualquier institución, empresa, organización o persona que tenga esa misma inquietud siempre será bienvenida y tendrá las puertas abiertas para integrarse. El IDIS tiene un ámbito integrador donde tienen cabida todos aquellos que deseen aportar su experiencia y realidad en un proyecto que redunde en beneficio del paciente, del profesional sanitario y de la propia Sanidad. Medicina solo hay una y Sanidad también ■



# 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](http://www.fcarreras.org)

 **FUNDACIÓN  
JOSEP CARRERAS**  
Contra la leucemia





En esta situación de  
**crisis económica**  
es cuando la

**calidad**  
más puede aportar

Alfredo Milazzo

Presidente de la Fundación Ad Qualitatem

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Fundación Ad Qualitatem



## ENTREVISTA Alfredo Milazzo

### En esta situación de crisis económica es cuando la calidad más puede aportar

La Fundación Ad Qualitatem es una fundación sin ánimo de lucro, que busca evaluar y certificar la excelencia en la calidad de los centros sanitarios públicos y privados de nuestro país. Con un recorrido de ocho años ya ha conseguido consolidarse en el sector, y es por ello que según su presidente, Alfredo Milazzo, ahora hay que mirar más allá, y es que según explica el verdadero problema de la gestión es que no es flexible, haciendo falta grandes cambios como modificar el estatuto de los profesionales sanitarios o evitar duplicidades, para conseguir la verdadera calidad y excelencia del SNS.

#### ¿Qué puede aportar la calidad a la sostenibilidad?

Precisamente en esta situación de crisis económica es cuando la calidad más puede aportar. Durante todos estos años sabemos que el sistema sanitario ha venido siendo deficitario, y con la crisis se ha agravado la situación hasta llegar a límites extremos. Hace falta reconducir las cosas, y solamente veo dos maneras, una es el copago, la otra es gestionar mejor, que es por la que yo optaré. Dentro de gestionar mejor, el aplicar, aunque sea voluntariamente, normas de excelencia en la gestión, sin duda aporta algo a la sostenibilidad del SNS.

#### En una época en la que los expertos del sector critican la falta de evaluación y transparencia, ¿qué supone para un centro sanitario obtener el sello de calidad de Ad Qualitatem?

Una de las cosas que pasa es que a veces se desconoce la causa de estas pérdidas económicas en los centros. El establecimiento de unas normas que sean mucho más claras, que den más visibilidad a los

mecanismos de la gestión, favorece la transparencia.

#### Este año han sido diversos los hospitales y servicios que se han certificado con el sello Ad Qualitatem, entre ellos, algunos de los seis hospitales que podrían privatizarse en Madrid. ¿Quiere decir que su gestión actual ya es excelente tal y como está?

A esos determinados servicios o unidades a los que se les ha otorgado el sello están gestionando con unas normas que son las de mayor calidad posible, evidentemente. El problema está en que estamos dentro de un sistema en el que hay que plantearse como es la gestión real por parte de la Administración. Nosotros proponemos la implantación de unas normas voluntarias, que suponen un plus, pero si ese mínimo no se hace bien será necesario reconducir las cosas de diferente forma.

#### ¿Y cómo debería ser entonces esa gestión? ¿Está el problema en la dicotomía pública o privada?

Yo soy más partidario de la gestión pública, pero al ciudadano mientras le atiendan bien y mediante sus impuestos, le es indistinto. El problema no es “pública o privada”, sino que no existe flexibilidad en la gestión. Es muy difícil aplicar herramientas de gestión en un centro con unas estructuras muy rígidas, donde el personal es fijo y con puestos vitalicios, y donde la partida de los salarios ocupa casi todo el presupuesto. Todo ello deja muy pocas posibilidades para introducir conceptos de productividad. Para gestionar bien públicamente, lo que hace falta es poder gestionar, y para eso hace falta modificar el estatuto del personal sanitario, aplicar de verdad una gestión clínica que pueda producir ahorros. Al mé-

dico hay que darle una serie de parámetros, los jefes de las unidades o servicios deben ser nombrados por méritos, y no por cuestiones políticas, además de deber ser cargos temporales y renovables. Estos gestores deben tener autonomía para gestionar. En cuanto a los salarios, debe existir una base fija, pero también una productividad variable en torno a unos objetivos bien definidos. Está claro que en el sistema hay un exceso de gastos, hay repetición múltiple de consultas, de pruebas diagnósticas, hay una frecuentación de urgencias excesiva e innecesaria, hay un gasto farmacéutico excesivo, hay una hospitalización excesiva, el sistema de retribución tiene corrupciones, es decir, que para justificar un

mal salario se hacen guardias que son excesivas y muchas veces también innecesarias, al igual que en el caso de las peonadas. Todo esto hay que corregirlo.

### Hace falta reconducir las cosas, y solamente veo dos maneras, una es el copago, la otra es gestionar mejor, que es por la que yo optaré

#### Y teniendo en cuenta toda esta complicada situación, ¿cómo es posible otorgar a un centro un sello de excelencia en la gestión? ¿Qué parámetros se evalúan?

Porque dentro de toda esta situación general, se gestiona lo mejor posible. No entramos a evaluar las retribuciones económicas, ni si los nombramientos de las jefaturas son cuestiones políticas, o son cuestión de méritos, todo eso son parámetros que están por encima. Las normas de la Fundación Ad Qualitatem lo que buscan es la calidad en la propia gestión, sin discriminar

si el centro sanitario es público o privado. Se puede otorgar si cumple los requisitos a una clínica externa, a una clínica veterinaria,

o a una clínica odontológica. Es posible buscar la excelencia en la gestión pero dentro de los parámetros a los que sabemos que está sometido.

#### ¿Qué otros centros han sido algunos de

**los que han sido certificados por su excelencia el pasado año?**

Dentro de la Comunidad de Madrid se puede destacar algunos como la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital Clínico San Carlos, el Hospital de Parla, el Hospital de Valdemoro, el Infanta Leonor, etc. Fuera de Madrid ya tienen nuestro sello otros centros como el Hospital Clínico de Salamanca, la Clínica Vicente San Sebastián, etc. Lo que hemos conseguido este año es el asentamiento de la Fundación, su auténtica implantación, porque estos ocho años lo que hemos hecho es luchar por la introducción de la marca y de la gestión dentro del mundo sanitario. En este 2012 hemos dado ese salto cualitativo y cuantitativo.

**De hecho han casi triplicado su actividad en este último año, ¿a qué cree que se debe?**

La cuestión es que como he dicho antes nos estábamos consolidando, al hacerlo, ahora podemos impulsar mucho más la actividad. Nos hemos consolidado internamente, para ahora dar el salto más externamente. Supone por tanto un salto en dos sentidos, el primero el de lograr un equilibrio cero, es el primer año que logramos que no haya déficit. El otro es que estas certificaciones se expandan, y hemos avanzado también en ampliar el mercado hacia clínicas veterinarias, en el entorno privado de la Sanidad, o incluso en asociaciones de pacientes.

**Habla del déficit, que precisamente es uno de los grandes problemas de la gestión, ¿cómo se consigue ese déficit cero para dar ejemplo de la calidad de su gestión interna?**

Todo lo que se ha gastado en la implantación de la Fundación, en lograr que llegue a conocerse en el mundo sanitario, ya ha dejado de ser necesario, por lo que revierte finalmente en generar un cierto beneficio. La Fundación no pretende que sea ningún negocio, sino poder simplemente mantenerse por sí misma.

**2012 también ha sido el año en que diversos centros se han certificado a través**





**de normativas de nueva creación, ¿en qué consisten estas nuevas normativas?**

Fundamentalmente ha sido la norma que se ha creado en colaboración con la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, además de otra norma, que se registró a finales de 2012, que es la norma para clínicas de fisioterapia. También las de centros de mayores.

**¿Qué ha supuesto esta norma en las clínicas de fisioterapia?**

Hasta ahora no teníamos norma, y la labor que tenemos actualmente es certificarla y colocarla.

Se ha elaborado esta norma en colaboración con los fisioterapeutas, y va a suponer una excelencia en la gestión y sobre todo una mayor eficiencia.

**¿Para qué otros ámbitos de la Sanidad se están trabajando nuevas normas de excelencia?**

Se está trabajando en conjunto con los podólogos para la creación de una norma para estos centros. Se está también preparando una norma para que dé cumplimiento a lo que va a ser una directiva europea sobre la Bioseguridad del Paciente. Se está iniciando todo el proceso, en el que habrá un comité de expertos que trabaje en el desarrollo de la misma.

**En su agenda para este año también continúa el ciclo de conferencias sobre la calidad del sistema con diversos consejeros de Sanidad, ¿podría adelantarnos algo?**

Ya realizamos anteriormente un ciclo sobre sostenibilidad del SNS en A Coruña, porque aunque no es nuestra norma, como ciudadanos también nos sentimos solidarios con esto, y por tanto, quisimos dar nuestra opinión. Para él contamos con la colaboración de la Real Academia de Medicina de Galicia, y con el apoyo de las autoridades sanita-

rias de la región. En esta ocasión, estamos inmersos en un ciclo sobre calidad, que comenzó en noviembre del año pasado, para implicarnos en esa línea más alta de entender que la norma es un plus, pero hace falta ir más allá, y eso depende de la propia Administración. En esa sostenibilidad y en esa calidad del sistema sanitario es en lo que estamos implicados a través de estos ciclos. En febrero estuvimos con el consejero de Castilla y León, está ya comprometido el consejero de País Vasco, también lo estaba Luis Rosado en Valencia antes de salir de su cargo, y esperamos que todos los consejeros pasen por este ciclo.

**¿Cuál es el reto más a largo plazo de la Fundación?**

Nuestro objetivo es ser una marca que sea conocida en todo el sector sanitario, que aquel centro o clínica que implante una norma pueda tener reconocida esa excelencia. Ese es el futuro al que aspiramos, ser líderes en el sector sanitario en este sentido, porque lo que ya somos es pioneros ■

# AULA de la FARMACIA

estrena  
nueva  
web

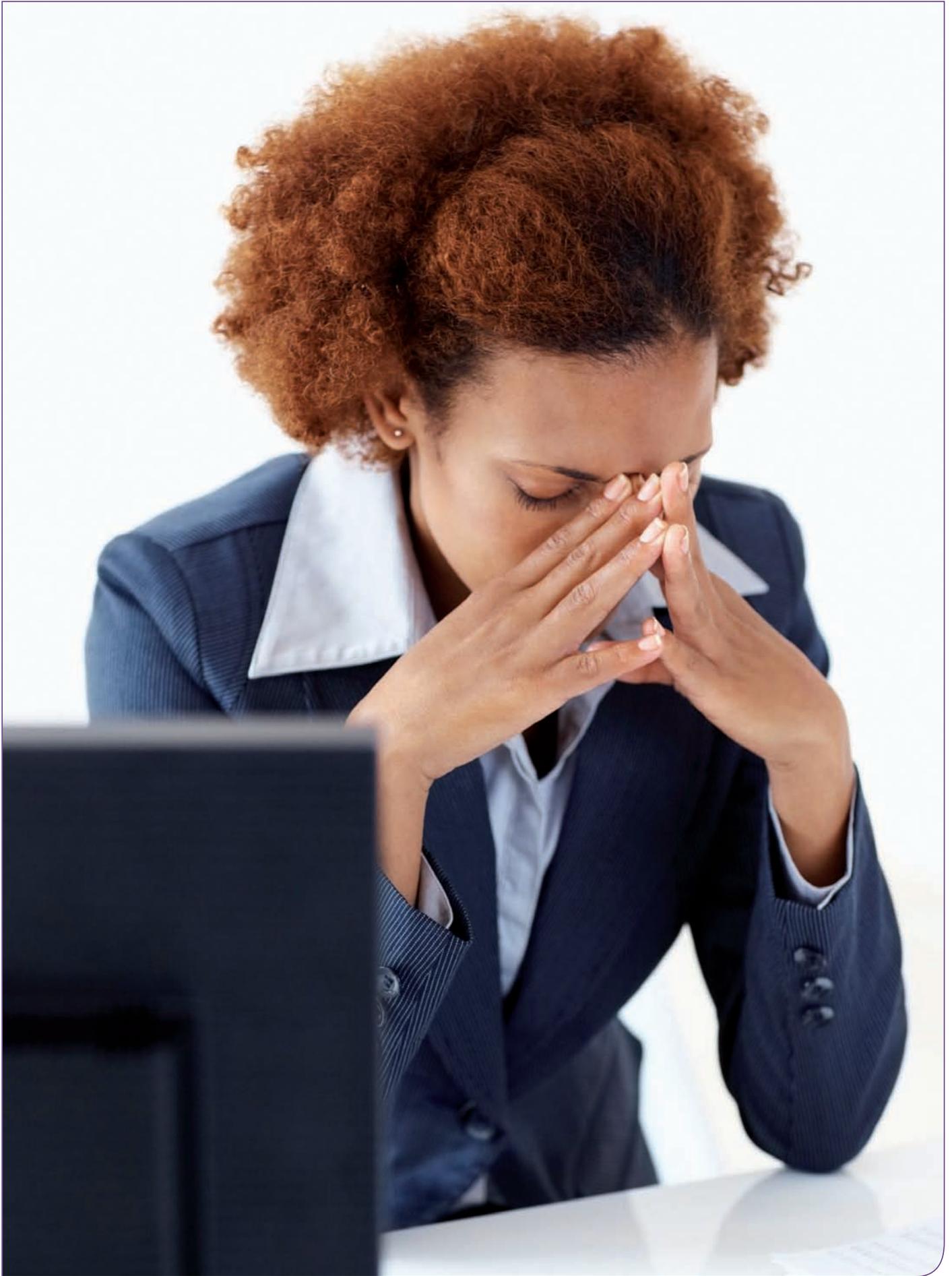
- Cursos de Formación Acreditada
- Noticias
- Actualizaciones
- Revista a texto completo
- Buscador

The screenshot shows the homepage of the Aula Farmacia website. At the top, there is a navigation bar with the logo 'saned. AULA de la FARMACIA' and a search bar. Below the navigation bar, there are several featured articles and advertisements. One article is titled 'Programa de formación en habilidades' and another is 'Prevenición, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria'. There is also a section for 'OFERTA FORMATIVA' and a Facebook social media widget showing the page's profile and user avatars.

Te invitamos a visitarla en

[www.auladelafarmacia.org](http://www.auladelafarmacia.org)

**saned.**  
GRUPO



# El género en la salud

Hasta finales del siglo XX la ciencia médica no comenzó a tomar en consideración la existencia de las significativas diferencias en el modo de enfermar y en el tipo de dolencias más comunes que se dan entre mujeres y hombres. No sólo la investigación, sino también la docencia y la asistencia sanitaria han tratado tradicionalmente a las mujeres “como si fueran hombres”, sin diagnosticar sus problemas y enfermedades peculiares de modo específico. La salud de este colectivo se ha estudiado exclusivamente como salud reproductiva, un enfoque muy limitante que ha impedido abordarla desde una perspectiva integral.

Texto | Nekane Lauzirika



## RADIOGRAFÍA A... El género en la salud

Los expertos reconocen que existen factores de riesgo diferenciales entre mujeres y hombres que debieran ser prevenidos o abordados de forma específica, como por ejemplo las causas de su patología cardiovascular, diabetes mellitus o la obesidad. "Sin embargo, y aunque se reconozca esa especificidad, la formación actual de los profesionales de la salud continúa sin estar bien enfocada hacia las dolencias con más prevalencia en las mujeres, y aun hoy no se dispone de una ciencia protocolizada y sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de la persona", asegura la doctora Mercedes Abizanda, médico de familia y ginecóloga, coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Al no disponer de formación y docencia específicas y mantener en el inconsciente los estereotipos de género, es frecuente que los síntomas y patologías más comunes entre mujeres hayan sido invisibles, y que sus demandas, peticiones y problemas se hayan considerado/se consideren menos importantes y de rango inferior; "como por ejemplo sus repetidas solicitudes de ayuda cuando se encuentran cansadas o sienten dolor, situaciones que los médicos intentan controlar con psicofármacos o algún tipo de analgésicos, sin tratar de entender las causas específicas de los síntomas que presentan. Falta por desarrollar la ciencia de la morbilidad femenina diferencial, hacerla visible y comunicarla, para erradicar la cultura del sufrimiento que intenta

esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología", puntualiza la doctora Carme Valls, directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), de Barcelona.

"Las mujeres viven más que los varones, pero con peor calidad de vida. Puede atribuirse en gran medida a la sobrecarga de

trabajo y a la falta de tiempo libre, cambios de sus hábitos alimentarios, trabajos muy repetitivos y de escaso reconocimiento social, junto a situaciones de dependencia económica. Además, las féminas están empezando a acaparar los primeros puestos en enfermedades que antes estaban casi reservadas a varones, como las cardiovasculares", reconoce Mercedes Abizanda. Los datos así lo demuestran. A los cuarenta años, la proporción de personas afectadas por cardiopatía es de una mujer por cada catorce hombres. A partir de los cincuenta, esas diferencias van disminuyendo y, después de los setenta, hay más mujeres que varones con algún trastorno de este tipo debido a la mayor esperanza de vida de ellas. Una esperanza que alcanza los 77,8 años en varones y 84,3 en féminas.

El 44 por ciento de las mujeres que sufren un infarto mueren en el primer año, frente al 27 por ciento de los hombres. Sin embargo, menos del 20 por ciento de los médicos sabe que las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de morir por esta causa. En el Estado español la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres, por delante del cáncer de mama. Pese a la contundencia de los datos, las propias féminas y la sociedad en su conjunto siguen creyendo que es "una dolencia de hombres".

"La incorporación de las mujeres al mundo laboral y el aumento en la esperanza de vida no van acompañados de una buena salud en la población femenina. Además, las mujeres conti-

núan sin tener la percepción de la incidencia de las cardiopatías en su género. Mientras que sí han tomado conciencia de la necesidad de realizarse cada dos años, a partir de los 50, una mamografía y también de los beneficios de una citología a partir de cierta edad, no ocurre lo mismo con la prevención de las enfermedades cardiovasculares", aclara Mercedes Abizanda.

En su opinión, debemos sensibilizarnos mucho más sobre las diferencias de género a nivel de salud. Tanto los médicos de primaria como el resto de especialistas han de tener más presentes las características fisiológicas y las socioeconómicas de las mujeres, y no hacer extrapolaciones de resultados que han sido elaborados para la población general. "Durante muchos años, no se separaban los resultados de los estudios poblacionales por sexos. No se sabía qué prevalencia tenía una dolencia en hombres o en mujeres. Esto se sigue haciendo, aunque en los últimos tiempos algo vaya cambiando", argumenta Abizanda, consciente de la necesidad de sensibilizar a los profesionales en esta diferencia.



## Morbilidad femenina diferencial

La doctora Carme Valls, también experta en Salud de la Mujer, viene apostando por desarrollar la ciencia que estudia la morbilidad femenina diferencial. ¿A qué se refiere? “Al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino”.

La morbilidad diferencial puede ser debida a diferencias biológicas respecto al sexo masculino, como ocurre con los

trastornos relacionados con la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos. Del mismo modo, hay importantes diferencias psicosociales que condicionan la salud y la morbilidad diferencial de género.

En este grupo se incluyen también todas aquellas dolencias que, sin ser específicas de las mujeres, se presentan con mayor frecuencia en el sexo femeni-

no, siendo causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres más que entre los varones; aquí

cabe citar las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las patologías endocrinológicas, la ansiedad y la depresión.

Por otra parte, también existen facto-

res de riesgo específicos que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus o la obesidad. “Todavía existen colectivos médicos que piensan que la diferenciación en salud entre hombres-mujeres no es tan importante. Creen, equivocadamente, que es una reivindicación feminista, cuando tan sólo obedece a evidencias científicas y estadísticas. Al sufrir un episodio cardiovascular, ellas van más tarde a pedir ayuda, entre otras razones porque no saben que en la angina de pecho los síntomas que presentan las mujeres son bien distintos a los de ellos, claramente identificable, por el típico dolor en el brazo izquierdo. Además, las féminas en lugar de pensar que tienen una cardiopatía creen que sufren dolores osteomusculares”, subraya Mercedes Abizanda.

En la Atención Primaria hay que afrontar los nuevos retos en cuanto a la salud de la mujer se refiere. “Si buscamos una correcta adaptación del sistema de salud a esta nueva realidad, debemos saber el modo de abordar la atención específica a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de la mujer desde la asistencia actual de la AP”, añade la experta catalana.

## Rompiendo estereotipos

Por otra parte, la mayor parte de la evidencia en la que se basa la actuación médica actual se ha logrado a partir de los estudios con una mayor participación masculina.

**Las mujeres superan a los hombres en consumo de psicofármacos, siendo el 75 por ciento de los consumidores totales de somníferos o tranquilizantes**





## La salud de las mujeres inmigrantes

Aunque la presencia de mujeres magrebíes, subsaharianas y de Europa del Este aumenta en el Estado español, las latinoamericanas constituyen el grupo más numeroso. Las situaciones que viven pueden ser un factor de riesgo para su salud, aunque ante estas condiciones adversas afrontan la realidad de forma diferente y singular. El padecer malestar dependerá de las condiciones sociales (precariedad laboral, vivienda, etc), de los modelos ideales de feminidad existentes en cada cultura y de su interiorización, de los roles (madre, esposa, hija, trabajadora, etc), de la vivencia que tengan al desempeñarlos y de otras experiencias personales como mujeres.

“Con este colectivo, los profesionales sanitarios tenemos un larguísimo camino por recorrer. Estamos habituados a las enfermedades prevalentes en hombres-mujeres del Estado, pero nos empiezan a llegar enfermedades importadas a las que tenemos que enfrentarnos. Además, debemos ser cuidadosos con cada mujer según su nacionalidad, su cultura, su idiosincrasia”, reconoce Mercedes Abizanda, al tiempo que explica como en SEMERGEN realizan talleres sobre patologías de la mujer extranjera con grupos de inmigrantes específicos.

A veces acuden a los servicios de salud a causa de alguna dolencia que no pueden explicar bien y que les produce una molestia importante, como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, tensión premenstrual, dolores musculares, tensión alta, cansancio. En general trabajan durante jornadas interminables y mal pagadas. La incertidumbre de la permanencia en el empleo y las condiciones laborales, a menudo precarias, pueden provocarles estrés, ansiedad y/o angustia, y por tanto, que aumente el riesgo de sufrir malestar.

“Las mujeres sudamericanas acuden a los servicios sanitarios con total normalidad ya que tienen una autonomía propia altísima, comparable a las mujeres autóctonas. Sin embargo, las pakistaníes, las indias y de otros colectivos islamistas tienen que ir acompañadas de su marido y esto complica su asistencia; es más complejo y visitan al médico más tarde y en condiciones distintas. Es un hándicap notable”, asegura Abizanda. Como ejemplo, puede citarse que las mujeres inmigrantes apenas tienen acceso a la píldora poscoital como método de emergencia, método muy extendido en el Estado ante situaciones de riesgo de embarazo no deseado.

No siempre es sencillo conocer las razones por el que las mujeres inmigrantes no acceden al sistema sanitario o no están satisfechas con la atención que reciben, porque tienen mucho que ver con las características culturales de sus sociedades de origen, además de con su situación legal. Cada cultura tiene una concepción particular de la salud, de su autovaloración y cuidado que, en ocasiones, difiere bastante de lo que se mantiene en las sociedades de acogida. Y si es así en general, aún es más notable esta influencia en todo lo que atañe a la salud de las mujeres inmigrantes, un campo de acción aún muy poco trabajado.

Hasta hace muy pocos años, tanto los registros promovidos desde las instituciones científicas como los ensayos clínicos de intervención han incluido una mínima proporción de mujeres. En opinión de las es-

salud de la mujer, falta construir una ciencia ligada a las diferencias entre mujeres y hombres que sepa analizar los problemas y los riesgos con perspectiva de género. Para ello se necesita romper los estereotipos que



consideran poco importante todo lo que afecta a las mujeres y construir las bases para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. "La información que manejamos de enfermedad cardiovascular en la mujer proviene de registros donde las mujeres suponen menos del 30 por ciento de la población analizada", recalca Mercedes Abizanda.

De las dolencias vasculares, las isquémicas del corazón son las que más afectan a las mujeres, seguida de la incidencia cardíaca; la demencia, el cáncer de mama, la diabetes y el cáncer de colon van después. Cuanto mayor sea la mujer, más riesgo tendrá de padecerlas. Por edades, las asistencias e ingresos hospitalarios tienen que ver con enfermedades respiratorias en la primera etapa de la vida; de 15 a 24, con lesiones e intoxicaciones; de 25-44 años, dolencias genitales; de 44-64



con enfermedades relacionadas con el aparato locomotor; de 65-76 años, con el sistema nervioso y órganos de los sentidos. Y a partir de los 75 años tienen que ver con el aparato circulatorio.

"Cada vez hay menos enfermedades de hombres o mujeres. Lo que existe es un modo distinto de manifestación de las dolencias en general, y de las cardiovasculares en particular. También varía según el género el modo en que nos consultan a los médicos", señala Mercedes Abizanda, que, por otro lado, destaca que "no se puede decir que hay más depresión en mujeres. Tal vez los datos lo indiquen así, pero quizá sea porque ellas lo consultan más. En las dolencias cardiovasculares sucede lo contrario. Ellos consultan más y lo hacen antes, mientras la féminas lo hacen más tarde y eso que nos estamos igualando a los varones en las de-

nominadas patologías masculinas; cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, EPOC, cáncer colorrectal...".

Reconoce la experta, "hay que insistir entre las mujeres sobre la necesidad de mantener a raya el colesterol, la dieta, para evitar la obesidad, la diabetes, etc. Las mujeres tienen que ser conscientes de que, además de las citologías y las mamografías, a partir de los 50, tienen que someterse a analíticas anuales como los varones", subraya, al tiempo que se muestra preocupada porque las actividades preventivas no lleguen a los "sectores sociales que se nos escapan, a las mujeres con menos recursos económicos, por ejemplo. Necesitamos campañas de concienciación -insiste- que lleguen a todos los profesionales, porque la diferencia de género es más que tener la menstruación".

En el último informe sobre el SNS se refleja que el consumo de alcohol ha subido significativamente en el Estado. Si en 2001 ingerían alcohol 68,5 de cada cien hombres, en 2007 la tasa ascendía al 70,2 por ciento. En mujeres, el ascenso del porcentaje es aun más acusado, del 37,2 al 41,8 por ciento.

Las mujeres superan a los hombres en consumo de psicofármacos, siendo ya el 75 por ciento de los consumidores totales de somníferos o tranquilizantes. Ante situaciones inespecíficas (donde no existe una patología clara) expresadas por las mujeres, los facultativos tienden a prescribir psicofármacos. En este sentido, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierten del riesgo de utilizar este tipo de medicamentos para intentar resolver problemas sociales.

#### **Sin reconocimiento de la especificidad de los síntomas**

En el apartado relativo a la obesidad, Sa-

nidad constata también un importante aumento en hombres y mujeres. En estas últimas, el incremento es de un punto, oscilando del 14,1 por ciento al 15,1 por ciento entre 2001 y 2007. Además, ocurre que, a cierta edad, es frecuente confundir en una mujer un dolor de tórax con la osteoporosis o unas mamas grandes, por lo que una patología del corazón puede pasar a veces desapercibida. No reconocer los síntomas ni estar alerta sobre ellos o retrasar la visita al médico por el papel de cuidadoras que asumen las mujeres son otros factores que dificultan el abordaje de estas dolencias, según sostienen algunos especialistas.

Un reciente estudio muestra que la efectividad de las recomendaciones de los médicos de Atención Primaria a la población sobre hábitos saludables y en concreto sobre prevención de riesgos cardiovasculares, tienen un menor impacto entre las mujeres. Como ejemplo, baste recordar que "de una muestra de 1.500 personas, un tercio de las féminas no realiza actividad física alguna", según se desprende de los trabajos auspiciados por el Ministerio de Sanidad.

### **La morbilidad diferencial en la mujer puede ser debida a diferencias biológicas respecto al sexo masculino, como ocurre con los trastornos relacionados con la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos**

Así, en registros realizados por la Sociedad Española de Cardiología, a través de sus diferentes secciones y grupos de trabajo, se identificaron diferencias en el abordaje en el área de la prevención, como son el control y tratamiento de la hipertensión o el menor éxito en el mantenimiento de peso adecuado y en

la actividad física. Así, en las mujeres a partir de los 50 años, se da una mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo; sin olvidarnos de que en el grupo de mujeres jóvenes (menores de 55 años) persiste un hábito tabáquico mayor que en otros grupos de edades superiores y en hombres de todas las edades, según la dis-



## RADIOGRAFÍA A... El género en la salud

minución apreciada en los resultados del estudio Euroaspire.

El 75 por ciento de los médicos de familia afirman que aconsejan a sus pacientes llevar a cabo algún tipo de ejercicio físico en su vida diaria. Pero el 25 por ciento de las mujeres dice no realizarlo nunca. En cuanto a la alimentación ocurre algo similar. Los facultativos de primaria indican que este aspecto, junto a la actividad física moderada, es otro de los factores en los que más se incide a la hora de dar consejos a sus pacientes. Sin embargo, el impacto en las mujeres no está siendo lo efectivo que se esperaba. "Además, el 35 por ciento de los encuestados dice que sobre las pautas alimenticias consulta más en los periódicos o con los familiares que con el especialista".

### Vulnerabilidad de las mujeres mayores

Para la coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención de la Mujer de SEMERGEN queda mucho camino por recorrer para frenar las desigualdades de género en salud. "Por ejemplo, la salud de las mujeres mayores y el impacto de los apuros económicos generados por los insuficientes ingresos económicos de las pensiones", asevera Mercedes Abizanda. "Las mayores son el colectivo más vulnerable. Normalmente son personas cuyo principal problema es la soledad y, en la mayoría de los casos, con una importante disminución de su poder adquisitivo, porque al quedarse viudas su poder económico se reduce un 50 por ciento", añade.

La reducción de los ingresos y la propia soledad desencadenan una peor calidad de vida. "Ellas lo perciben así. Además los problemas osteomusculares, como lumbago y osteoporosis les limitan su capacidad de movimiento", recalca la doctora Abizanda.

### Violencia de género

Los especialistas destacan también la necesidad de incentivar la implicación de la Atención Primaria (AP) en el abordaje de la violencia de género. "Hay que seguir concienciando a la sociedad y a los profesionales sanitarios sobre esta lacra social que debe ser contemplada como un problema de salud pública, para poder ser atendida y abordada como tal".

Para Abizanda, el profesional de AP es clave para apoyar a las víctimas de la violencia machista a la hora de reconocer el maltrato y denunciarlo. Sin embargo, actualmente, del total de mujeres agredidas que acude a una consulta de primaria, solo el 40 por ciento reconoce haber sido maltratada. "Desde la AP se ha de tener la sensibilidad suficiente para detectar el maltrato, aunque ellas no lo manifiesten ni reconozcan, bien sea psicológico bien físico de la paciente. En la mayoría de las ocasiones llegan a la consulta con síntomas reiterativos de determinadas patologías: migrañas, dolores determinados, con un carácter repetitivo. Y los profesionales debemos de saber buscar lo que hay detrás", remacha, todo un mundo aun por explorar ■



### Documentación y fuentes

1. Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.
2. Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad.
3. Instituto Vasco de la Mujer/Ema-kunde.
4. CAPS. Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
6. EL MÉDICO.





Si no se consigue  
**profesionalizar  
la gestión**  
tenemos complicado llegar a tener  
una Administración pública  
**eficiente**

**Francisco Luis Sánchez Prieto**

Profesor del Master Internacional en Administración Financiera  
y Hacienda Pública del Instituto de Estudios Fiscales.

Texto | Silvia C. Carpallo    Fotos | Luis Domingo



## “Si no se consigue profesionalizar la gestión tenemos complicado llegar a tener una Administración pública eficiente”

Por su experiencia profesional es defensor de lo que la empresa privada pueda aportar a la Sanidad, y de aprovechar todo lo posible en busca de la, cada día más difícil, sostenibilidad del sistema. Pese a ello, Francisco L. Sánchez Prieto ve también necesario hacer otro tipo de reformas dentro de la gestión pública, que pasan en primer lugar por una reestructuración de la Administración pública, que dentro del ámbito sanitario incluya la profesionalización de los gestores y la reforma del régimen de los profesionales, así como la capacidad de optar por retribuciones con mayores porcentajes variables.

**Desde su experiencia como gestor, ¿podría darnos su perspectiva del modelo PFI en la gestión hospitalaria?**

Son modelos recientes en España, eran una novedad porque no existía un precedente histórico, lo que ha planteado problemas de tipo cultural, en el sentido de que encajar organizaciones que funcionen con culturas distintas tiene su complejidad. Creo que es ahora, al cabo de unos 5 ó 6 años de funcionamiento, cuando empiezan a superarse esas diferencias, y cuando ya funcionan con cierta fluidez, como puedo observar como director de gestión del Hospital Infanta Leonor, por ejemplo. Las empresas que se presentaron a estos proyectos no procedían del ámbito sanitario, y asumir esa cultura y esa filosofía requería una adaptación, pero este problema está ya superado. Básicamente los problemas que van a tener que enfrentar ahora estos hospitales son los mismos problemas que el resto de hospitales públicos, porque el personal sanitario, que es el núcleo de la asistencia, es el mismo.

**¿Y entonces cuál es esa diferencia entre la gestión privada y la pública?**

El personal es el mismo, pero la diferencia respecto a la gestión pública estriba en que los servicios no sanitarios, o buena parte de ellos, los presta una empresa, lo que tiene la ventaja, desde el punto de vista de la gestión, de que no hay que cambiar de proveedor periódicamente. El hecho de ser una relación a largo plazo, le permite a la empresa invertir en el servicio, porque al tener un plazo largo para recuperar los costes, le compensa. Los contratos que tradicionalmente hacían los hospitales de estos servicios eran contratos a corto plazo, lo que implicaba cambiar de proveedores cada pocos años, y lo que desestabilizaba el empleo también cada poco tiempo. La relación a largo plazo resulta más eficiente, tanto para la empresa como para el servicio.

**La diferencia también está, a lo mejor no en su personal, pero sí en su régimen de contratación. Algunos expertos hablan de que lo que realmente sería necesario sería cambiar el estatuto de los profesionales sanitarios para hacer más flexible la gestión pública y no optar por privatizar, ¿qué opina?**

Este problema está encima de la mesa desde el Informe Abril, por tanto no es una novedad, está ampliamente diagnosticado y explicado, pero es complicado tomar decisiones. Es evidente que la actividad sanitaria cuadra mal con lo que es un régimen de carácter funcionarial, y de hecho en otros muchos países, que los médicos tengan un esquema funcionarial no suele ser lo habitual. Desde ese punto de vista creo que la reforma del estatuto a medio largo plazo sería necesaria, para asegurar que hubiera una mejor adaptación a las necesidades del paciente, y a las necesidades futuras del sistema sanitario. La sociedad española ha cambiado, las pautas de vida y de enfermedad han cambiado, y las profesiones sanitarias también tienen que adaptarse a eso.

**En lo que sí se puede empezar a trabajar a más corto plazo es en la retribución variable, tan demandada por los**

**gestores, ¿qué porcentaje del salario debería ser fijo y cuál variable?**

Actualmente los porcentajes de lo que son retribuciones variables son pocos o tienen escaso peso en la retribución, deberíamos ir hacia esquemas de incentivación mayores. Hablar de porcentajes es complicado porque depende de cada profesión o del tipo de trabajo que se realiza, pero se debería ir a esquemas en los que la retribución variable tuviera más peso respecto a la fija.

**Los médicos demandan no sólo incentivos monetarios, sino también profesionales, como en docencia e investigación, ¿puede ser ésta hoy, dada la situación actual, una forma de incentivación a explotar?**

En cierto modo ya están vigentes ese tipo de esquemas, puesto que la única forma de incentivar que se permite ahora es a través de formación, docencia, investigación, etc. Lo que hace falta es que todo eso se estudie y se plantee para el conjunto de los profesionales, puesto que el ideal es que los profesionales sanitarios estén lo mejor formados y lo mejor capacitados posible.

**Volviendo a la dicotomía pública /privada, la crítica hacia la gestión pública es que está excesivamente politizada, ¿puede despolitizarse la gestión, y por tanto ser pública y eficiente?**

Como servicio público, la dirección de todos los servicios públicos es política. Es decir, en los ministerios hay unos ministros que son políticos, que son también responsables de la Administración, eso es inherente a un esquema de servicio público. En otros países sí está estudiada esta cuestión, y hay una diferenciación más clara entre lo que es la Administración pública y lo que es la gestión o dirección política de la Administración pública. Técnicamente estos problemas están razonablemente resueltos en otros países, aquí se

puede hacer lo mismo, y se pueden adoptar esquemas de ese estilo. Es una cuestión de reformar la Administración, que ahora está precisamente en discusión, a raíz de la reestructuración de las administraciones públicas que está en marcha.

**Eso a futuro, pero a día de hoy, ¿cómo le influye a un gestor sanitario la política?**

La política no influye en la gestión del día a día, puesto que la política tiene otro tipo de derivas o de implicaciones. La gestión no se ve afectada por la política en tanto en cuanto que la gestión de camas, la gestión de procesos, listas de espera, etc., no tiene nada que ver con estas cuestiones. Evidentemente sí puede influir a otros niveles, como en los nombramientos, pero no en las cuestiones más prácticas.

**Sobre la figura del gestor, SEDISA sigue trabajando en ese documento sobre la profesionalización de la gestión sanitaria, ¿qué frutos puede dar?**

En nuestro país debería desarrollarse la profesionalización de la dirección de cualquier servicio público, no sólo de los gestores sanitarios. Si queremos tener servicios públicos eficientes o una Sanidad eficiente habrá que ir hacia una profesionalización de la gestión. Este problema que comentamos en Sanidad existe también en otros servicios públicos, y por tanto forma parte de ese proceso, que ya hemos comentado, de reforma de la Admi-

nistración y de los servicios públicos. Desde luego si no se consigue profesionalizar la gestión de todos nuestros servicios públicos, tenemos complicado llegar a tener una Administración pública eficiente.

## Los contratos de riesgo compartido pueden ser una solución para permitir la introducción de innovaciones

**¿Y qué herramientas tiene un gestor profesional y formado para enfrentarse de la mejor manera a la sostenibilidad del SNS?**

Las herramientas para gestionar un hospital también dependen del marco donde se realiza esa gestión, y a veces el problema no son tanto las herramientas, sino la flexibilidad para poderlas utilizar. Dentro de esto, herramientas comunes en el sector público y privado que se están poniendo en marcha son algunas como la centralización de compras o la unificación u homologación de productos para utilizarlos de forma normalizada. Es decir, ese tipo de instrumentos que hasta ahora habían tenido un desarrollo más lento, están acelerando su utilización con la crisis. Eso también implica cambios en el sector privado, porque muchas empresas tienen que cambiar sus políticas comerciales para adaptarse a esta nueva realidad. No es absolutamente inocuo y tiene efectos en otros agentes.

**Otro tema en el que se ve necesario avanzar es en la gestión clínica, ¿qué opina al respecto? ¿Hay relación entre gestores y profesionales para buscar soluciones más eficientes?**

La gestión clínica es fundamental para el futuro, para asegurar sostenibilidad, eficiencia, y por tanto lo que es necesario es una verdadera implicación por parte de los clínicos en el día a día en el hospital. No sólo de su servicio, no sólo de su unidad, sino mirar más allá, y ver que sus decisiones tienen un impacto en el conjunto del hospital. Muchas veces utilizo el símil de que un hospital es un sistema planetario, en el momento en el que hay una órbita que no está sincronizada con las demás se origina un pequeño caos. Esa necesidad de sincronización es lo que es necesario que





© 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**





se asuma desde el punto de vista de la gestión de los clínicos.

**En la contención de gasto, una de las grandes partidas, aparte de la del personal, es la incorporación de nuevas tecnologías. ¿Qué pueden aportar los contratos de riesgo compartido?**

Las empresas a la hora de introducir innovaciones evidentemente tienen unos costes, trasladar esos costes directamente al cliente o a la Sanidad, tiene un problema importante de viabilidad financiera. Desde luego los contratos de riesgo compartido pueden ser una solución para permitir la introducción de innovaciones. Parece una vía razonable para el futuro, el problema es articular en la práctica tales contratos, porque existe poca experiencia y tenemos un marco complicado. Las administraciones públicas que suscriben estos contratos plantean problemas desde el punto de vista jurídico, por lo tanto

**A veces el problema no son tanto las herramientas, sino la flexibilidad para poderlas utilizar**

son cuestiones que habrá que ir estudiando y que habrá que superar, pero evidentemente los contratos de riesgo compartido pueden ser una buena solución para compatibilizar la introducción de innovaciones y con la gestión del día a día del hospital.

**Otro de los grandes problemas sobre la mesa es la atención a los crónicos.**

**¿Sería necesario descongestionar la atención hospitalaria, adaptando algunos centros sanitarios hacia patologías más crónicas?**

La sociedad española ha cambiado y aflo-

ran problemas que antes eran minoritarios. No creo que la solución sea disociar los enfermos crónicos de los agudos, sino preparar nuestros hospitales para hacer frente a las nuevas necesidades de nuestros pacientes. No sé si la solución será especializar hospitales en agudos y en crónicos, lo que sí que está claro es que los profesionales sanitarios se van a encontrar con una mayoría de pacientes crónicos, y ese abordaje de

la enfermedad del paciente crónico es lo que tiene que cambiar. Igualmente, nuestros hospitales, en un futuro no tan lejano, deberán adaptarse también a esa nueva realidad.

**¿Cómo debería ser esa adaptación entonces?**

La cuestión pasa por entender que el paciente crónico requiere también la intervención de los servicios sociales. Probablemente haya que ir hacia una cierta convergencia, porque el mismo paciente unas veces va a entrar en redes sociales y otras en redes sanitarias. Es necesaria una mayor coordinación entre ambas.

**Se ha celebrado recientemente el 18 Congreso Nacional de Hospitales. ¿Qué significa este encuentro entre gestores en un momento como este?**

El 18 Congreso ha tenido muchos retos importantes que abordar. La red de hospitales públicos de 2002 a 2009 ha crecido, el número de profesionales, a un ritmo de 3,43 por ciento anual, cuando la población crece a la mitad, y el coste total del orden del 7 por ciento anual, mientras que la actividad que crece es la ambulatoria. Es decir, han crecido más los recursos que la actividad, y eso apunta un problema de eficiencia. Además el coste se ha duplicado, y un sistema que cada diez años duplica el coste es difícilmente sostenible. La única forma de afrontar estos problemas, tal y como se planteaba desde el Congreso, es con innovaciones en la organización, con innovaciones en la gestión, y con reformas que hagan viable nuestro sistema ■

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





La experiencia  
en Atención Primaria es una  
**oportunidad**  
para  
la gestión  
**hospitalaria**

**Manuel Bayona**

Director gerente del nuevo Complejo Hospitalario Granada

Manuel Bayona ha pasado de gestionar la Atención Primaria en la Costa del Sol a gestionar el nuevo Complejo Hospitalario de Granada. Desde el principio ha tenido clara la necesidad de garantizar una visión compartida y a la vez única, de los pacientes, mejorando la continuidad y los vínculos entre niveles asistenciales. Por eso, tanto la estructura directiva como la organización funcional del Complejo Hospitalario Granada está orientada a procesos asistenciales, a los pacientes y a los resultados en salud. Y es que “Un modelo de gestión sanitaria, orientado a la calidad y a la máxima eficiencia, no diferencia entre niveles asistenciales”, máxime en los momentos de crisis como los actuales, “como tampoco lo diferencia reconocer que los verdaderos artífices del sistema sanitario son los profesionales”, y que su participación y compromiso con el sistema sanitario es decisiva ahora más que nunca.

Texto  Alejandro Blanco



## GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuel Bayona

Manuel Bayona (Huelma, Jaén) ocupa desde noviembre la dirección gerencia del nuevo Complejo Hospitalario Granada, que unifica los hospitales Universitarios Virgen de las Nieves y el Hospital Clínico San Cecilio. Ha implicado a los profesionales en la construcción de una nueva identidad y una nueva manera de organizarse con la intención de que los dos hospitales se sientan protagonistas de este proyecto estratégico ¿El camino? "La filosofía del yogur".

**Usted dirigía el distrito sanitario Costa del Sol en la provincia de Málaga. ¿Cómo le han recibido en Granada ante la tarea de unificar dos hospitales?**

La acogida ha sido muy positiva, tanto por parte de las estructuras hospitalarias y sus profesionales, como de la Universidad, con la que tenemos mucha vinculación. Cada hospital tenía su propia cultura y modo de organizarse. La unificación reúne lo mejor de cada uno. Ambos hospitales son referentes en calidad asistencial, formación e investigación. Unificarlos es tomar lo mejor de cada uno y crear unidades clínicas en torno al conocimiento, sin importar la procedencia de los profesionales.

**¿Por qué se inicia este proceso de unificación?**

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha reducido a la mitad las estructuras directivas, tanto en Atención Primaria como en hospitales. En Andalucía esto representa un ahorro de 9 millones de euros, manteniendo al máximo la plantilla asistencial y mejorando la eficacia y la eficiencia. En Granada se ha disminuido en casi un 40 por ciento el número de directivos, suponiendo un ahorro de 600.000 euros al año. Además de unificar los dos centros actuales, pondremos en marcha el Hospital del Campus de la Salud en el primer trimestre de 2014, con lo que habrá que preparar una reordenación física y funcional de los servicios que prestamos en Granada.

**¿Cuántos pacientes y trabajadores están vinculados al Complejo Hospitalario Granada?**

En torno a 8.000 profesionales y una población de aproximadamente 650.000 usuarios

del área de Granada y metropolitano. Estamos acreditados por el Ministerio de Sanidad y somos referencia hospitalaria del Sistema Nacional de Salud en trasplante renal cruzado, epilepsia refractaria y cirugía de los trastornos del movimiento.

**¿En qué afectará la unificación a los pacientes?**

Los pacientes mejorarán su accesibilidad y tendrán la ventaja de no estar asignados a un hospital u otro en función de un domicilio, sino al complejo hospitalario. Esto facilitará la atención de cualquier paciente, viva donde viva, por los mejores especialistas de las diferentes unidades clínicas. Se elimina por lo tanto la limitación geográfica, y dispondrán de unidades agrupadas en torno al conocimiento y con los mejores profesionales trabajando en equipo. Con este proyecto estratégico unificamos recursos, profesionales y tecnología, homogeneizamos procedimientos y aplicamos la mejor práctica clínica. Es positivo que en tiempos de crisis aumenos fuerzas para seguir siendo competitivos y podamos seguir apostando por una asistencia de calidad, por la investigación y la docencia.

**En la práctica, ¿cómo se coloca al paciente en el centro de la atención?**

Nuestra organización gira en torno a unidades de gestión clínica (UGC) multiprofesionales, donde participan médicos, enfermeras, administrativos, celadores, auxiliares... Estos equipos multidisciplinares y la propia organización del hospital tienen que tener esa visión transversal, que sigue el paso del paciente por el sistema sanitario, y con una misma dependencia del director de la unidad de gestión clínica. Así se gana atención integral al paciente, en tiempo, calidad y forma.

**¿Y cómo afectará a los profesionales?**

Nuestra prioridad es mantener la calidad y la cartera de servicio sin recortes, haciendo un esfuerzo a todos los niveles para minimizar el paro. Por otra parte, la ciudadanía puede reconocer el valor que tiene el trabajo de un empleado público, que en el caso de los sanitarios han visto reducido su sueldo para mantener los contratos de profesionales eventuales. La vieja idea del "vuelva usted mañana" es poco acertada en la actual-

idad, porque se está haciendo un gran esfuerzo por sacar este país adelante.

**Quizá una gerencia unificada conlleve demasiado trabajo y esfuerzo de coordinación...**

Es mucho trabajo, pero tiene su impacto positivo en la eficiencia. En lugar de dos direcciones de dos centros con sus dinámicas de trabajo respectivas, una sola dirección significa que las decisiones valen para todos. Tenemos más profesionales dependiendo de un mismo equipo directivo, pero hacemos lo mismo para todos.

**¿La unificación consiste únicamente en compartir gerente?**

Compartir gerente no sería una verdadera unificación si no se comparte lo realmente importante de la organización y las personas que la componen. Para conseguirlo hemos diseñado una estrategia que tiene tres componentes: 1) la creación/unificación de unidades de gestión clínica intercentros, 2) la reordenación de servicios y 3) la participación de los profesionales en la definición del plan estratégico. Actualmente tenemos constituidas 11 unidades de gestión clínica intercentros; otras 8 están a punto de unificarse y 18 en proceso. De esta forma, seguimos lo que algunos llamamos el "efecto yogur: estar bien por dentro para que se note por fuera". Para la reordenación de servicios estamos teniendo en cuenta la inminente puesta en marcha del nuevo Hospital del Campus de la Salud, que modernizará los espacios sanitarios en Granada, y finalmente, en el Plan Estratégico hemos diseñado la organización funcional con 4 grandes áreas: médica, quirúrgica, diagnóstica y materno-infantil. Así como otras 4 áreas transversales, estrechamente vinculadas con Atención Primaria y el resto de estructuras del sistema sanitario: continuidad asistencial; evaluación y resultados en salud; formación, docencia e investigación; y cuidados. Finalmente, estamos trabajando en otras cuatro áreas que definen la organización del Complejo Hospitalario: recursos humanos, atención a la ciudadanía, sistemas de información y control de gestión.

**¿El rediseño de la cartera de servicios supondrá recorte de prestaciones?**

Nuestra Comunidad Autónoma ha apostado por mantener las prestaciones sanitarias y su calidad, y estamos abordando la manera de organizar los servicios en este nuevo contexto de Complejo Hospitalario Granada. Por ejemplo, la ubicación de unidades como Traumatología será decisiva para definir dónde va Cirugía vascular, porque el 80 por ciento de las intervenciones de Cirugía vascular están relacionadas con Traumatología. En este sentido, seis grupos de expertos andaluces están definiendo el equipamiento del nuevo Hospital del Campus de la Salud, en función de la reorganización de servicios que estamos elaborando.

### ¿Cómo ha implicado a los profesionales en estos cambios?

Hemos formado 14 grupos de profesionales, cada uno correspondiente a cada una de las áreas definidas para el Plan Estratégico. Los grupos están compuestos a partes iguales por profesionales de ambos centros hospitalarios, incluyendo todos los perfiles: médicos, enfermeras, etc. Y por supuesto, con una participación importante de Atención Primaria. Comenzaron hace dos meses a trabajar y finalizan a finales de febrero.

### ¿Cuál es la misión de estos grupos?

Han analizado la situación e identificado debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de cada línea de trabajo, pensando en el proceso de unificación. Han definido las líneas estratégicas para obtener un resultado exitoso, así como los factores críticos para que el éxito se produzca. También han identificado objetivos y qué acciones concretas deberían hacerse. Finalmente se ha fijado un cronograma que nos facilite respetar fechas y compromisos. Todo este proceso está siendo coordinado por un equipo de apoyo metodológico, formado también por profesionales expertos del propio Complejo Hospitalario Granada.

### ¿Qué le aporta este proceso como gestor?

Nuestro proyecto de Plan Estratégico para la unificación ha nacido de abajo arriba. En él habrán participado todas las categorías profesionales y los dos hospitales de Granada, así como Atención Primaria. Sus opiniones estarán ahí recogidas, tabuladas y priorizadas. Eso le va a dar fuerza al funcionamiento del complejo hospitalario y permitirá tomar las mejores decisiones para salvar las debilidades,

aprovechar oportunidades, reforzar fortalezas y que el complejo hospitalario sea referente a nivel nacional como hospital de excelencia.

### ¿Hay ya algún fruto de este proceso participativo?

Hace dos semanas se constituyó la Unidad Intercentros de Anatomía Patológica, por decisión unánime de sus 76 profesionales. Hemos incluido la Atención Primaria y los comarcas de Baza y Motril. Esto tiene la ventaja de que se mejora la formación especializada, sobre todo de los centros pequeños que acceden a formación más especializada. Las muestras de Anatomía Patológica se mueven en lugar de que lo haga el paciente. Y además hemos reducido el coste de los reactivos un 50 por ciento. Disponer de manera centralizada del material que se gasta, el uso de reactivos y el coste de los equipos para analizar tejidos supone ahora la mitad de los 11.000 euros mensuales que nos costaba.

### ¿En qué medida se reducen costes con la unificación?

La Plataforma Provincial Sanitaria de Granada ha sido un avance muy importante. Se trata de que bajo la misma dirección se gestionen compras y logística de hospitales y centros de salud de toda la provincia. Se centralizan la definición de los concursos, las compras y el mantenimiento. Esto es un importante ahorro gracias a la economía de escala, ya que sacamos concursos para toda la provincia. Son 250 millones de euros al año, por lo que constituimos un motor económico muy importante para Granada.

### Tras su experiencia de gestión en la Atención Primaria, ¿qué cambios va a

### plantear ahora que está en las orillas hospitalarias?

Al diseñar la estructura del complejo hospitalario hemos tenido en cuenta el importante papel que ejerce la Atención Primaria. El paciente es único y tenemos que trabajar con perfecta integración, por respeto al enfermo, por calidad y por eficiencia. No se pueden estar haciendo cosas en el hospital que corresponden a Primaria ni viceversa. Hemos creado una Dirección de Procesos Asistenciales, cuyo objetivo es trabajar para que el ciudadano sea el centro de la organización. Da igual que un médico o enfermera le atienda en un sitio o en otro o dónde se le practiquen las pruebas diagnósticas. La línea de trabajo es la continuidad asistencial en equipo con Primaria.

### ¿Qué papel tendrán las redes sociales y las nuevas tecnologías de la comunicación en el complejo hospitalario?

Son una realidad que está ahí y no podemos renunciar a ellas. Debemos estar preparados para usarlas de manera positiva y constructiva. Cada día son más los pacientes que usan las redes sociales para informarse, compartir datos y opiniones. Es bueno que en el sector sanitario ofrezcamos información de calidad a través de las redes sociales. Así los ciudadanos estarán seguros de dónde acceden, qué información obtienen y quién hay detrás de ella. Y los sanitarios debemos aprovechar esto para mantener ágilmente la relación con los pacientes, ayudándoles a que tengan menos incertidumbre, a tomar decisiones con buenos criterios y recibir educación para la salud. Internet se ha convertido en una gran sala de espera donde los enfermos se cruzan, comparten información y se apoyan ■

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



Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



Gen



# La Medicina nómica,

una oportunidad en el abordaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y en las complicaciones de la diabetes

Texto y fotos  Ana Montero



## MEDICINA INDIVIDUALIZADA

# La Medicina Genómica, una oportunidad en el abordaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y en las complicaciones de la diabetes

**En el marco de la 8ª Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, “Medicina Genómica en los hospitales del siglo XXI”, que organiza la Fundación Jiménez Díaz, en colaboración con el Instituto Roche y Lilly, profesionales de distintas áreas de investigación y asistencia clínica han evidenciado las ventajas de los análisis genéticos y farmacogenéticos en el abordaje de los trastornos psiquiátricos, especialmente en esquizofrenia, y también de la diabetes y sus complicaciones, así como la evidente aportación complementaria de los nuevos recursos de neuroimagen.**

**B**ajo el título “Medicina Genómica en los hospitales del siglo XXI” más de 200 profesionales de distintas áreas de investigación y asistencia clínica se han reunido en el octavo encuentro internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, organizado por la Fundación Jiménez Díaz, en colaboración con el Instituto Roche, para profundizar sobre las realidades y retos derivados de la creciente implantación de la Medicina Genómica en los hospitales españoles, cuyos beneficios se empiezan ya a extender también a las enfermedades no oncológicas más prevalentes, concretamente, a los trastornos psiquiátricos y a las principales complicaciones asociadas con la diabetes. A pesar de que aún la aplicación clínica de estos progresos es limitada, los expertos prevén que en menos de un lustro se haya generalizado y contribuya a la elección del fármaco más adecuado para cada paciente, estableciendo la dosis más adecuada, aumentando su eficacia, anticipando sus beneficios y evitando los efectos adversos.

“En un momento en el que la sostenibilidad del sistema sanitario está en duda, la Medicina Individualizada no es una amenaza, es una oportunidad con mayúsculas, de hecho, estamos en disposición de ofrecer recursos más eficientes y para ello hay que reordenar de forma diferente los procesos, los profesionales y las tecnologías”, ha reconocido el Dr. Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche. Y es que, como ha añadido el experto, “hay que cambiar la cultura y el paradigma de la

**A pesar de que la aplicación clínica de la Medicina Genómica es aún limitada, los expertos prevén que en menos de un lustro se haya generalizado**

Medicina, de forma que se empiecen ya a asumir de forma rutinaria estos avances en la atención asistencial”.

Asimismo, aunque ha reconocido que “todavía necesitamos afinar los algoritmos de abordaje de las enfermedades incluyendo estos progresos”, el máximo responsable del Instituto Roche aseguraba que “ya no podemos demorar más que estos conocimientos y nuevos recursos sean ya de aplicación inmediata en la práctica clínica”. Concretamente, en el encuentro, que ha contado con un comité científico presidido por la Dra. Carmen Ayuso, directora científica del Instituto de Investigación Sanitaria (IIS)-Fundación Jiménez Díaz, se han analizado los progresos alcanzados con la inclusión de estudios genéticos, farmacogenéticos y de neuroimagen en algunos de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, como la esquizofrenia, así como en el abordaje personalizado de las principales complicaciones asociadas con la diabetes, en concreto, la retinopatía diabética, la asociación epidemiológica que existe entre cáncer y diabetes, y las ventajas que ofrecen las incretinas en el tratamiento de la diabetes asociada a obesidad.

A pesar de que aún la aplicación clínica de estos progresos es limitada, tras la Oncología, según ha señalado la Dra.

Ayuso, “la Psiquiatría se posiciona como la disciplina en la que se encuentra más adelantada la implementación de la Medicina Personalizada y donde cabe esperar más innovaciones en los próximos años”. Así pues, tal y como reconocía la experta, “pronto llegará el día en el que podamos

disponer de biomarcadores que alivien o curen las enfermedades”.

Del mismo modo, la experta reconocía que se trata de enfermedades muy comunes y en las que se ha invertido mucho en su investigación, “los pacientes con trastornos psiquiátricos suelen estar sometidos a tratamientos farmacológicos con un nivel de eficacia relativamente bajo y que tienen un estrecho margen terapéutico, siendo común no sólo el fracaso de las terapias, sino también especialmente elevado el número de pacientes no respondedores o, peor aún, de enfermos que desarrollan efectos secundarios”.

Así pues, para la coordinadora científica de la jornada, la Medicina Personalizada permite aplicar los tratamientos de una manera más individualizada al conocer cuáles son las bases genéticas de la enfermedad de la persona y cuál es su composición genética, “lo que permite elegir el fármaco adecuado y ponérselo a la persona adecuada en las dosis que mejor le convengan”, como apuntaba.

Por su parte, Antonio L. Andreu, subdirector general de Evaluación y Fomento de la Investigación del Instituto de Salud Carlos III, se refería, en la presentación de la jornada científica, a la estrategia de “protección y blindaje” que el Gobierno ha hecho a la investigación de nuestro país, a través de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación, cuyo objetivo es reconocer y promocionar el talento en I+D+i y su empleabilidad de cara al futuro y que “marcará la hoja de ruta del sistema científico para los próximos ocho años”, como mataba Andreu. En este sentido, según reconocía el experto, la primera prioridad de la



estrategia es potenciar las tecnologías ómicas y de imagen médica, como base instrumental sobre la cual impulsar una Medicina Personalizada, focalizada en los perfiles del individuo y no en los de la enfermedad. En su opinión, “la Medicina Personalizada es el camino que tiene que seguir el futuro de la investigación en salud en España y no hay vuelta atrás”.

### Reducción de efectos adversos

Aunque es en Oncología donde los avances en Medicina Personalizada son ya una realidad, con la incorporación incluso de dianas terapéuticas que son genéticas y el uso aparejado el estudio farmacogenético o genómico con la aplicación de una determinada terapia farmacológica, hay otras áreas asistenciales que se están empezando a aprovechar de estos progresos, concretamente el área de la Psiquiatría, donde se registran enfermedades muy complejas y prevalentes, y el de la diabetes y sus complicaciones asociadas, un desbordante problema de salud pública.

En el caso de la esquizofrenia, una enfermedad compleja en la que los genes

interaccionan con el ambiente, con una heredabilidad muy elevada, y, por tanto, donde el componente genético es muy importante, “cada vez cobra más fuerza la evidencia de que no sólo el componente genético de la esquizofrenia se puede explicar con variantes frecuentes, sino que también se ha identificado la presencia de mutaciones infrecuentes en rutas diferentes que contribuyen al trastorno”, ha explicado el Dr. Ángel Carracedo, director de la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica (SERGAS), quien también ha ahondado en las bases genéticas y en las perspectivas de futuro de la Genética y la Farmacogenética en los trastornos psicóticos. En este sentido, el experto ha señalado que se están proporcionando nuevas ideas sobre la patogenia de la enfermedad, “los estudios de asociación en los que se usan variantes de todo el genoma están arrojando resultados consistentes sobre genes involucrados en el desarrollo de esta enfermedad aunque todavía explican una parte muy pequeña de la varianza genética”.

Del mismo modo, el Dr. Carracedo argumentaba que la Farmacogenética ofrece

grandes retos y, concretamente, está desempeñando un papel relevante en la reducción de reacciones adversas, “hay estudios muy consistentes al respecto que abren nuevas vías de actuación con repercusión directa en la práctica clínica en poco tiempo”, según ha apuntado. De hecho, los expertos han asegurado que el estudio farmacogenético permite reducir las reacciones adversas en un 10-25 por ciento, y se estima que podría llegar al 15-40 por ciento adicional. “En este momento no hay ningún biomarcador asociado que esté apoyado por la Agencia Europea del Medicamento porque faltan estudios funcionales y estudios de coste-eficacia, ese es nuestro gran reto”, ha lamentado el Dr. Carracedo.

Por lo que se refiere a los efectos secundarios, los expertos han constatado que son causa frecuente de interrupción o fracaso del tratamiento psiquiátrico, sobre todo, en el caso de los antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación, a lo que hay que añadir que el tiempo requerido para obtener el efecto óptimo es muy prolongado, lo que exige continuos ajustes de la dosis. Junto a ello, se ha puesto de manifiesto que la selec-



## MEDICINA INDIVIDUALIZADA

# La Medicina Genómica, una oportunidad en el abordaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y en las complicaciones de la diabetes

ción del fármaco y la dosis se hace en gran medida de modo empírico, a pesar de que las dosis óptimas para cada paciente pueden variar considerablemente entre individuos.

En otro orden de cosas, en el marco de la investigación traslacional aplicada al Sistema Nervioso Central, el Dr. Carracedo ha explicado los aspectos más novedosos que implican variabilidad en el genoma humano y ha argumentado que los retos en este ámbito pasan por ahondar en los GWAS

(estudios de asociación de genomas completos); por alcanzar aproximaciones más integradas dentro de las tecnologías ómicas, haciendo más Genómica funcional, no sólo estructural; por progresar en la correlación fenotipo-genotipo, apoyándose en técnicas de imagen, y por buscar impactos genéticos adicionales en pacientes esquizofrénicos con CNVs -variaciones del número de copia- de riesgo. Del mismo modo, el experto ha insistido en que se ha trabajado intensamente en diseccionar la enfermedad, “algo que es muy importante para el futuro”, como ha apuntado, pero la traslación más concreta la va a tener en los aspectos puramente farmacogenéticos, “el conocimiento del perfil de enzimas metabolizadores ayuda a mejorar ya la eficacia y la seguridad y debería hacerlo también en este ámbito”.

“Hay que progresar en la Biología de sistemas, usar todas estas aproximaciones en un marco de interpretación común todavía es un sueño, hay que hacerlo paso a paso, y eso pasa por la integración de Genómica, con Transcriptómica y con Metabolómica, pensando en que la clave está en la mejor definición del genotipo porque es lo que nos va a llevar a la predicción de la estratificación del riesgo, ya que hoy entendemos sólo el 10 por ciento del riesgo genético”, ha concluido el Dr. Carracedo.

### Imagen y Farmacogenética

En estos momentos, las consecuencias de los trastornos del Sistema Nervioso Central en Europa suponen un coste socioeconómico mayor que el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares juntos, de

hecho, gran parte de este coste se debe a costes indirectos, derivados de la dependencia y la minusválida que producen, y, por tanto, “disminuir las consecuencias de la enfermedad, mejorando su tratamiento, puede ser la mejor manera de cuadrar las cuentas”, ha señalado el Dr. Enrique Baca, jefe de Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, para quien no cabe duda que “la Farmacogenética es a medio plazo unos de los campos más prometedores para optimizar el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales”.

El conocimiento de los mecanismos cerebrales implicados en la generación de los síntomas de las enfermedades mentales cada vez es mayor. “Hay cada vez más datos biológicos que nos ayudan a comprender mejor la génesis de las psicosis, no obstante, todavía queda una brecha entre estos conocimientos y la práctica clínica”, aseguraba el Dr. Baca. En su opinión, “los nuevos estudios de imagen permitirán conocer mejor cómo son los mecanismos de las enfermedades mentales y esto, a su vez, facilitará la identificación de forma más precoz de los pacientes con riesgos de padecer trastornos mentales, así como seguir mejor su evolución”.

En la misma línea, los hallazgos en genética psiquiátrica en los últimos años han provocado un cambio radical en los modelos fisiopatológicos de los trastornos mentales, incluso, ya hay protocolos específicos, tanto de genética como de neuroimagen, que pueden ser de utilidad, sobre todo para la evaluación de las psicosis,

como han apuntado los expertos; sin embargo, tal y como exige el Dr. Julio Sanjuán, adjunto del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico, de Valencia, “para probar su utilidad y su rentabilidad necesitamos implementarlos en unidades de referencia”.

En este ámbito, las dos principales líneas de investigación traslacional, de la investigación básica a la práctica clínica, se fundamentan en “la búsqueda de la relación entre variaciones genéticas con cambios estructurales y funcionales en neuroimagen, y la identificación de fenotipos ligados a variantes genéticas raras o a cambios extremos en neuroimagen”, ha destacado el Dr. Sanjuán, quien estima que “en un futuro próximo nos apoyaremos en datos combinados genéticos y de neuroimagen, aunque tendremos también que mejorar la descripción psicopatología y tener en cuenta los factores psico-sociales”.

Por su parte, el Dr. Sanjuán ha destacado la existencia de estudios que evidencian que el síntoma de las alucinaciones auditivas produce una activación anómala cerebral y, por tanto, tiene una repercusión en la neuroimagen. En otro orden de cosas, el experto también se ha referido a la importancia del tratamiento psicoterapéutico en las enfermedades mentales, además del tratamiento farmacológico, y a su relación con la neuroimagen, “se ha demostrado que después de un tratamiento psicoterapéutico la activación cerebral ha cambiado, es decir, el hablar cambia la expresión génica”.

Además, al igual que muchos de los participantes de la jornada, el Dr. Sanjuán ha reivindicado que la resonancia magnética forme parte de una prueba estándar en los primeros episodios psicóticos, en particular en la esquizofrenia, “el problema es que el Sistema Nacional de Salud no admite su indicación más allá de los hallazgos patológicos claros”, ha lamentado.

En definitiva, la integración de los estudios de imagen y la Farmacogenética



pasan por ser la gran esperanza a medio plazo en el abordaje de las enfermedades psiquiátricas, “los técnicos vivimos un momento apasionante, algo desconcertante para los biomédicos, y en el que, a pesar de todo, aun se evidencia cierta falta de validación y repetibilidad”, tal y como ha explicado Manuel Desco, director de la unidad de Medicina y Cirugía Experimental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, y director del departamento de Bioingeniería e Ingeniería Aeroespacial de la Universidad Carlos III, quien también ha introducido el concepto de “software cerebral” al hablar de la plasticidad del cerebro, “antes hablábamos de los volúmenes de estructuras cerebrales y en estos momentos hablamos de circuitos cerebrales, aunque hemos pasado de mirar el componente a mirar cómo está conectado, todavía no hemos dado el salto a analizar que todos estos componentes, en realidad, ejecutan un programa”. En este sentido, el experto ha reconocido que si es patología lo que se está estudiando puede tener sentido el abordaje mediante imagen, un hecho que no es tan claro, en su opinión, cuando se utiliza la herramienta de la imagen en los

estudios de neurocognición, donde, en principio, no hay una patología de base.

“La identificación de biomarcadores, tanto de imagen como genéticos y biológicos, asociados con el abordaje de estos trastornos, así como su paulatina aplicabilidad en la práctica clínica habitual, hace concebir grandes esperanzas”, manifestaba por su parte la Dra. Ayuso, aunque, como reconocía, “aún estamos en unas fases de implementación muy incipientes”. En este sentido, los nuevos estudios de imagen permiten conocer mejor cómo son los mecanismos de las enfermedades mentales y, por tanto, identificar de forma más precoz a los pacientes con riesgos de padecer trastornos mentales, así como seguir mejor su evolución.

Por último, como conferencia magistral, el Dr. Jesús Egido, jefe del Servicio de Nefrología e Hipertensión del Instituto de Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz, ha explicado los avances más significativos que se han registrado recientemente en el tratamiento de la nefropatía diabética, un trastorno de imparable aumento en nuestro medio y con importan-

tes consecuencias clínicas, sociales y económicas. Entre otras cuestiones, el Dr. Egido se ha referido a la importancia “clave” del tratamiento temprano de la glucemia, para evitar lesiones vasculares y renales “devastadoras en el futuro”, según ha matizado, y a la necesidad de controlar también la hipertensión. “Una medida tan sencilla como perder un 7 por ciento de masa corporal puede ser el arma más importante para combatir este problema”, ha subrayado el experto.

En otro orden de cosas, el experto ha incidido en la importancia del estudio e-Predice, (Early Prevention of Diabetes Complications in People with Hyperglycaemia in Europe), sobre la prevención temprana de diabetes, en el que se han incluido a 3.000 pacientes de la Unión Europea, Estados Unidos y Australia ■







Entre nuestros retos  
está la  
**formación**  
de talento humano

Carina Vance

Ministra de Salud de Ecuador

Texto | Ana Montero

Fotos | Ministerio de Salud de Ecuador



**“Entre nuestros retos está la formación de talento humano”**

En estos momentos el sistema de salud de Ecuador está dando un giro de 360°, con logros tan relevantes como la gratuidad en cuanto a acceso de servicios de salud. En este sentido, la actual ministra de Salud del país, Carina Vance está apostando por fortalecer la Atención Primaria; por implementar estrategias de promoción y prevención de la salud; por la formación de especialistas; y por favorecer que los 10.000 profesionales de la salud que están fuera del país regresen a Ecuador mediante “Ecuador Saludable Vuelve por Ti”, un programa a través del cual pueden optar a miles de plazas fijas dentro del sistema público de salud

**¿Cuál es el mapa sanitario de Ecuador en estos momentos?**

Nosotros en este Gobierno, desde el 2007, hemos vivido cambios importantísimos en cuanto al sistema nacional de la salud y a las políticas sanitarias del país. Concretamente, en el 2008, mediante la nueva constitución de la República, se logró la gratuidad en cuanto a acceso de servicios de salud, tanto atención sanitaria como medicamentos, que antes eran cobrados, lo que contribuía a que una gran parte de la población no pudiera acceder o accediera limitadamente a los servicios de salud. Esta gratuidad de los servicios ha supuesto que se haya duplicado el número de atenciones en el sistema público, de 16 millones de atenciones, incluidas las atenciones por morbilidad, preventivas e ingresos hospitalarios, en 2006, a más de 34 millones en 2010 y una cifra muy similar en 2011. Esto ha generado nuevos retos para el sistema porque el crecimiento en la demanda tuvo que verse aceleradamente acompañado por un crecimiento en la oferta, lo que nos ha llevado a la construcción de nuevos hospitales, centros de salud, y a un incremento de casi 10.000 profesionales de la salud, in-

cluyendo médicos, especialistas y enfermeras, para poder satisfacer las necesidades de la población usuaria del sistema público nacional. Concretamente, hacia el 2010, esa demanda se estabilizó, lo que nos ha permitido tener un proceso de planificación mucho más adecuado, fino y detallado, basado en una proyección de demanda ya estabilizada. Por otra parte, nosotros estamos inmersos en un proceso de reforma democrática del estado ecuatoriano y, como parte de esa reforma, que busca homologar estructuras estatales y que pretende tener claridad en el traspaso de competencias que ha manejado el Gobierno central hacia gobiernos autónomos descentralizados, de hecho, nosotros tenemos más de 200 cantones a nivel nacional, y, por tanto, hay un traspaso de algunas competencias hacia esos cantones, y también hacia gobiernos provinciales,

tenemos 24 provincias a nivel nacional, el Ministerio de Salud ha entrado también en un proceso de transformación y de reforma integral. En este sentido, esa reconversión plantea una alta desconcentración y una mayor presencia del propio Ministerio, no un traspaso de competencias, pero sí una mayor presencia de instancias del Ministerio de Salud en todo el territorio nacional, desconcentrando facultades como la microplanificación a los territorios, así como la capacidad de gestionar recursos humanos, administrativos y financieros y, sobre todo, de poder llevar la atención a la ciudadanía en los territorios.

Así pues, al inicio de este gobierno, nos encontramos con estructuras, como la del Ministerio de Salud, en la que los ciudadanos para realizar gestiones tenían que venir a la capital, a Quito, lo que generaba alta inequidad. Estamos inmersos en ese proceso

y, desde el año pasado, tenemos una nueva estructura del Ministerio, donde se esclarecen sus competencias y funciones, su presencia en el territorio y su nivel de desconcentración.

**¿Cuáles son las estrategias que están implementando actualmente?**

En esta nueva estructura del Ministerio, estamos concretando una respuesta institucional a una estrategia de Atención Primaria de salud que se está implementando mediante nuestro nuevo modelo de aten-

ción integral. Esta estructura tiene como ejemplo una instancia, con un nivel de autoridad alto, que se dedica exclusivamente a la prevención y promoción de la salud, algo novedoso en la estructura del Ministerio de Salud de Ecuador. Así pues, en la aplicación de

ese modelo de atención integral y en la implementación de una estrategia de Atención Primaria en salud, estamos priorizando procesos de prevención y promoción de la salud, así como el fortalecimiento del primer nivel de atención, concretamente de los centros de salud, ya que veníamos de un sistema muy enfocado en la atención hospitalaria, y lo que hemos hecho, sin descuidar la oferta de servicios en el

nivel hospitalario, es **concentrarnos** mucho en el fortalecimiento de la Atención Primaria. Como ejemplo de esas estrategias, hay que destacar la prohibición de consumo de tabaco en espacios

públicos y, en el proceso de fortalecimiento del primer nivel, la implementación, en los centros de salud cercanos a la población, de técnicos de Atención Primaria. Actualmente hay más de 1.900 técnicos de AP, que son personas de las distintas comuni-

**Con el programa “Ecuador Saludable Vuelve por Ti” se pretende que los 10.000 profesionales de la salud que están fuera puedan optar a miles de plazas fijas dentro del sistema público de salud**

**Se están priorizando procesos de prevención y promoción de la salud, así como el fortalecimiento de la Atención Primaria**



dades y nacionalidades del país, que conocen bien su comunidad y, en definitiva, son el primer enlace y el primer vínculo del sistema de salud con la población. Además, en los centros de salud, en los que, por primera vez, hay una planificación territorial nacional, es decir, sabemos qué necesitamos en cuanto a servicios de salud, tenemos equipos de atención integral, formados por médicos, especialistas, enfermeras, etc., que salen de los centros hacia las comunidades, con ese vínculo que son los técnicos de Atención Primaria, que son quienes realizan el diagnóstico permanente y constante de la situación de salud de la población. Otro cambio fundamental en el marco de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en salud es el reconocimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que, hasta este año, en Ecuador, no era reconocida como tal. Con este paso, lo que

se pretende es contar con profesionales de la salud especializados que ayuden a fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. En este sentido, este año arrancamos con la formación y especialización de 600 médicos generales, en el área de Medicina Familiar y Comunitaria, con lo que se pretende incrementar el nivel resolutorio en las unidades de salud y además romper un esquema histórico, que ha generado problemas, que es que los médicos generales al querer especializarse en Medicina Familiar y Comunitaria, y al no tener la opción de hacerlo, o de percibir una remuneración adecuada, han optado por especialidades que se orientan a la atención hospitalaria, lo cual está bien, pero no nos ha permitido, hasta ahora, poder fortalecer el primer nivel de atención. Así pues, hoy en día, el reconocimiento de esta especialidad supone un incentivo mayor para los profesionales, ya

que pueden percibir la misma remuneración que percibe un especialista en un hospital pero en un centro de salud.

**¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del sistema? ¿Y cuáles son los retos de futuro?**

En este momento, uno de los principales retos que tenemos es el que tiene que ver con la formación de talento humano. En el país, históricamente, la formación de especialistas en distintas profesiones de la salud, y, en concreto, de especialistas médicos, no ha sido un proceso donde el Ministerio de Salud, como autoridad sanitaria, haya tenido un papel protagonista. Hoy en día, hemos identificado cuáles son las mayores brechas existentes en las distintas especialidades, por ejemplo, el país requiere de especialistas en las áreas de Anestesiología, Imagen, Cardiología, y con ese análisis y diagnóstico de necesidades, hemos establecido convenios con distintas universidades a nivel nacional, en los que se otorgan becas completas a médicos generales para que se puedan formar en las especialidades que necesita el país. Solamente en este año se han invertido 50 millones de dólares en este proyecto de formación y especialización de nuestros profesionales. Es un proyecto ambicioso y sabemos que esa formación requiere de tiempo, de ahí que las brechas que tenemos en el ámbito de atención especializada no puedan ser resueltas a medio plazo.

**Actualmente están promocionando el programa “Ecuador Saludable Vuelve por Ti”, que incentiva el retorno de profesionales ecuatorianos procedentes de España e Italia, ¿en qué consiste exactamente? ¿A quiénes va dirigido? ¿Qué objetivos persigue este plan?**

En el marco de estas políticas de talento humano en salud, estamos implementando el programa de “Ecuador Saludable Vuelve por Ti”, que tiene objetivo que los alrededor de 10.000 profesionales de la salud que nosotros estimamos que están fuera del país porque, en su mayoría, salieron durante la época del “salvataje bancario”, cuando en 1999 los bancos más grandes



## ENTREVISTA Carina Vance

congelaron sus depósitos y los ciudadanos perdieron sus ahorros y se vieron obligados a salir, vuelvan a Ecuador. Una gran parte de esos 10.000 profesionales de la salud se encuentran en España, pero también en Italia, Chile, Venezuela y Estados Unidos, y, por tanto, el objetivo del programa es que estos profesionales que se encuentran fuera del país puedan participar en un concurso de méritos y oposición, el más grande que se ha realizado en la historia de Ecuador, por el cual pueden optar a miles de plazas fijas dentro del sistema público de salud. Lo que hemos hecho es un trabajo interministerial para que los distintos profesionales puedan participar desde el exterior, por ejemplo, con entrevistas y toma de pruebas virtuales.

**Entonces, los que regresen, ¿en qué condiciones van a entrar y con qué se van a encontrar? ¿Cuál es el nivel retributivo al que pueden optar?**

Los que resulten ganadores del concurso sabrán que cuando regresen tendrán un trabajo que les espera y además un sistema de salud que ha dado un giro de 360° en cuanto a lo que era cuando salieron del país. Como ejemplo puntual, antes del gobierno del presidente Rafael Correa, en el sistema público no había un solo tomógrafo, hoy en día tenemos tomógrafos, mamógrafos, unidades quirúrgicas, unidades oncológicas... en todo el país y en los principales hospitales. Por tanto, en cuanto a equipamiento, que es una de las principales preocupaciones que hemos detectado en los profesionales, podemos decir que es el adecuado para lo que necesitamos, en un proceso que tiene como objetivo la excelencia en la calidad de los servicios públicos. También quiero destacar al respeto que, hace pocos meses, inauguramos la nueva unidad de cuidados intensivos neonatales de Guayaquil, considerada hoy día la mejor unidad de todo el país, incluyendo servicios privados, y, probablemente una de las mejores a nivel regional. Este es el giro que estamos dando, cuando los profesionales salieron del país el criterio que reinaba era que la atención no tenía que aspirar a la excelencia, hoy día, nosotros creemos que los servicios públicos tienen



que ser los mejores. Del mismo modo, en cuanto a la inversión que hemos realizado, sólo durante el gobierno del presidente Correa, se ha incrementado en más de cuatro veces la inversión de los últimos tres gobiernos. Concretamente, este año, hemos invertido más de 2.000 millones de dólares en el sistema nacional de salud y aunque esto no alcanza a lo que aspiramos y lo que manda la Constitución, que es otro gran logro, el poder incrementar el presupuesto en salud hasta alcanzar el 6 por ciento del Producto Interior Bruto, aspiramos a que nuestros profesionales, mediante nuestros procesos de información y comunicación, puedan conocer que regresan a un país con un sistema de salud completamente distinto.

**¿De dónde y por qué surge esta iniciativa? ¿Nace a petición de los profesionales que están en España? ¿Qué plazos y número de profesionales estiman que podrán entrar en el programa?**

Esta problemática, que conocíamos desde hace años, ha sido abordada gracias a la disposición y petición del presidente de la

República de establecer una estrategia clara para permitir que los profesionales de la salud puedan regresar al país si es que así lo desean. Hasta el momento, tenemos alrededor de 400 personas inscritas como interesadas en el proceso y aunque todavía no hemos arrancado con la fase de concurso de méritos y oposiciones, aspiramos a que sean cientos, sino miles, los profesionales interesados en regresar. De hecho, cuando estuvimos en España e Italia presentando el programa "Ecuador Saludable Vuelve por Ti", más de 600 personas se interesaron por el mismo. Por lo que respecta al nivel retributivo, el salario para un médico general sería de 1.600 dólares mensuales, con posibilidad de aspirar a más de 2.500 dólares, y para un especialista la remuneración arrancararía con 2.050 dólares al mes, aunque aspiramos a que, en los próximos meses, su salario base pueda ser de 2.600 dólares al mes. Además, en el caso de los médicos especialistas, el salario podría alcanzar los 4.000 dólares mensuales, gracias los bonos o a la retribución variable por eficiencia.

**En el caso de que la homologación del**

título se haya obtenido en España, ¿existe algún problema de homologación del mismo?

Hay procesos que han llevado tiempo porque ha habido que realizar un trabajo intersectorial un poco complejo, de hecho, en el caso particular de los profesionales que se han formado en España, Ecuador no reconocía esos títulos hasta hace pocos meses. Lo que hemos hecho, en ese caso, es un trabajo con la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología e Innovación, para que se reconozcan esos títulos otorgados por el Estado. Además, estamos trabajando con el Ministerio de Relaciones Labores porque muchos de los profesionales que están fuera del país ahora tienen cónyuges e hijos que no poseen la ciudadanía ecuatoriana, lo que presenta otra barrera para regresar, así pues, lo que hemos hecho es facilitar que la familia pueda recibir la visa de residencia de forma acelerada y que también los cónyuges puedan recibir la información pertinente a la hora de acceder a un trabajo en Ecuador. Lo que pretendemos es un acompañamiento personalizado de manera que los profesionales puedan regresar en las mejores condiciones.

¿En estos momentos cuántos profesionales ecuatorianos están fuera del país y cuál es su situación?

Estimamos que alrededor de 10.000 profesionales de la salud están fuera de nuestro país y su situación varía según los distintos países en los que residen. En el caso de España, estimamos que existe un grupo de profesionales de la salud altamente profesionalizado, incorporados en el sistema, y trabajando con pertinencia de acuerdo al perfil en las distintas especialidades, algo que nos interesa mucho porque los profesionales especializados son los que más necesitamos. En otros países, la situación es distinta, por ejemplo en Chile, tenemos más de 3.000 profesionales, la mayoría son médicos generales, y constituyen para nosotros

un grupo interesante ya que pueden participar en los procesos de formación en las distintas especialidades, y no necesariamente para incorporarlos directamente al sistema. Así pues, según las realidades de cada uno, nosotros variamos y cambiamos las estrategias. Conocer cada realidad implica un trabajo muy estrecho y cercano con la Secretaría Nacional del Migrante, nuestros consulados y embajadas en el exterior, que son quienes nos han apoyado en cuanto a un diagnóstico de la realidad en los distintos países.

¿Cuál es la realidad de la profesión médica en Ecuador?

En este sentido, hemos tenido algunas políticas muy interesantes que han reiterado la valoración que se le da al profesional de la salud en Ecuador. Este año, hemos implementado, por primera vez y de forma completa en todo el sistema público, la jornada de trabajo de 8 horas diarias o 40 horas semanales, ya que antes los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeras, trabajaban de 4 a 6 horas, lo que contribuye a la ampliación de oferta de servicios. Además, hemos duplicado, del año 2011 al 2012, el salario de los profesionales, si bien, anteriormente un médico general cobraba 900 dólares mensuales, en su primer año de trabajo, hoy día un médico general ingresa al sistema público percibiendo 1.600 dólares mensuales y puede aspirar a más de 2.500 dólares porque

además hemos implementado estrategias interesantes mediante bonos, como el de residencia, a través de los cuales, si una persona sale de su provincia de residencia a trabajar en otra provincia, percibe un bono de residencia, lo que incentiva que aquellas provincias que generan muchos profesionales, porque tienen mayor número

de universidades, no se ven discriminadas por no tener centros de formación en ciencias de la salud. Además, tenemos un bono geográfico que incentiva que los profesionales de la salud puedan trabajar en zonas de difícil acceso, donde históricamente ha sido más complejo contar con apoyo de profesionales. Del mismo modo, el año que viene comenzamos con la implementación del salario diferenciado por cumplimiento de objetivos mediante el cual, si se cumplen las metas marcadas en sus unidades, pueden percibir hasta un 30 por ciento más de su salario. Sin duda, aspiramos a que estas estrategias, de las que también se beneficiarían aquellos profesionales que se acojan al programa “Ecuador Saludable Vuelve por Ti”, haciendo un análisis de desempeño, contribuyan a una mejora de la calidad de nuestro servicio.

¿En qué situación se encuentra la comunidad ecuatoriana, afectada por la nueva norma sanitaria que establece que los extranjeros sin papeles sólo tendrán asistencia de urgencia por accidente o enfermedad grave? ¿Desde el Gobierno de Ecuador se plantean alguna iniciativa al respecto?

Hemos establecido conversaciones con el deseo de mantener una atención recíproca en ambos países y, en este momento, estamos haciendo un estudio detallado de la situación de los emigrantes españoles que reciben atención en Ecuador. En este sentido,

estimamos que cerca de 15.000 ecuatorianos están en este momento sin cobertura de salud en España, sin contar la atención urgente que sí está garantizada, algo que presenta un riesgo para la

Salud Pública, no sólo de la población específica ecuatoriana, sino de toda la población. Así pues, con el Organismo Andino de la Salud y con la Secretaría Nacional del Migrante hemos realizado un estudio para conocer la realidad de nuestros emigrantes en España y pensar en una estrategia regional para poder atender esta situación ■

## El país requiere de especialistas, concretamente, en las áreas de Anestesiología, Imagen y Cardiología

**Hoy día un médico general ingresa al sistema público percibiendo 1.600 dólares mensuales y puede aspirar a más de 2.500 dólares**





Sería deseable que el equipo encargado  
de la asistencia sanitaria de los

# bomberos se completara con un psicólogo,

ya que este colectivo vive situaciones  
de importante impacto psicológico



Vicente Moreno Mellado

Jefe de Sección del Servicio Médico del Cuerpo de Bomberos  
de la Comunidad de Madrid

Texto y fotos | Ana Montero



## PERFILES MÉDICOS

### Vicente Moreno Mellado

**“Sería deseable que el equipo encargado de la asistencia sanitaria de los bomberos se completara con un psicólogo, ya que este colectivo vive situaciones de importante impacto psicológico”**

La profesión de bombero comporta una serie de riesgos que convierten a los trabajadores de este colectivo en una población especialmente expuesta y vulnerable a los accidentes laborales y a las enfermedades profesionales. Su capacidad y estado físico son los que más se resienten y aunque las patologías más habituales son las relacionadas con el aparato locomotor, también son frecuentes los trastornos del sistema respiratorio, la pérdida de audición o las enfermedades cardiovasculares, a lo que se añade las situaciones límite que viven y que originan el denominado estrés post-traumático. En la Comunidad de Madrid, Vicente Moreno, especialista en Medicina del Deporte y responsable del área asistencial del Cuerpo de Bomberos, responde a cuestiones que tienen que ver, entre otras cosas, con las pruebas físicas de acceso y la inclusión de nuevos controles, como el de dopaje o el de fobias, o sobre cómo están afectando los recortes al manejo de la salud laboral de este colectivo.

**Usted es el responsable de la asistencia médica del Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid, ¿qué supone manejar la asistencia sanitaria de este colectivo? ¿En qué consiste exactamente su trabajo?**

Mi función es asistencial, me encargo de atender los accidentes de trabajo de los aproximadamente 1.300 bomberos que hay en la Comunidad de Madrid. Aparte, por mi especialidad en Medicina del Deporte, se me consultan prácticamente todas las lesiones de aparato locomotor que sufre este colectivo. En concreto, hay 18 parques repartidos en toda la comunidad autónoma, y el servicio asistencial está centralizado en el Parque de Las Rozas, en Madrid, de manera que cualquier profesional que tenga un accidente laboral tiene que venir aquí.

**¿Se sigue algún protocolo especial?**

Existe una guardia de localización de 24 horas, que tiene una duración semanal, y que nos repartimos entre los cuatro facultativos que estamos en el Parque de Las Rozas. Así pues, cada uno tiene una semana al mes de localización y durante esa semana cada vez que hay un accidente de trabajo o una incidencia de salud de algún

trabajador que esté de guardia se nos comunica, le atendemos por teléfono, y se le deriva a un centro de salud o a un hospital, si así lo requiere, o se le cita para atenderle aquí. A partir de aquí, si es un proceso de enfermedad común se le deriva

a su médico de Atención Primaria y si es un accidente laboral el seguimiento ya se realiza en el servicio médico, se le da la baja, se le pauta tratamiento, se le manda rehabilitación o se le manda a algún especialista. Cuando vienen a consulta el procedimiento es el habitual, se le hace una historia clínica

y una exploración, casi siempre lesiones de aparato locomotor.

**¿Cuánto tiempo se le dedica al paciente?**

Tengo la suerte de poder dedicar a cada paciente el tiempo que quiero, en un caso, son cinco minutos, y en otros, treinta. No tengo la presión asistencial que existe en un centro de salud o en un hospital.

**¿En qué espacios se desarrolla la práctica asistencial?**

Estamos repartidos en tres áreas, un área administrativa, donde está el jefe de servicio, el secretario y las dos doctoras y la enfermera; un área asistencial, en la que

paso mi consulta, junto con el área de Fisioterapia; y, por último, la zona en la que se realizan los exámenes de salud, bastante exhaustivos, donde se realiza la historia clínica; un electrocardiograma de reposo; una espirometría basal para ver función pulmonar en reposo; una audiometría en cabina; pruebas de agudeza visual; y todas las exploraciones que se hacen en los reconocimientos médicos; y una prueba de esfuerzo, con valoración de consumo de oxígeno. Desde hace dos años, contamos con el apoyo puntual de un cardiólogo que ha revisado, por lo menos una vez, a todos los trabajadores. Gracias a ese apoyo adicional no sólo vemos la valoración funcional del bombero sino que también se pueden detectar posibles patologías que al no ser especialistas en Cardiología se nos pueden haber pasado desapercibidas.

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

De los cuatro facultativos que hay en el parque, el jefe de servicio es especialista en Medicina del Trabajo, y las otras dos doctoras, una de ellas es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, con lo cual, los temas de Medicina Interna los resuelve ella, y la otra doctora trabaja en urgencias y, además, tiene muchos conocimientos de Medicina del Deporte. Como servicios de apoyo externo están el cardiólogo y el fisioterapeuta. En ese sentido, sería deseable que el equipo lo completara un especialista en Psicología, ya que las situaciones de tensión y estrés que viven y a las que están sometidos los bomberos producen un importante impac-

to y desgaste psicológico. Se trata de un colectivo que vive situaciones de emergencia, momentos límite, que luego necesitarían de una atención psicológica. Hemos tenido casos de compañeros que han atendido en catástrofes, muertes traumáticas o en accidentes de tráfico, en los que han tenido que asistir, por ejemplo, a niños, que luego, una vez pasado el momento límite y de presión, se quedan afectados y necesitan contarlo y desahogarse.

### **¿Qué tipo de tecnologías, materiales y equipos se utilizan?**

Tenemos una cabina para audiometría; un equipo de control de visión; un espirómetro; y un electrocardiógrafo; y para la prueba de esfuerzo, contamos con una máquina elíptica, una cinta ergométrica y una bicicleta estática. Por su parte, el fisioterapeuta tiene aparatos de ultrasonido, onda corta, microonda, máquina de corrientes, camilla eléctrica... En cuanto a dotación de material estamos muy bien equipados gracias a las gestiones de nuestro jefe de servicio.

### **Hay cierta controversia con el examen de salud, el último ejercicio de la fase de oposición al cuerpo, ¿en qué consiste? ¿Cuáles son los problemas que plantea?**

Básicamente, el examen de salud previo para el ingreso al cuerpo es el mismo que se le hace al bombero profesional, son las mismas pruebas y los mismos requisitos, de hecho, hay un cuadro de aptitud médica, aprobado y consensuado por la Asociación de Sanitarios de Bomberos de España (ASBE), que respalda la publicación de este cuadro en la convocatoria que se publica en el BOCAM para el ingreso al cuerpo de bomberos. En base a ese cuadro, nosotros determinamos si hay alguna causa de exclusión o no en el aspirante. En cada convocatoria hay una revisión de esas aptitudes, concretamente, a finales de este mes, cinco o seis médicos de ASBE nos reuniremos para empezar a revisar de nuevo el cuadro de aptitudes, para ello hemos recabado información de





## PERFILES MÉDICOS

### Vicente Moreno Mellado

la EMT, del Ejército, de pilotos, y de otras entidades que, más o menos, puedan tener relación con nosotros. Además, como complemento a las causas de exclusión puramente médicas, en esta última convocatoria, se han introducido dos pruebas de control de fobias, concretamente, a los espacios confinados y a tolerancia a la altura, en las que se buscan fobias evidentes, que descontrolen al opositor. Asimismo, dentro de las pruebas físicas de acceso ha habido

dos modificaciones importantes, que han partido del servicio médico y de la unidad de educación física. Por un lado, los controles de dopaje y, por otro, el hecho de que las pruebas físicas hayan dejado de estar baremadas en función de la mejor nota. En cuanto al control de dopaje, se ha realizado toma de muestras a todos los opositores que han superado la fase de ejercicio de pruebas físicas y luego sólo se han analizado las muestras de los que han superado al final todo el examen, lo que supone un gasto para la Administración y un esfuerzo de medios, materiales y humano importante. Por lo que se refiere a la segunda modificación, antes el que marcaba el diez era el que mejor hacía una determinada prueba, de manera que el opositor no veía el límite, ahora el baremo es cerrado y el entrenamiento va a conseguir esa marca en el momento del examen. Lo que ocurría era que nos encontrábamos con opositores que no hacían más que entrenar para ser los mejores, con un excesivo estrés emocional y físico. Con esto lo que se ha pretendido es racionalizar y desmitificar el tema de las pruebas físicas, porque lo que de verdad marca el que entra o el que no es el que hace un buen ejercicio teórico.

**¿Cuál es la formación que ha de tener un profesional que se dedique a la Medicina en este entorno?**

Ahora mismo es obligatorio que en el servicio haya un especialista en Medicina del

Trabajo, tal y como se recoge por ley en todo servicio de Medicina de empresa. En mi caso, el ser especialista en Medicina del Deporte me ha ayudado mucho a diseñar todas las pruebas de reconocimiento médico y las pruebas de esfuerzo que se les realizan. Un médico de Atención Primaria podría hacerlo perfectamente, pero

la visión que le damos los especialistas en Medicina del Deporte a las lesiones del aparato locomotor de este colectivo que, sin ser deportistas de élite, sí necesitan una muy buena condición física para poder realizar su trabajo, es diferente.

**¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria? Por ejemplo, ¿hay que tener una preparación física determinada? ¿Se sigue algún tipo de entrenamiento?**

No, la experiencia te la van dando los años de asistencia. En cualquier caso, por lo general, los que nos dedicamos a la Medicina del Deporte nos gusta hacer deporte, pero ninguno de los que estamos, excepto el jefe de Servicio que sí tuvo que hacer pruebas físicas para entrar en el Cuerpo, porque así se estableció en aquel momento, realizamos pruebas físicas para poder ingresar.

**¿Cómo se forman los médicos en este ámbito? ¿Existe algún tipo de formación oficial?**

No hay nada específico. El bombero, por lo general, tiene una idiosincrasia especial y al cabo de los años, si tienes un poco de empatía, vas sabiendo cómo son y qué necesitan. Es más una cuestión de experiencia y de actitud personal. Es un paciente que le gusta saber lo que tiene y saber por qué tiene que hacer lo que se le manda.

**Por lo que se refiere a la práctica asistencial, ¿cuáles son las lesiones más frecuentes con que se encuentra?**

Lo que más vemos son patologías del apa-

rato locomotor, concretamente, de rodilla y columna lumbar, son las lesiones “estrella” por sobrecarga, desde meniscopatías, a hernias discales, condropatías... Luego, las lesiones agudas de tobillo y las lesiones degenerativas del hombro.

**¿En qué ámbitos o situaciones se lesionan más los miembros de este colectivo?**

Fundamentalmente, el 60 por ciento de las lesiones se producen en la vida diaria de parque y el 40 por ciento en intervenciones. Evidentemente, esto varía de unos parques a otros, en los parques que más salidas tienen ese porcentaje aumenta un poco y al contrario. Dentro del parque, las lesiones más frecuentes son en el gimnasio o entrenando, hasta este año, en el que se ha registrado un aumento de lesiones en las primeras horas de trabajo en el parque, en el momento de la revisión de los materiales, equipos y camiones, por causas ajenas al propio trabajo en sí.

**¿Cuál es la incidencia de lesiones en el ámbito laboral, es decir en accidentes de trabajo, y cuál lo es en el extralaboral, por ejemplo, durante el entrenamiento?**

Del total de consultas realizadas en los últimos cuatro o cinco años, la incidencia de lesiones en el ámbito laboral y en el extralaboral es del 50 por ciento. Como lo que atiendo, fundamentalmente, son accidentes en el aparato locomotor, ese 50 por ciento de lesiones no laborales que veo son debidas al entrenamiento, producidas o bien esquiando o jugando al fútbol o montando en bicicleta.

**En base a estos datos, ¿algunas son evitables? ¿Existe algún tipo de programa de prevención?**

Una de las primeras cosas que hice cuando entré fue diseñar unas hojas de recomendaciones para las lesiones más frecuentes. En ese protocolo de ejercicios que ellos podían hacer en casa o en el parque, en el tratamiento de algunas lesiones iba también orientado a la prevención de la misma. Hay diseñadas hojas de rehabilita-

ción, recuperación y prevención para lesiones de esguince de tobillo; de rodilla; para problemas lumbares; para lesiones tendinosas del codo, como epicondilitis y epitrocleitis; para recuperación funcional del hombro... Así pues, todas ellas están orientadas a la fase final de la recuperación de la lesión, en la que el trabajador no precisa del médico para el seguimiento y son ejercicios que ya tiene que hacer él por su cuenta, y, al mismo tiempo, le van a valer para prevenir que esa lesión no vuelva a aparecer. Además, hay que hacer referencia al programa de prevención de lesiones lumbares que derivó en la entrega al colectivo de fajas de seguridad y trabajo individuales. Por otra parte, a nivel institucional, se mantienen reuniones periódicas de distintos grupos de trabajo en temas de prevención, Salud Laboral y accidentes, constituidos conjuntamente por representantes de la Administración y representantes sindicales, en las que nuestro servicio médico está también representado.

#### **¿Existe alguna relación directa entre la edad del bombero y la aparición de lesiones?**

Existe una cierta relación aunque no muy directa. En la última estadística que hemos realizado de accidentes de trabajo, del año 2008 al 2012, el mayor volumen de accidentes se producía siempre entre los 35 y los 45 años, pero sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas con los otros grupos de edad más cercanos, sin embargo, sí las hay con las de los grupos de edad más avanzados que realizan menos intervenciones. Respecto a la incidencia de accidentabilidad en ese rango de edad, ésta es prácticamente la misma que la de la población global de bomberos.

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

El nivel científico de la Medicina Deportiva en España es muy bueno y creo que hay



muy buenos especialistas. No tenemos nada que envidiar a los especialistas de fuera, pero nosotros tampoco hacemos nada especialmente diferente. Quizá nos falta algo más de dotación en investigación y deberíamos publicar más porque la mayoría de las publicaciones son extranjeras. En este sentido, el nivel de las revistas internacionales es mayor que el de las españolas. Respecto a los equipos y tecnologías, en general, la dotación nacional es buena.

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

#### **¿En qué medida están afectando los recortes que se vienen produciendo al manejo de la salud laboral de este colectivo?**

Al colectivo de funcionarios lo que más nos ha afectado ha sido la desaparición de los especialistas que teníamos a través de la entidad colaboradora UPAM (Unidad de Prestaciones Asistenciales), de manera que teníamos un cuadro de especialistas que agilizaba la atención inicial y los tratamientos, acortándose así los periodos de baja. Esto ha motivado y, seguramente motivará, que las bajas se alarguen y que aumenten las cifras de accidentabilidad laboral indirectamente ■



ас



FUE NOTICIA

# La tualidad del sector



## FUE NOTICIA

### La actualidad del sector

30 de enero

El año 2012 se cierra con un gasto en farmacia de 9.769.942.620 euros, un 12,26 por ciento menos que en 2011. Es la primera vez desde 2004 que la factura farmacéutica pública baja de los 10.000 millones. En el segundo semestre de 2012, que coincide con el periodo en el que han estado vigentes las medidas de política farmacéutica puestas en marcha por el Gobierno, el ahorro en farmacia asciende a 1.106,94 millones de euros. Si se suma el ahorro de todo el año, alcanza los 1.365,46 millones ■

El Ministerio propone al Foro de la Profesión un convenio de colaboración que incluye crear tres grupos de trabajo. Como "muy fructífera" calificaba Francisco Miralles, secretario general de CESM, integrante del Foro de la Profesión Médica, la reunión que éste (acudieron altos representantes de las siete organizaciones que lo forman) mantenía en la sede del Ministerio de Sanidad con la ministra Ana Mato y la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas. En la reunión, el Foro no sólo era reconocido como interlocutor del Ministerio en cuestiones de política sanitaria que afecten a los profesionales, sino que Sanidad le planteaba la firma de un convenio de colaboración que aborda la reforma del SNS; los diversos integrantes del Foro se llevaban un borrador del convenio para analizarlo durante los días siguientes y a continuación decidir si proceden a firmarlo: el convenio incluye la creación de tres grupos de trabajo ■

1 de febrero

El Gobierno aprueba la Estrategia de Ciencia y Tecnología y el Plan Estatal de Investigación, documentos clave sobre los que se asienta el diseño de la política del Ejecutivo en I+D+i para los próximos años. En este sentido, su objetivo es el reconocimiento y promoción del talento en I+D+i y su empleabilidad; el impulso del liderazgo empresarial en I+D+i; el fomento de la investigación científica y técnica de excelencia; y el fomento de actividades de I+D+i orientadas a resolver los retos globales de la sociedad ■

El Ministerio de Sanidad actualiza los topes máximos de copago farmacéutico para los pensionistas. De modo que los pensionistas que antes pagaban 8 euros como mucho al mes por tener rentas anuales inferiores a los 18.000 euros pasarían a pagar 8,14 euros; los que tenían fijado el tope en 18 euros al mes (aquellos con rentas de entre 18.000 y 100.000 euros anuales) pasarían a pagar 18,32 euros de máximo; y los que tienen rentas de más de 100.000 euros anuales tendrían como tope 61,08 euros al mes ■

2 de febrero

Un total de 13.664 aspirantes para 6.389 plazas en el examen MIR. Un total de 40.266 titulados universitarios del área de Cien-

cias de la Salud optaban a una de las 7.845 plazas de Formación Sanitaria Especializada (MIR, EIR, FIR, etc.), convocadas por el Ministerio de Sanidad. En el caso de los médicos (MIR), hay 6.389 plazas, de las que 6.240 se ofrecen en régimen de residencia y 149, de alumnado; se presentan 13.664 aspirantes. Las pruebas selectivas se celebraban de forma simultánea el sábado, 2 de febrero, a las 16:00 horas ■

6 de febrero



Ana Mato traslada a la Comisión Europea su voluntad de colaborar en todo lo que afecte a la salud, el bienestar y los derechos fundamentales. La ministra de Sanidad mantenía tres reuniones en la sede del Parlamento Europeo, en Estrasburgo, con los comisarios eu-

ropeos encargados de los asuntos de su competencia. Las tres reuniones servían para intercambiar impresiones sobre los principales asuntos de interés mutuo y, en todas ellas, la ministra expresaba a los miembros de la comisión su voluntad, y la de todo el Gobierno, de "colaborar en todos los ámbitos que afecten a la salud, el bienestar y los derechos fundamentales de los ciudadanos" ■

El presidente de la OMC comparece en el Congreso para hablar de la necesidad urgente del Pacto por la Sanidad, de la despolitización de la gestión sanitaria, de un cambio en la financiación y de la necesidad de una mayor transparencia en la información. Juan José Rodríguez Sendín comparecía en la "Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad" y su primera conclusión era la necesidad urgente "de que se pongan de acuerdo para rediseñar lo que se denomina pacto o acuerdo de máximo nivel, el cual seguimos pidiendo porque lo consideramos imprescindible". Dada la situación política actual, ese pacto parece cada día más complejo, pero Rodríguez Sendín expresaba que "ese ambiente de pacto lo tienen que recuperar y ellos saben dónde está el punto de inflexión, en el concepto de universalidad" ■

8 de febrero

Pilar Farjas anuncia que el Ministerio trabaja ya en el RD de Regulación del Sistema de Precios de Referencia. La secretaria general de Sanidad señalaba, en el XVI Foro de Farmaindustria y las Comunidades Autónomas celebrado en Zaragoza, que será "una herramienta clave de mercado y de la necesaria contención del gasto farmacéutico". Farjas pidió a la industria far-

macéutica que mantenga su "compromiso y lealtad", necesarios entre "todos los agentes implicados con la Sanidad pública". Tras recordar el Plan de Pago a Proveedores que puso en marcha el Gobierno el año pasado, que fue "al mismo tiempo una inyección de liquidez y una inyección de confianza" para muchas empresas farmacéuticas, y el Fondo de Liquidez Autonómica, la secretaria apostaba por buscar "objetivos comunes" con la industria ■

**Una única candidatura a la Presidencia de la OMC, la de Juan José Rodríguez Sendín.** El viernes, día 8 de febrero, la Junta Electoral proclamaba como candidatos a la Presidencia del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) al doctor Tomás Toranzo Cepeda y al doctor Juan José Rodríguez Sendín. Ese mismo día, a las 20:30 horas, el candidato Tomás Toranzo retiraba su candidatura sin alegar los motivos de esta decisión, por lo que se mantiene una única candidatura a la Presidencia. Estas elecciones, que se celebrarán el 9 de marzo, incluyen también la renovación de los cargos a vicesecretario y tesorero del CGCOM y a la Sección de Médicos con Empleo Precario. La Junta Electoral proclamó como candidatos a la Vicesecretaría al doctor Jerónimo Fernández Torrente, y como tesorero al doctor José María Rodríguez Vicente. Ambos ostentan estos cargos en la actualidad. Como candidatos a representante nacional de la Sección de Médicos con Empleo Precario fueron proclamados los doctores Manuel Dacosta Moure, Fernando Rivas Navarro y José Luis Santos Casas. Este último retiraba también su candidatura ■

## 11 de febrero

**El Foro de la Profesión firma el acuerdo de colaboración con Sanidad y aplaza 'sine die' la manifestación del 23-F.** Lo que el jueves 7 de febrero era un no, el viernes 8 por la noche se transformaba en un sí. Y el Foro de la Profesión Médica firmaba el lunes 11 de febrero el convenio de colaboración que el Ministerio de Sanidad le había propuesto el 30 de enero. Francisco Miralles, portavoz de la institución, destacaba, en declaraciones a EL MÉDICO, el compromiso del Ministerio en este sentido: se forma una comisión de seguimiento, se establece el plazo de dos meses para que los tres grupos de trabajo que se van a formar (Pacto por la Sanidad, Recursos Humanos y gestión clínica) presenten sus conclusiones, y éstas serán llevadas después al Consejo Interterritorial del SNS. Como primer fruto de la firma del convenio, el Foro decidía aplazar 'sine die' la gran manifestación médica que había convocado para el 23 de febrero ■

## 12 de febrero

**El Congreso rechaza la iniciativa del PSOE de devolver la tarjeta sanitaria a los inmigrantes irregulares.** Con esta iniciativa, que era rechazada con el voto en contra del PP, el PSOE pretendía reponer el derecho a la tarjeta sanitaria que el Gobierno "eliminó" a los inmigrantes irregulares con la reforma sanitaria impulsada por la titular del ramo, Ana Mato, el pasado mes de abril. Asimismo, también proponía un proceso de subasta para aquellos princi-

pios activos no sometidos a protección de patente como el que ha impulsado Andalucía, lo que podría permitir un ahorro estimado de unos 1.500 millones de euros al año en todo el SNS. Sin embargo, los "populares" rechazaban la propuesta al entender que, por un lado, esta propuesta es un "riesgo" ya que la medida "ha sido un fracaso, una chapuza y una improvisación", como aseveraba el diputado Manuel Cervera ■

**Más de 2.400 médicos especialistas salieron de España para buscar un empleo en 2012, cuatro veces más que en 2008, denuncia CSI-F.** Un total de 4.000 médicos se encontraban buscando empleo a finales de 2012 y un total de 2.405 especialistas habían solicitado un certificado de idoneidad a la Organización Médica Colegial (OMC) para salir fuera de España a buscar trabajo. Esta cifra multiplica por cuatro el número de certificados solicitados en 2008 (675), cuando comenzó la recesión y casi multiplica por dos el número de médicos que buscaban trabajo fuera de España en 2011 (1.380), como consecuencia de la crisis económica y la ausencia de convocatorias de oferta de empleo público ■

## 13 de febrero

**La ministra comparecerá en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso el 27 de febrero.** Así lo confirmaban fuentes parlamentarias después de que la ministra acumule ya más de 40 solicitudes de los distintos grupos parlamentarios para que asista a la Cámara baja en periodo ordinario de sesiones ■

**El 70% de los españoles opina que la Sanidad en España funciona bien o muy bien.** Así se desprende del Barómetro Sanitario de 2012, que presentará próximamente el Ministerio de Sanidad. La ministra Ana Mato lo adelantaba en respuesta a una pregunta oral del Grupo Socialista en el Congreso de los Diputados. Se trata de un aumento de más de dos puntos en relación al Barómetro del año 2008, cuando un 68,1 por ciento de los encuestados calificaba de bueno o muy bueno el funcionamiento de la Sanidad ■

## 14 de febrero

**El sistema de historia clínica compartida en todo el SNS cuenta ya con datos de 16 millones de españoles y en ella participan 12 comunidades,** de cara a poder acceder a esta información desde cualquier centro sanitario español. Así lo anunciaba la secretaria general de Sanidad durante su participación en la Jornada 'Mutualismo: eficiencia de un modelo' organizada por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI-F) en Madrid ■

NOTA: Cronología 30 de enero al 17 de febrero de 2013.

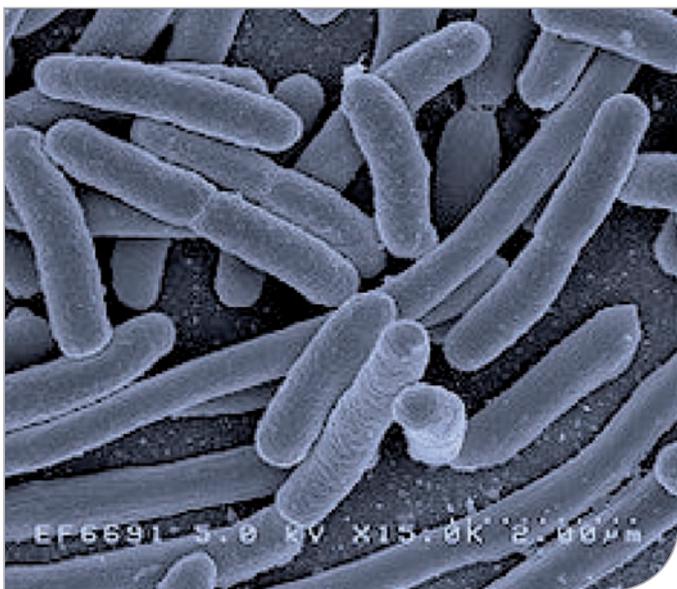
Para ampliar informaciones, ver:  
<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst



La  
antánea  
médica



## Las bacterias del tracto gastrointestinal protegen contra las enfermedades autoinmunes

Expertos del Hospital para Niños Enfermos (SickKids) de Canadá han realizado un estudio de este proceso en modelos experimentales, demostrando que las bacterias del intestino podrían proteger de enfermedades como esclerosis múltiple, artritis reumatoide o lupus y además han descubierto que la mujer podría estar "en mayor riesgo" que el hombre de padecer este tipo de enfermedades. Los resultados aparecen publicados en la edición online de la revista *Science*. En concreto, los investigadores han atestiguado que cuando se administró bacterias intestinales de individuos macho a individuos hembra con riesgo de diabetes, éstas estuvieron "fuertemente protegidas contra la enfermedad al aumentar sus niveles de testosterona". El modelo hembra presentaba un 85 por ciento de posibilidades de desarrollar diabetes, porcentaje que se reduce al 25 por ciento con las bacterias de los machos. Este hallazgo sugiere posibles estrategias para el uso de bacterias normales del intestino para bloquear la progresión de la diabetes dependiente de insulina en niños que tienen alto riesgo genético, sintetiza la autora principal de este estudio especialista en Biología Genética y Genoma de SickKids, la doctora Jayne Danska. Una posible explicación al hecho de que las bacterias del tracto gastrointestinal protejan contra las enfermedades autoinmunes la encuentra Danska en 'la hipótesis de la higiene'. Así, indica que el aumento "espectacular" de estas patologías en los últimos 50 años se asocia "a los cambios en la exposición a los microbios". Por último, y en relación a lo anterior, pone como ejemplo los casos de los niños que viven en granjas. Éstos están expuestos a un ambiente microbiano más denso y más complejo, pero "tienen menos enfermedades autoinmunes", concluye ■

## Dejar de fumar antes de los 40 años no acorta la esperanza de vida

Las personas que dejan de fumar antes de cumplir los 40 años podrían vivir el mismo tiempo que las que nunca ha consumido tabaco, tal y como evidencia una investigación realizada por el Centro de Investigación en Salud Global del Hospital de San Miguel y la Escuela Dalla Lana de Salud Pública de la Universidad de Toronto (Canadá). Este estudio, que ha sido publicado en la revista *New England Journal of Medicine* y obtenido a través de datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de Estados Unidos, demuestra que si se abandona el hábito antes de llegar a esa edad "se recuperan casi todos los años que iban a perderse". No obstante, los expertos dejan claro que fumar "reduce, por lo menos, diez años la vida de una persona. El director de esta investigación, el doctor Prabhat Jha, sostiene que este hallazgo no quiere decir que sea seguro fumar hasta los 40 años. De hecho, subraya que los exfumadores "tienen un riesgo mayor de morir que las personas que nunca han fumado". Por otra parte, el Premio Nobel de Economía, profesor Amartya Sen, manifiesta al respecto de estos datos que el hecho de que no se abandone el tabaco en los países más pobres se debe "a la incapacidad para desarrollar una política pública adecuada sobre el taba-



quismo". En este sentido, Jha expone que las tasas de tabaquismo en los Estados Unidos, China e India "se reduciría mucho más rápido si sus Gobiernos impusieran impuestos altos sobre el tabaco, como se ha visto en Canadá y Francia". A su juicio, ésta "es la medida más eficaz para conseguir que los adultos dejen de fumar y para evitar que los jóvenes empiecen a ello" ■

## Una mala calidad de sueño está relacionada con la pérdida de memoria

Una mala calidad de sueño en la fase de onda lenta, especialmente en adultos, está relacionada con la pérdida de memoria, según estudio de neurocientíficos de la Universidad de Berkeley, situada en California, (Estados Unidos). Los hallazgos de este estudio, publicado en *Nature Neuroscience*, revelan algunos de los porqués de los olvidos que sufren los ancianos y las dificultades para recordar nombres de personas. Cuando somos jóvenes, tenemos el sueño profundo que ayuda al cerebro a almacenar y retener nuevos datos e información, ha precisado uno de los investigadores de la Universidad de Berkeley Matthew Walker. "Pero a medida que envejecemos, la calidad de nuestro sueño se deteriora y hace que los recuerdos no puedan ser guardados por el cerebro durante la noche". La fase de sueño de onda lenta tiene un papel importante en el transporte de recuerdos del hipocampo a la corteza prefrontal. La fase de sueño de onda lenta es generada por medio del lóbulo frontal del cerebro y el deterioro de la región frontal del cerebro en las personas mayores está relacionado con su incapacidad para generar el sueño profundo. El descubrimiento allana el camino para tratamientos terapéuticos para la pérdida de memoria en los ancianos, tales como la estimulación transcraneal de corriente continua o remedios farmacológicos. En el estudio se comprobó que en adultos mayores, los resultados mostraron una clara relación entre el grado de deterioro cerebral en el lóbulo frontal medio y los problemas durante el sueño. Mientras tanto, en los adultos jóvenes, el escáner cerebral mostró que el sueño profundo había ayudado eficazmente a trasladar sus recuerdos desde el almacenamiento a corto plazo del hipocampo al que se registra a largo plazo en la corteza prefrontal ■



## Casi la mitad de los niños no están vacunados adecuadamente

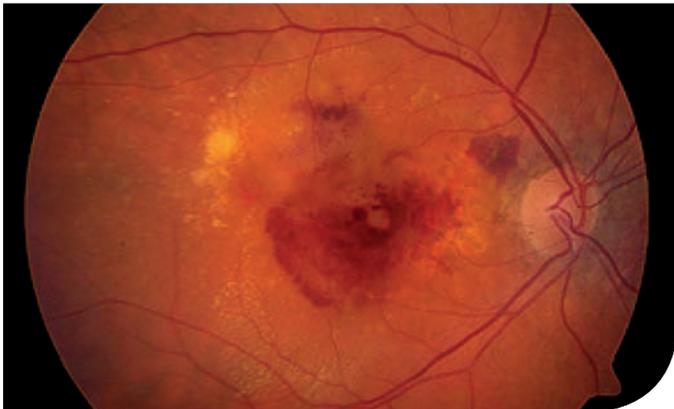
De los más de 300.000 niños nacidos en Estados Unidos entre 2004 y 2008 cerca de la mitad han recibido una vacunación "incompleta" hasta los dos años, en algunos casos porque los padres decidieron renunciar a las recomendaciones de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC). Así se desprende de los resultados de un estudio publicado en la revista *JAMA Pediatrics*, elaborado por científicos del centro Kaiser Permanente de Denver (Colorado), que analizó datos de ocho organizaciones que contaban con registros de vacunación de unos 323.000 niños. Durante el período de estudio, el número de niños que se habían retrasado en al menos una vacuna, incluyendo la del sarampión, rubeola y parotiditis y difteria, tétanos y tos ferina (DTP), aumentó del 42 por ciento a más del 54 por ciento. Del total, uno de cada ocho niños tenían una vacunación incompleta por decisión de sus padres, mientras que del resto no está claro por qué se había retrasado la vacunación, que según Jason Glanz, autor del estudio, podría deberse a haberse quedado fuera de la cobertura del seguro o a haber estado enfermos cuando les tocaba vacunarse. Los niños no vacunados también tendrían a tener un menor número de citas médicas y visitas a Urgencias que los que recibieron sus vacunas a tiempo. La negativa de los padres podría deberse, según los expertos a que cada vez hay más que recurren a la medicina alternativa. De hecho, estudios recientes han demostrado que muchos padres preguntan si se pueden retrasar o saltar ciertas vacunas por dudas sobre su seguridad o por su relación con un mayor riesgo de autismo ■





## Investigadores españoles prueban un colirio para tratar la retinopatía diabética

El Vall d'Hebron Instituto de Recerca (VHIR) lidera un ensayo clínico de ámbito europeo que testa un colirio pionero contra la retinopatía diabética, que afecta a un 30 por ciento de los pacientes de diabetes. Promovido por el Consorcio Europeo para el Tratamiento Precoz de la Retinopatía Diabética, el ensayo 'Eurocondor' cuenta con la participación de 17 centros, entre hospitales, universidades y centros de investigación de ocho países, además de la biofarmacéutica BCN Peptides. El ensayo evaluará la seguridad y eficacia de un colirio para tratar la retinopatía que abre la puerta a una nueva estrategia para combatir las fases iniciales de esta complicación de la diabetes, que en Cataluña sufren medio millón de personas. El director del Grupo de Investigación de Diabetes y Metabolismo del VHIR y coordinador del proyecto, Rafael Simó, ha significado que "hasta hace poco, el uso de gotas para los ojos no se había considerado una vía adecuada para la administración de fármacos en el tratamiento de la retinopatía diabética". "Se pensaba que no llegaban a la retina", ha añadido el líder del trabajo, que ha



remarcado que estudios recientes muestran que muchos fármacos administrados en colirio son capaces de llegar a la retina en concentraciones terapéuticas. Además, los métodos usados en este proyecto permitirán diagnosticar la patología en etapas incipientes, lo que también puede contribuir a cambiar los métodos actuales de detección precoz de la enfermedad ■

## España es el tercer país europeo en número de tratamientos de reproducción asistida

Cada año se llevan a cabo unos 50.000 tratamientos de fecundación 'in vitro' en España, de los que casi 25.000 son



de inseminación artificial, lo que coloca al país como el tercero a nivel europeo en número de tratamientos. Así, en España, se realizan un total de 54.000 ciclos de reproducción asistida cada año, mientras que, en Francia, se hacen 75.000 ciclos y, en Alemania, 68.000. Italia, se sitúa en cuarta posición por detrás de España, con un total de 52.000 ciclos cada año. "El esfuerzo investigador de los expertos en reproducción asistida ha permitido que nuestro país se sitúe en el tercer lugar de Europa en número de ciclos de reproducción asistida y que los expertos en esta área de la Medicina ocupen un lugar de privilegio tanto por el número de centros disponibles como por la calidad de los métodos que se aplican. De hecho el índice de éxito en los tratamientos ronda el 40 por ciento por ciclo". En el entorno europeo, el número de tratamientos de reproducción asistida realizados ha aumentado en los últimos años, y crece a un ritmo de entre un 5 y un 10 por ciento anual. De hecho, según el presidente del Comité Europeo para la Supervisión de la Reproducción Asistida, el profesor Jacques de Mouzon, "existe una tendencia clara a la homogenización entre los países en cuanto al uso de técnicas, aunque este acercamiento se producirá paulatinamente y con un cierto desfase". Entre las múltiples técnicas de reproducción asistida existentes, tres son las que concentran el mayor número de intervenciones en Europa. Así, la inyección de espermia intracitoplasmática (ICSI) acumula 268.000 ciclos en Europa, seguida por la fecundación 'in vitro' con 132.000 y, finalmente, la transferencia embrionaria (TEC) con alrededor de 100.000 casos. Los expertos evidencian ciertas diferencias entre países europeos en cuanto al uso de las diferentes técnicas. Así, la ICSI es absolutamente predominante en España, Austria, Grecia, Hungría, Italia, Polonia y Suiza, donde se emplea en más del 80 por ciento de las intervenciones en reproducción asistida. En el lado opuesto, se sitúan países como Rumanía en los que esta punción apenas se sigue en cuatro de cada diez casos ■

## Desarrollan un nuevo sensor electroquímico para detectar diferentes fenotipos del virus de la gripe

Un estudio interdisciplinar liderado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ha descrito un sensor electroquímico capaz de cuantificar la capacidad infectiva potencial que puedan tener nuevas cepas de virus gripales hacia un huésped aviar o humano. Los resultados, publicados en la revista 'Advanced Functional Materials', indican que por su alta selectividad, facilidad de uso, tamaño y coste, este dispositivo podría emplearse como herramienta analítica en programas de monitorización realizados de forma descentralizada en unidades de análisis o en ambulatorios. En el estudio han participado investigadores del CSIC pertenecientes al Instituto de Ciencia de Materiales de Madrid, al Instituto de Microelectrónica de Barcelona y al Centro Nacional de Biotecnología, así como del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria. El dispositivo descrito en este estudio está compuesto por una celda de tres electrodos, definidos en un mismo sustrato de silicio y fabricados mediante tecnología microelectrónica, sobre los que se ha desarrollado un receptor selectivo biomimético. Este receptor consiste

en una membrana sintética que trata de emular la doble membrana lipídica de las células diana, de forma que la interacción de los virus varía según su naturaleza. "La respuesta al virus provoca un cambio en la impedancia electroquímica del sensor que puede ser fácilmente medida con una instrumentación sencilla, robusta y compacta", según ha explicado el investigador del CSIC César Fernández-Sánchez, del



Instituto de Microelectrónica de Barcelona. Esto es clave, según añade, el investigador Gustavo del Real, del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria, porque "la capacidad de los virus de la gripe para infectar las células de una especie aviar o de humanos se basa en el reconocimiento de unos receptores presentes en la superficie de las células diana, normalmente las células del epitelio respiratorio, que consisten en moléculas de ácido siálico unidas al azúcar galactosa que, a su vez, se presentan unidas a diversas glicoproteínas y glicolípidos de la superficie celular ■



## La Eurocámara apoya fijar límites al ruido provocado por el motor de los coches

El pleno de la Eurocámara ha apoyado, por 401 votos a favor, 228 en contra y 20 abstenciones, una propuesta de reglamento que establece límites más estrictos al ruido provocado por el motor de los vehículos con el fin de aumentar la protección de la salud de los ciudadanos. La propuesta, que todavía debe ser negociada con los Gobiernos de los Veintisiete antes de convertirse en ley, prevé además la creación de un sistema de etiquetado de ruido para los vehículos nuevos. También establece normas para que los coches eléctricos e híbridos sean suficientemente audibles para los peatones. Según investigaciones realizadas por la Agencia Europea del Medio Ambiente, la mitad de la población urbana de la UE está expuesta a niveles de ruido superiores a 55 decibelios como consecuencia del ruido provocado por los vehículos. La exposición continua puede conducir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares o perturbar el buen funcionamiento de los órganos, entre otros problemas. La primera fase de reducciones prevista en el reglamento se aplicará a los nuevos modelos de vehículos y la segunda a todos los vehículos nuevos que entren en servicio. Asimismo, el texto aprobado propone introducir nuevos límites a los seis y ocho años a partir de su entrada en vigor. El límite para los coches estándar se reducirá de 74 a 68 decibelios y a los vehículos más potentes sólo se les permitirá un margen de 2 o 6 decibelios extra. El límite para los camiones pesados (de más de 12 toneladas) se mantendrá en los 81 decibelios. Para que los posibles compradores conozcan el nivel sonoro de los nuevos vehículos de motor, el reglamento propone la introducción de un sistema de etiquetado similar al que se utiliza para indicar el consumo de combustible, el ruido de los neumáticos y las emisiones de CO<sub>2</sub>. Además, los diputados sugieren que esta información también esté disponible en el material técnico de promoción en los puntos de venta ■



# Ind



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

# industria farmacéutica



### Sanidad determina que los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de los nuevos medicamentos estarán exentos de elementos económicos y se articularán sobre la base del conocimiento médico

**Carlos Lens, subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha reconocido que objetivo final del posicionamiento terapéutico de los nuevos medicamentos es partir de una posición consensuada que permita ganar tiempo en el proceso del precio y que facilite el acceso de los medicamentos a los pacientes.**

En el marco de la jornada "Posicionamiento terapéutico de nuevos medicamentos: nuevas estrategias de coordinación en el Sistema Nacional de Salud", organizada por la Fundación para la Investigación en Salud (Fuinsa), en colaboración con Roche, el subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Carlos Lens, ha explicado cómo la evaluación, a veces redundante, y la autorización de nuevos medicamentos abre, a su vez, un proceso de decisión sobre el precio y la financiación de los mismos, "hay capacidad evaluadora, el desafío está en cómo ponerla al servicio de todos y cómo poner en común estas capacidades".

En este contexto, el subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios ha explicado en qué consistiría el proceso que se está desarrollando para elaborar el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) y que ya se ha remitido a las comunidades autónomas y a los diferentes departamentos del Ministerio. Así pues, Lens se ha referido a la oportunidad de estos nuevos IPT, documentos que recogerán la evaluación única de los medicamentos, y que si son presentados antes de iniciar el proceso de financiación y precio, "ahorrarán tiempo". Por tanto, el propósito final sería partir de una posición consensuada, que permita ganar tiempo en el proceso del precio y, sobre todo, que facilite el acceso de los medicamentos a los pacientes, tal y como ha señalado el experto. Del mismo modo, Lens ha reconocido que el posicionamiento terapéutico de los nuevos medicamentos es "clave" en las políticas de precio y financiación de medicamentos, "tanto el análisis de coste-efectividad como el de impacto presupuestario están muy vinculados al lugar terapéutico inicial que va a tener un medicamento innovador".

Así pues, el objetivo de este documento es el de establecer una propuesta de trabajo conjunto con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), desde el momento en el que el medicamento fuera aprobado por la EMA, para dar información sobre las características de eficacia y seguridad, que quede abierta a la participación de las comunidades autónomas, concretamente, dos de ellas ocuparán las correspondientes vocalías en la Comisión Interministerial de Precios, durante seis meses, y además asistirán durante el mismo periodo como oyentes de forma previa. De esta manera, las comunidades autónomas que lo pidan podrán participar en estos análisis y podrán turnarse según se vayan evaluando los medicamentos, "no estamos actuando en contra de ninguna comunidad autónoma, ni dando preferencia a ninguna de ellas,



vemos que las regiones tienen algo claro y es que si son ellas las que van a financiar un medicamento a alto precio quieren saber para qué y con qué resultados", ha argumentado el subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. En definitiva, el objetivo de esta herramienta es que las comunidades autónomas se comprometan con el precio aprobado por la Comisión Interministerial de Precios y, para ello, el proceso se dotaría de todos los mecanismos necesarios de transparencia.

En otro orden de cosas, tal y como ha manifestado Lens, en esta herramienta de consenso, cuyo objetivo es el de "orientar" a los decisores, también se pretende contar con las sociedades científicas, "queremos que lo vean, lo critiquen y lo valoren", como ha apuntado, y también con la industria farmacéutica, "lo que falta son articular los tiempos", ha añadido. En esta línea, el experto también ha manifestado la intención de incluir a las asociaciones de pacientes.

#### Sociedades científicas, clínicos e industria farmacéutica

Por el contrario, José Luis Poveda, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), ha defendido que el posicionamiento terapéutico de un fármaco para evaluar su utilidad y la decisión de financiarlo y fijar un precio se integren en un proceso único y centralizado y, además, ha manifestado que "si no se añade evaluación económica al informe, se van a crear elementos mayores de incertidumbre". En estos términos, Poveda ha planteado que a la hora de iniciar el proceso de financiación y precio de un fármaco la Comisión Interministerial de Precios podría adoptar una decisión con ayuda del tipo de informes que se hacen desde GÉNESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos), en el que actualmente par-

ticipan 77 farmacéuticos de 47 hospitales de toda España. "Hasta el momento, la solidez, metodología e inclusión explícita de aspectos de evaluación económica de los informes que hemos elaborado han sido tomados como referente y valorados de forma muy positiva por parte de la Comisión Interministerial de Precios para el posicionamiento y la fijación del precio de financiación pública de los nuevos medicamentos", ha explicado el experto, de ahí que considere que este mecanismo pueda ser también útil con el nuevo procedimiento de posicionamiento terapéutico.

En definitiva, para el presidente de SEFH, un esquema lógico debería arrancar con un informe de utilidad terapéutica elaborado por la AEMPS, como puerta de entrada al proceso de evaluación, y, tras el complejo entramado técnico y administrativo que lleva aparejado este proceso, a la hora de decidir la financiación o no de un medicamento y para fijar su precio, la Comisión Interministerial de Precios podría adoptar las decisiones relativas a estos aspectos con ayuda del informe GENESIS. "En este circuito, la clave es seguir el principio de potenciación aditiva o de multiplicar sumando, es decir, el de tratar de sumar esfuerzos de los distintos profesionales implicados en la evaluación de los nuevos fármacos para mejorar así la eficiencia del proceso, como tantas veces la experiencia nos ha demostrado", como ha argumentado.

En la misma línea, Ester Amado, vicepresidenta de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), ha planteado que los informes que elabora el Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CmENM) son un documento a tener en cuenta, "el CmENM aporta metodología, informes únicos y consenso entre las comunidades autónomas, también transparencia y credibilidad". De igual modo, la SEFAP se ha puesto a disposición del Ministerio y la AEMPS para aportar su experiencia y metodología en la implantación del nuevo modelo de posicionamiento terapéutico de los nuevos medicamentos.

Por su parte, Antonio Portolés, presidente de la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC), ha destacado la importancia de las comisiones clínicas en los hospitales; y Miguel Martín Jiménez, jefe de servicio de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, y presidente del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM), ha expuesto los criterios de financiación de los nuevos medicamentos oncológicos, donde deberían establecerse unas normas claras de financiación de nuevos fármacos antitumorales, de obligado cumplimiento, con la aprobación de EMA como referencia inicial, "donde los fármacos curativos y los que aumentan la supervivencia deberían ser financiados sin restricciones", según sus palabras. Martín Jiménez, único clínico de la mesa, también ha evidenciado la necesidad "urgente" de realizar estudios académicos "pragmáticos" para aportar la evidencia que falta en el manejo de muchos cánceres y en los resultados de las terapias oncológicas en nuestro país.

Desde el punto de vista de la industria farmacéutica, Emili Esteve, director técnico de Farmaindustria, ha reconocido que la elaboración de un IPT sería bien recibido por parte de la industria y, así-



mismo, ha pedido que dicho informe sea consensuado por todas las partes, "si las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad han decidido adoptar un posicionamiento terapéutico para una indicación, éste se debería respetar, es decir, una vez se ha movido ficha, hay que atenerse a las consecuencias para facilitar el posterior acceso del medicamento".

### **Postura de las CC.AA.**

En este sentido, Encarnación Cruz Martos, subdirectora de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, ha destacado la importancia del posicionamiento terapéutico en relación a la eficiencia, asegurando que cuando un fármaco tiene mucha eficacia, seguridad y, además, menor coste, se incorpora a la terapéutica. De igual forma, ha evidenciado la conveniencia de este documento nacional de posicionamiento terapéutico, "siempre y cuando los objetivos sean muy claros y también quiénes van a ser los destinatarios, y siempre que exista credibilidad y garantía de respuesta a las necesidades de los distintos agentes, tanto el Ministerio como la Comisión Interministerial de Precios, las comunidades autónomas y los profesionales".

Por su parte, Antoni Gilabert, gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del Servicio Catalán de la Salud, ha explicado el programa de armonización de tratamientos farmacológicos del Servicio Catalán de la Salud, "puesto que la mejora de la eficiencia y la calidad de la prestación farmacéutica requiere decisiones basadas en la eficacia comparada, la relación coste-efectividad y la armonización de los tratamientos farmacológicos para asegurar la equidad de acceso y los restados en salud", como ha argumentado el experto, a lo que ha añadido que la incertidumbre económica y de resultados de un nuevo medicamento puede minimizarse con estrategias de corresponsabilización de riesgos y beneficios.

Por último, Carolina González-Criado, subdirectora general de Farmacia del Servicio Gallego de Salud, también se ha referido a la armonización de los criterios de utilización de los medicamentos de especial impacto sanitario, social y económico y a la protocolización farmacoterapéutica de patologías con elevado impacto sanitario, social o económico, e importante variabilidad; y ha insistido en las ventajas del IPT, "que será único en todo el territorio, lo que evitará inequidades" ■



## ON-LINE La Medicina en la red

<http://neurodidacta.es/>



La Fundación del Cerebro, con el patrocinio de la Fundación Mapfre, acaba de poner en marcha el espacio on-line neurodidacta.es, un proyecto único en internet donde los profesionales dedicados a la atención de pacientes con enfermedades neurológicas y los propios pacientes y familiares podrán encontrar información y formación, así como compartir experiencias.

Uno de los aspectos más destacables del portal es su área de formación. A través de la integración de una plataforma de e-learning se han comenzado a impartir diversos cursos y talleres dirigidos a profesionales sanitarios, familiares de enfermos y los propios pacientes. Así, a través de esta plataforma, los usuarios podrán acceder a cursos sobre epilepsia, ictus y enfermedades cerebro-vasculares, Alzheimer y demencias, enfermedades neuromusculares, esclerosis múltiple y enfermedades desmielinizantes o sobre Parkinson y otros trastornos del movimiento, así como realizar test de autoevaluación asociados a esos cursos. La página incluye un blog en cada área temática, liderado por neurólogos expertos en dichas patologías, y se potencia por la difusión de la información a través de redes sociales como Twitter o Facebook ■

<http://www.cnpt.es/>

El Comité Nacional para la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo (CNPT), que agrupa más de 40 sociedades científicas y asociaciones profesionales del ámbito sanitario español, renueva su página web y la pone al servicio de sus sociedades científicas y de la sociedad en general, de cara a facilitar la documentación y la comunicación respecto de la actualidad de la prevención y control del tabaquismo en España.

La página se adapta a la mayoría de instrumentos virtuales de estas características en nuestro entorno. Debido al carácter referencial que el CNPT tiene entre la comunidad científica y en el ámbito de las políticas de control del tabaquismo en el país, se ha priorizado y potenciado los apartados de documentación ("Centro de recursos") y comunicación ("Sala de prensa"). Así, el menú de "Centro de recursos" ofrece documentos sobre estudios e informes (de hasta trece apartados diferentes de interacción con

el tabaco), encuestas, publicaciones, normativa y legislación, tácticas de la industria tabacalera, campañas preventivas, imágenes de publicidad sobre el tabaco y guías de apoyo para hacer frente al tabaquismo o a su abandono. En "Sala de prensa" se ha habilitado un nuevo servicio de noticias que destaca las más relevantes que se van produciendo con periodicidad semanal, así como las principales notas de prensa que la entidad elabora con una frecuencia de entre 8 y 10 anuales.

Además se incluye un área internacional que pretende estar regularmente conectada con las principales novedades de la prevención y control del tabaquismo en la Unión Europea, especialmente de las directivas y cambios normativos que acaban siendo de obligado cumplimiento para los estados miembros y por tanto, para el Gobierno español.



También se pretende potenciar con una sección específica la participación de las Sociedades Científicas miembros del Comité, bien compartiendo documentos u otros recursos que elaboren sobre el control de tabaco, bien participando a través de Grupos de trabajo en el seno del CNPT ■

<http://www.conartritis.org/>

La Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) renueva la imagen de su espacio web debido a la evolución que está experimentando la Coordinadora en estos últimos años; y que ha podido realizarse gracias al apoyo de UCB a través del programa Comparte.

Además del destacado cambio de diseño, la nueva página presenta importantes novedades en lo que se refiere a contenidos, los cuales son más fáciles de consultar gracias al carácter práctico e intuitivo de la web. La página aporta un espacio para pacientes, familiares, asociaciones, profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, etc.) y demás personas interesadas en la Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Artritis Idiopática Juvenil, donde pueden consultar cualquier aspecto relacionado con la enfermedad, y dónde encuentren ayuda y apoyo para mejorar su calidad de vida. Con esta idea se han creado secciones pensadas especialmente para los pacientes, y otras para las asociaciones y demás protagonistas, como son los especialistas médicos.

Entre las novedades más destacadas en relación a el anterior site,



## EN PREVISIÓN

### Citas de interés

#### Atención Primaria

##### XX Congreso Nacional y XIV Internacional de Medicina General

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



#### XXXIII Congreso semFYC



Granada. Fecha inicio: 06/06/2013. Fecha fin: 08/06/2013. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi, 11. Pl 2ª. Of 13. 08002 Barcelona. Tel: 933 177 129. Correo electrónico: congresos@semfyc.es Referencia web: <http://www.semfyc2013.com>

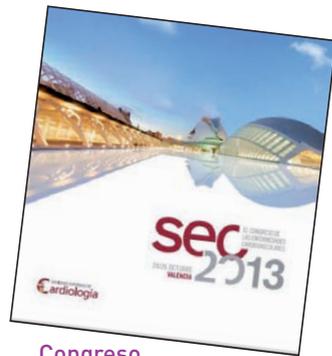
#### 35º Congreso Nacional Semergen Barcelona 2013

Barcelona. Fecha inicio:



23/10/2013. Fecha fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: AP CONGRESS. Narváz 15, 1º. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Correo electrónico: info@apcongress.es Referencia web: [www.semergenbarcelona2013.com](http://www.semergenbarcelona2013.com)

#### Cardiología



##### Congreso SEC 2013

Valencia. Fecha inicio: 24/10/2013. Fecha Fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: Servicio de Organización de Congresos de la Sociedad Española de Cardiología. C/ Ntra. Sra. de Guadalupe, 5 y 7. 28028 Madrid. Tel: 902 112 629. Fax: 902 113 630. Correo electrónico: info@cardiologiacongresos.org Referencia web: <http://www.secardiologia.es>

#### Endocrinología

##### XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes

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



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

#### Ginecología

##### IX Simposio Internacional de GEICAM

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



#### Medicina Interna

##### XXXIV Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Málaga. Fecha inicio: 21/11/2013. Fecha Fin: 23/11/2013. Secretaría Técnica:



S&H Medical Science Service. C/ Espronceda, 27 -

Entreplanta. 28003 Madrid. Tel: 915 35 7 183. Fax: 911 817 6 16. Correo electrónico: congresos@shmedical.es Referencia web: <http://www.fesemi.org/>

#### Neumología

##### 46º Congreso Nacional SEPAR

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



web: <http://www.congresosepar2013.com>

#### Pediatría

##### 62 Congreso de la Asociación Española de Pediatría

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





se encuentra la zona de Testimonios, de Actividades o el Foro de Debate; mientras que han ganado protagonismo la sección Pacientes y Asociaciones. Como en la versión anterior, también se podrán descargar las publicaciones, los dossiers de los proyectos y los boletines “A tu Ritmo” que elabora ConArtritis ■

## ■ [www.enfermedadesraras-shire.com/](http://www.enfermedadesraras-shire.com/)

Shire HGT ha creado el blog Enfermedades Raras, un espacio interactivo que contiene información relacionada con las cuatro patologías minoritarias para las que investiga y desarrolla tratamientos específicos: enfermedad de Fabry, enfermedad de Gaucher, síndrome de Hunter y angioedema hereditario.

Una enfermedad es considerada rara ó minoritaria cuando afecta a menos de 5 de cada 100.000 habitantes. A pesar de esta baja incidencia, la Organización Mundial de la Salud estima que un 7% de la población mundial padece alguna de las 7.000 patologías minoritarias. Ante esta realidad, Shire HGT quiere poner a disposición de pacientes, familiares y profesionales un site donde poder aprender y compartir información sobre las cuatro enfermedades de baja prevalencia en las que la compañía centra su actividad.

La página cuenta con una sección para cada una de las cuatro enfermedades, que contiene información sobre su clínica y diagnóstico. Además, la web también cuenta con una sección de noticias con las últimas novedades en investigación, congresos, consejos e



informaciones de interés para los pacientes, con el propósito de que Enfermedades Raras se convierta en una fuente de información actualizada y de referencia.

Se calcula que en España 3 millones de personas padecen estas enfermedades de carácter poco frecuente. Con la creación de esta plataforma, Shire pone a disposición de los pacientes, familiares y profesionales, una nueva herramienta para mejorar el acceso a información veraz y al diagnóstico, el cual se estima que en más del 50% de las ocasiones es tardío ■

## ■ <http://transplantrun.com/>

Novartis y las asociaciones de pacientes trasplantados de riñón, hígado, pulmón y corazón acaban de poner en marcha la ‘Transplant Run’, una carrera solidaria de 5 km en pro del colectivo de personas trasplantadas que pretende concienciar a la población sobre la importancia de las donaciones, fomentar la práctica del deporte entre este grupo de pacientes y recaudar fondos para proyectos que mejoren su calidad de vida. Avalada por la Societat Catalana de Trasplantament (SCT), la primera edición de esta carrera solidaria se celebrará el próximo domingo 10 de marzo en el Fórum de Barcelona, en el marco de la Semana del Trasplante.



En la carrera participará un importante deportista trasplantado de hígado que constituye un ejemplo de superación para el resto de pacientes y sociedad en general: Nani López, el primer atleta con trasplante hepático en acabar un Iron Man, quien además ha prestado su imagen para la carrera. Este triatleta sometido a un trasplante hepático a raíz de un cáncer consiguió terminar, sólo un año después de recibir el órgano, la Titan Desert MBT Marathon donde recorrió 100 km en bicicleta de montaña durante 5 días en el desierto del Sahara.

La compañía farmacéutica, comprometida con la calidad de vida de los pacientes trasplantados, quiere incentivar la participación en la ‘Transplant Run’ por lo que donará 5 euros por cada inscripción realizada en la carrera y destinará la recaudación total a proyectos dedicados a mejorar la calidad de vida de los pacientes trasplantados. Además, quienes quieran colaborar pero no puedan asistir el día de la carrera, pueden apuntarse en la fila cero ■



## EN PREVISIÓN Citas de interés

### Atención Primaria

#### XX Congreso Nacional y XIV Internacional de Medicina General

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



#### XXXIII Congreso semFYC



Granada. Fecha inicio: 06/06/2013. Fecha fin: 08/06/2013. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi, 11. Pl 2ª. Of 13. 08002 Barcelona. Tel: 933 177 129. Correo electrónico: congresos@semfyc.es Referencia web: <http://www.semfyc2013.com>

#### 35º Congreso Nacional Semergen Barcelona 2013

Barcelona. Fecha inicio:



23/10/2013. Fecha fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: AP CONGRESS. Narváz 15, 1º. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Correo electrónico: info@apcongress.es Referencia web: [www.semergenbarcelona2013.com](http://www.semergenbarcelona2013.com)

### Cardiología



#### Congreso SEC 2013

Valencia. Fecha inicio: 24/10/2013. Fecha Fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: Servicio de Organización de Congresos de la Sociedad Española de Cardiología. C/ Ntra. Sra. de Guadalupe, 5 y 7. 28028 Madrid. Tel: 902 112 629. Fax: 902 113 630. Correo electrónico: info@cardiologiacongresos.org Referencia web: <http://www.secardiologia.es>

### Endocrinología

#### XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes

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



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

### Ginecología

#### IX Simposio Internacional de GEICAM

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



### Medicina Interna

#### XXXIV Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Málaga. Fecha inicio: 21/11/2013. Fecha Fin: 23/11/2013. Secretaría Técnica:



S&H Medical Science Service. C/ Espronceda, 27 -

Entreplanta. 28003 Madrid. Tel: 915 35 7 183. Fax: 911 817 6 16. Correo electrónico: congresos@shmedical.es Referencia web: <http://www.fesemi.org/>

### Neumología

#### 46º Congreso Nacional SEPAR

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



web: <http://www.congresosepar2013.com>

### Pediatría

#### 62 Congreso de la Asociación Española de Pediatría

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



# Spiraxin®

(rifaximina-α)

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

Imagen en contraportada

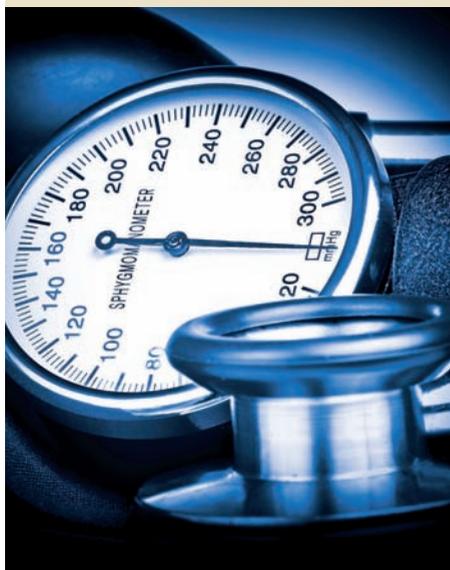
**BAMA — GEVE**

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - [www.bamageve.es](http://www.bamageve.es)

## REPORTAJE

### EN PORTADA

Día Mundial de la Salud



El Día Mundial de la Salud se celebra el 7 de abril para conmemorar el aniversario de la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948. Cada año se elige para ese día un tema que pone de relieve una esfera de interés prioritario para la salud pública mundial. El tema de 2013 es la hipertensión. Su objetivo es reducir el número de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Las metas específicas de la campaña son promover la toma de conciencia sobre las causas y las consecuencias de la hipertensión; animar a la población a modificar los comportamientos que pueden provocar HTA; convencer a los adultos de que controlen su presión arterial periódicamente; aumentar el número de centros de salud en los que se puedan realizar chequeos de la tensión arterial; y alentar a las autoridades nacionales y locales a crear entornos que favorezcan comportamientos saludables.

## FORO DE EXPERTOS

### TRIBUNAS

**Antonio Otero Rodríguez**

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

**Fernando Bandrés Moya y Sara Bandrés Hernández**

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

**I. Zorrilla Martínez y A.M. González-Pinto Arrillaga**

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava:  
"Impacto de la crisis económica actual en la Salud Mental"

**Olga Laosa y J.Rodríguez Mañas**

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

## ENTREVISTAS

**Jon Darpón**

Consejero de Salud del País Vasco



**Portavoces sindicales**



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

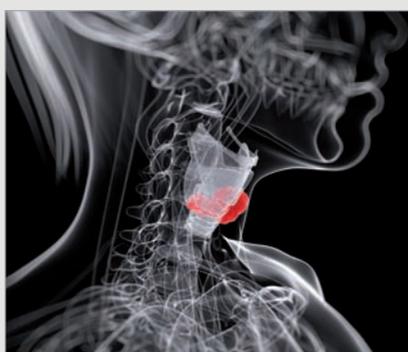


Francisco Miralles, CESM  
Pilar Navarro, UGT



## OTROS TEMAS

### RADIOGRAFÍA



La Oncología en España

### REPORTAJE



¿Hacia dónde camina la Atención Primaria?

# Seguro de Automóvil



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



Y además,

**50%**  
DESCUENTO

### Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

**Nosotros lo hacemos**

¿No sabe cómo volver a casa después?

**Nosotros le llevamos**

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

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

**Así de fácil y así de claro.**

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

**LA CONFIANZA ES MUTUAL**

**www.amaseguros.com 902 30 30 10**



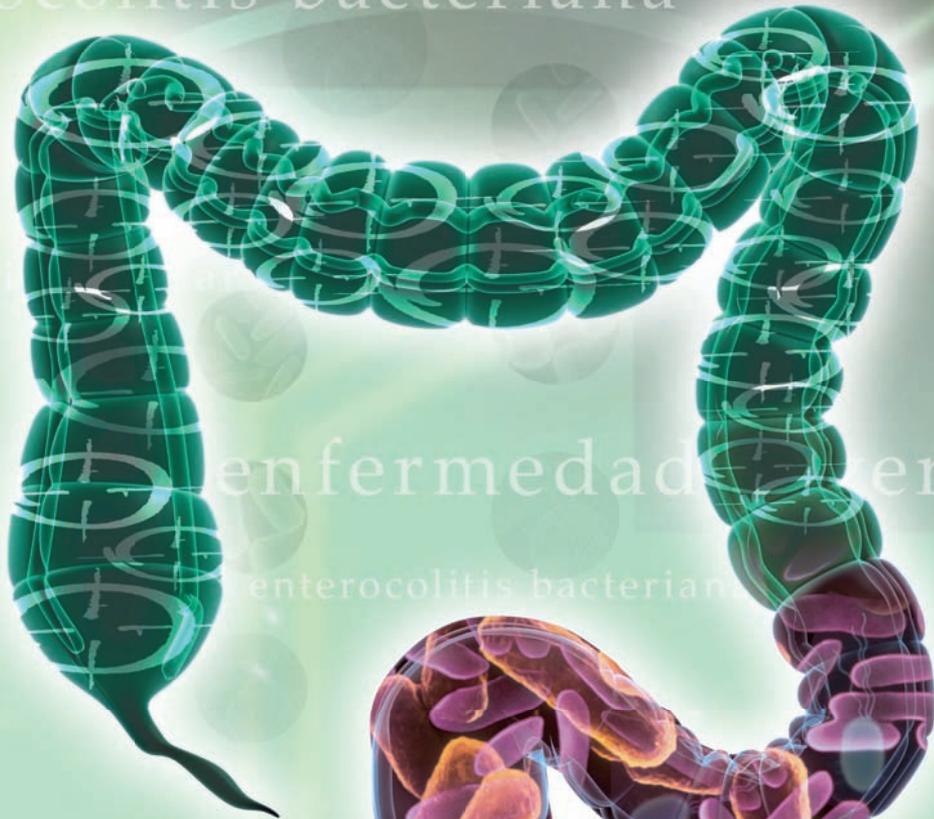
hiperamoniemia

# Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad



enfermedad di

hiperamoniemia

d diverticular

enfermedad diverticular

enferme

enterocolitis bacteriana

hipera

hiperamoniemia

ocolitis bacteriana

enfermedad dive



Financiado por el SNS

## ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

**BAMA - GEVE**

[www.bamageve.es](http://www.bamageve.es)

Ficha técnica en página 97