El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1143. Mayo 2013

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

35 años de formación MIR en España

Nueva sección

Investigación en sistemas de salud
Proyecto EPOCCA

Foros EL MÉDICO

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León

Seguro de **Automóvil**

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

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.

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

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

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

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Adaptarse a Europa en la formación

En julio de 1978 se daba luz verde al Real Decreto 2015, por el que se regulaba la obtención del título de médico especialista, dando carta de naturaleza legal al sistema de formación vía MIR. Dicha norma recogía que "las enseñanzas de especialización podrán cursarse por el sistema de residencia". Han pasado ya 35 años desde que se oficializara, y, a día de hoy, se hace evidente que dicho sistema de formación, a pesar del éxito indiscutible que desde un principio supuso y de la contrastada excelencia en la formación clínica de los médicos, necesita cambios, muchos de ellos marcados por las propias directivas de la Unión Europea y muy concretamente por el conocido como plan Bolonia.

Otro aspecto que no se debería pasar por alto en el sistema de formación de médicos en España es el de la necesidad de una eficiente planificación de plazas por especialidades, a fin de cubrir las necesidades reales de médicos en un futuro y evitar, al mismo tiempo, el fantasma del paro. Por otra parte, no se puede olvidar que un exceso de plazas en las facultades de Medicina puede llevar acarreado un empeoramiento de las condiciones laborales de estos profesionales, al formarse una bolsa de paro y el consiguiente abaratamiento salarial.

A este tema dedicamos el reportaje de portada de mayo. Pero además, en él se hace también un balance de la situación de la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León, dentro de las convocatorias que está realizando la Revista en su sección Foros EL MÉDICO. Como viene siendo habitual, el encuentro contó con la presencia de los máximos expertos de la Comunidad en esta área y del consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado.

Además, en este número la Revista EL MÉDICO pone en marcha una nueva sección: Investigación en Sistemas de Salud. En ella se irán publicando los resultados de estudios desarrollados por Grupo Saned, editor de EL MÉDICO, o por la propia publicación, en los que se analicen los recursos y necesidades asistenciales de diversas patologías (en algunos casos realizando un mapa a nivel estatal), la existencia de protocolos para el manejo de los pacientes, o la aplicación de guías de práctica clínica, entre otros aspectos. En esta primera ocasión, se da difusión a los resultados del Proyecto EPOCCA. Calidad asistencial en EPOC: recursos y necesidades.

Esta edición cuenta con las secciones habituales de Foro de Expertos y Entrevistas. En Gestión en Atención Primaria hemos hablado con Mª Soledad Zuzuárregui, gerente de Atención Primaria de Toledo; y en Gestión en Atención Hospitalaria con Xavier Corbella, gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Como siempre, le recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa

SUMARIO

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

1978-2013: 35 años de formación MIR en España

Este año se cumple el treinta y cinco aniversario del establecimiento del sistema MIR como vía de formación médica postgraduada; sistema que a lo largo de los años se ha ido convirtiendo en una de las principales joyas de la corona de la Sanidad española, con unánime reconocimiento no solo a nivel nacional, sino también internacional.

36

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Proyecto EPOCCA Calidad Asistencial en EPOC: recursos y necesidades

La EPOC es una enfermedad con una importante prevalencia en el mundo desarrollado, y se prevé que su incidencia vaya en aumento. Es por ello que tener en cuenta cuáles son los recursos asistenciales con los que cuenta nuestro sistema sanitario para el diagnóstico y tratamiento de la misma resulta fundamental. Con este objetivo el Grupo Saned realizaba el Proyecto EPOCCA, en el que se analizaron, mediante encuestas a los propios profesionales, los recursos disponibles y las necesidades más señaladas, tanto en Atención Primaria, como en las consultas especializadas de Neumología, así como la atención continuada entre estos dos niveles asistenciales.

56

FORO DE EXPERTOS

XAVIER AGENJO BULLÓN
Fundación Ignacio Larramendi
10

SERGIO MINUÉ
Escuela Andaluza de Salud Pública
14

OLGA LAOSA
Hospital de Getafe. Madrid

J. RODRÍGUEZ MAÑAS
Hospital de Getafe. Madrid
20

MIGUEL MARTÍNEZ MONEDERO
Dr. Arquitecto. Director Académico del Curso de Experto en Arquitectura BIO-sanitaria por la Universidad de Granada

LOURDES NÚÑEZ MÜLLER
Dra. Farmacéutica. Directora Académica del Curso de Experto en Arquitectura BIO-sanitaria por la Universidad de Granada
24

FOROS EL MÉDICO

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León

Expertos en Salud Mental de la Junta de Castilla y León se han reunido para analizar la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos de futuro, en el marco de una jornada presidida por el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, y la Fundación Bamberg, en colaboración con Lundbeck España.

28

5 MÓDULOS

MÓDULO 1 y 2
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 3-5 EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOVARTIS

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:
http://www.medicamente.es/aprender/elearning/derechosdelosmedicos

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:
http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1	Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial	4,8 CRÉDITOS
Módulo 2	Derechos en relación con estudio/diagnóstico	4,8 CRÉDITOS
Módulo 3	Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento	MÓDULOS 3-5 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	

1210019361

EXFORGE amlodipino besilato/valsartan

EXFORGE HCT amlodipino besilato/valsartan/hidroclorotiazida

asjusa letramed

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

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entrevista a Mª Soledad Zuzuárregui

Gerente de Atención Primaria de Toledo

44

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Xavier Corbella

Gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

50

ENTREVISTAS

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

64

OTROS TEMAS

Presentación
3
Biotecnología
78
Fue noticia
84
La instantánea médica
88
Información terapéutica
92
En previsión
96
Próximo número
98

El Médico

EDITA:
saned GRUPO

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

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaria de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

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

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, Luis C. Vaquero, Alejandro Blanco, Nerea Garay, Mónica de Haro. *Agencia:* Europa Press.
Otras secciones: Derecho Sanitario: ASJUSA-LETRAMED *y* Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas:* Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

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

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

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

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

La mirad

Xavier
Agenjo Bullón

Sergio
Minué

a maestra de la actualidad

Olga
Laosa

J. Rodríguez
Mañas

Miguel
Martínez Monedero

Lourdes
Núñez Müller

La eHealth y la Agenda Digital para Europa (2020)

Autor | Xavier Agenjo Bullón. Fundación Ignacio Larramendi

Con motivo de una jornada realizada en la Fundación Mapfre sobre distintos aspectos relacionados con la salud en España, tuve ocasión de presentar una pequeña contribución (1) basada en el análisis de la Agenda Digital para Europa (2) y cómo en ella está recogida la denominada eHealth o conjunto de tecnologías que tienen como objetivo utilizar las TIC en el área de la Salud y de las Ciencias de la Vida.

Xavier Agenjo Bullón

Se trata de una Acción Clave de la Agenda Digital para Europa, lo cual es muy significativo porque esa Agenda pretende recoger y, sobre todo, coordinar las diferentes iniciativas basadas en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que están relacionadas con la actividad social de los ciudadanos de Europa. Y es claro que todo lo relacionado con la Salud y las Ciencias de la Vida resulta esencial para considerar que el modelo económico, político y social que presupone la Agenda Digital para Europa sea verdaderamente efectivo.

Uno de los objetivos fundamentales de la Agenda Digital para Europa (2020) será el acceso de los propios ciudadanos a todo tipo de recursos de carácter médico

Por otro lado, se ha podido comprobar que las TIC suponen -con una amplísima diferencia- el sector en el cual crece más el empleo en Europa, en un orden de magnitud del 700 por ciento con relación a otros sectores. Evidentemente, se trata de obtener un modelo sostenible y para ello los responsables de las TIC aplicadas a la salud han tenido muy presente todo lo que procede de tecnología de los *Datos abiertos y vinculados* (LOD, por sus siglas en inglés, *Linked Open Data*) no sólo por las funcionalidades verdaderamente potentes que esta tecnología conlleva sino también porque uno de los elementos clave de LOD es la reutilización de contenidos.

Es decir, será más sencilla (y optimizará los recursos económicos existentes) la aplicación de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones a la Salud y las Ciencias de la Vida si pueden reutilizarse datos procedentes de otras áreas. Un ejemplo quizá resultará la manera más clara de presentar esta tecnología. Si en una biblioteca digital se indizan nombres (descriptores) de enfermedades, tratamientos médicos, farmacopea, procedentes de la indexación de artículos y libros, o monografías en general, será posible reutilizar esos descriptores en el área de las Ciencias de la Salud a la hora de indexar, por ejemplo, una historia clínica o una prescripción o receta; lo mismo puede decirse a la hora de aplicar técnicas de digitalización (con sus correspondientes metadatos normalizados) a dichas historias clínicas, o a la transmisión utilizando el Esquema Europeo de Interoperabilidad, de la información entre distintos

agentes vinculados con el área de la salud: hospitales, facultades de Medicina, profesionales del sector, Farmacia, así como las industrias que proporcionan desde medicamentos a dispositivos digitales para realizar escáneres, TAC y, en general, todos aquellos procedimientos que se emplean habitualmente en la Medicina.

Lo mismo puede decirse, obviamente, de la industria farmacéutica que naturalmente se ve necesitada de reutilizar contenidos procedentes de la investigación o directamente de las oficinas de patentes. La tecnología LOD lo permite. Por otra parte, al utilizarse fundamentalmente el denominado SKOS (por sus siglas en inglés *Simple Knowledge Organization System*, Sistema Simple de Organización del Conocimiento) que, entre otras características, permite el multilingüismo, puede salvarse así una de las barreras fundamentales del mercado interno de la Unión Europea, así como, naturalmente, interconectarse con otros sectores análogos en distintas áreas económicas, sociales y culturales del resto del mundo.

Es importante señalar que estas mismas tecnologías se están aplicando efectivamente en el resto del mundo y que el W3C (3) las impulsa y promueve a través de grupos específicos que intentan desarrollar el modelo LOD a esas distintas áreas de acción social y entre ellas -lógicamente- se encuentran la Salud y las Ciencias de la Vida. Es decir, que en esas otras áreas económicas, sociales y culturales del resto del mundo se están llevando iniciativas similares; y son similares porque están basados en un amplio conjunto de estándares promovidos por el referido W3C y ampliamente desarrollados por la Agenda Digital para Europa.

Así, la adopción de tecnologías LOD por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, creadora como es sabido de las bases de datos *Medline* o *PubMed* facilitará de un modo enorme el acceso a su información y, sobre todo, la *hipervinculación* de unos conceptos con otros, de tal manera que cuando alguno de los agentes que intervienen en el mercado común de

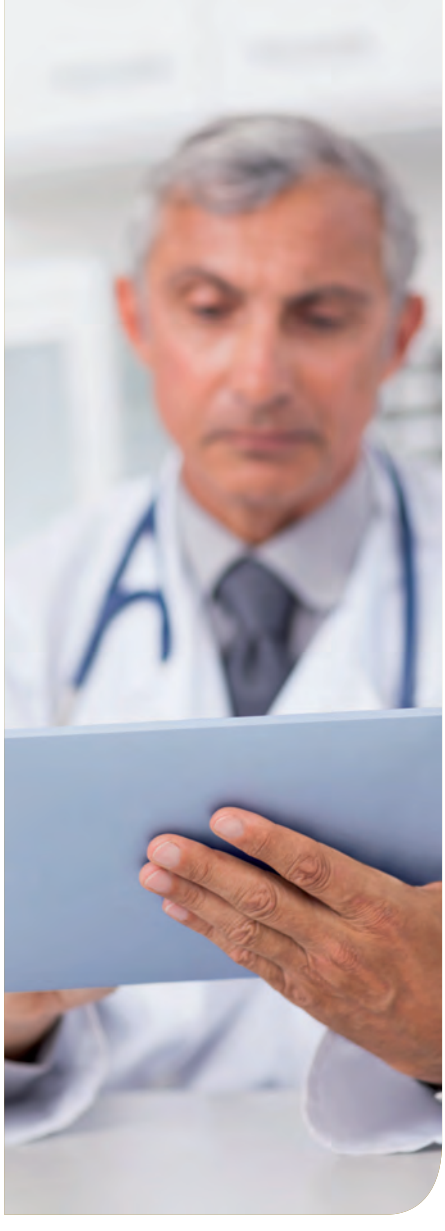
la Unión Europea y, en concreto, en el área de la Salud podrán, a partir de una búsqueda simple; y mediante la aplicación de las citadas tecnologías LOD acceder a una información que, tal vez, les sería desconocida en una primera fase de su investigación y que, sin embargo, y gracias a esos vínculos establecidos e inteligibles por la propia red de ordenadores, es decir, la *web semántica* multiplicará de un modo exponencial los recursos disponibles para llevar a cabo la tarea médica.

La creciente utilización de las TIC en el área de la Salud permitirá el desarrollo de estudios epidemiológicos de utilidad para las autoridades sanitarias y los servicios de salud

eHealth y telemedicina

He querido dedicar un párrafo aparte a una de las iniciativas fundamentales de eHealth que no es otra que la telemedicina, entendida de una manera doble; por un lado, el acceso a fuentes de información médica de altísima calidad mediante todo tipo de dispositivos (se calcula que en 2013 el número de teléfonos inteligentes sobrepasará a la actual población de la tierra, es decir 7.000 millones de personas, y aunque es obvio que no todo el mundo dispondrá de esa tecnología, la tendencia es que cada vez los dispositivos móviles sean más asequibles) lo cual permite acceder a enormes recursos de conocimientos científicos sobre la Medicina simplemente con un dispositivo que ya se encuentra por término medio por debajo de los 100 €.

También se pretende -por otro lado- que uno de los objetos fundamentales de esta acción específica de la Agenda Digital para Europa (2020) sea el acceso de los propios ciudadanos a todo tipo de recursos de carácter médico, pues está comprobado que ello reduce enormemente los costes y que si la información se haya correctamente codificada, y cuando se dice correctamente codificada quiere decirse conforme a los estándares promovidos por el W3C y por la Agenda Digital para Europa, el paciente, utilizando asimismo un dispositivo móvil, y en Europa la práctica totalidad de la población dispone ya de uno de estos dispositivos, podrán solventar innumerables dudas, y conocer, y poner a disposición de quien sea necesario sus datos biomédicos, así como su propia historia clínica, tan útil cuando el paciente se desplace, se encuentre en otro país, o en situaciones de aislamiento.



A nadie se le oculta además que cada vez es mayor el número de aplicaciones sencillas, las denominadas API, que permiten el control de todo tipo de parámetros de carácter clínico. Si antes era perfectamente factible que un paciente se tomara la tensión, ahora cada vez lo será mayor (por citar un par de casos) la tendencia a medir sus índices de glucemia en sangre, o incluso el INR, que tantas vidas está salvando en personas que padecen patologías de carácter cardiovascular (que no olvidemos que es la primera causa de muerte en la Unión Europea), y al mismo tiempo supone un enorme esfuerzo para los servicios públicos de Salud, simplemente por la toma regular de ese índice por parte de personal médico.

No será necesario insistir en que esos datos estarán intercomunicados (y protegidos por la Ley) y por lo tanto los especialistas o los médicos de familia o de cabecera estarán perfectamente informados del estado clínico de cada paciente en todo momento, y se diseñarán -se están desarrollado ya- sistemas que basados en las tecnologías LOD, tan repetidamente mencionadas, permitan indicar qué acciones deben tomarse ante determinados resultados o parámetros.

Quiero terminar esta breve nota poniendo de manifiesto como la enorme cantidad de información que se irá reuniendo (que se está reuniendo ya) a partir de la creciente utilización de las TIC en el área de la Salud (el denominado *big data*) permitirá el desarrollo de todo tipo de estudios epidemiológicos de enorme utilidad para las autoridades sanitarias y aún para los propios servicios de salud específicos ■

Referencias bibliográficas

1. http://www.slideshare.net/DIGIBIS/e-health-y-agenda-digital-para-europa7
2. http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/digital-life/health
3. http://www.w3.org/blog/hcls/

El cambio del paradigma educativo

Autor | Sergio Minué. Escuela Andaluza de Salud Pública

Vivimos tiempos en los que los cambios son tan rápidos que no permiten convertirse en referencias sólidas a las que asirnos. En ese contexto los métodos de enseñanza y aprendizaje clásicos se han demostrado claramente ineficaces para dar respuesta a los retos del mundo actual. Es preciso reconocer la importancia del aprendizaje informal, así como establecer medidas para su fomento, facilitación y reconocimiento, lo que constituye uno de los retos más importantes que tienen ante sí las instituciones, organizaciones y entidades formativas.

Sergio Minué

"Los niños que comienzan hoy la escuela se jubilarán en 2065. ¿Tienes idea de cómo será el mundo entonces?"
Ken Robinson

Los nativos digitales, los niños que nacieron ya en la era del Internet se aproximan a su mayoría de edad. Si no lo son aún, en muy poco tiempo se convertirán en la población dominante en la utilización de servicios y generación de innovaciones y conocimiento. Una generación que, en un alto porcentaje, comparte sus experiencias vitales a través de redes sociales virtuales (Facebook, Twitter) se comunica mediante el teléfono móvil continuamente (WhatsApp), y utiliza Internet como la única fuente de información; es capaz de realizar múltiples tareas a la vez, comunicarse con varias personas simultáneamente y generar contenidos sin interrupción.

Sin embargo, ni las organizaciones educativas ni las sanitarias parecen ser conscientes de dicho cambio. En palabras de Ken Robinson, el influyente profesor de arte británico, "los sistemas educativos actuales no fueron diseñados para enfrentarse a los retos que tenemos delante. Se desarrollaron para satisfacer las necesidades de una época anterior. No basta con reformarlos: hay que transformarlos"[1]. Pero, sin embargo, y a pesar del conocimiento creciente respecto a la efectividad del aprendizaje en el siglo XXI, la mayor parte de las empresas e instituciones (de forma especialmente llamativa las académicas), persisten en modelos y metodologías educativas claramente desfasadas o inútiles.

En 1998 se publicó una revisión sistemática Cochrane que evidenciaba que los métodos clásicos de aprendizaje, en los que el estudiante tiene un papel pasivo de recepción de conceptos teóricos, eran muy poco efectivos

El contexto de la formación

Ya en 2005, el *Milbank Memorial Fund* publicó un informe sobre escenarios de futuro de la enseñanza de la Medicina (*The future of Academic Medicine*)[2], ante la existencia de ciertas debilidades notorias del sistema educativo americano: la distancia sustancial entre la evidencia científica disponible (eficacia) y la realidad de la práctica (efectividad), la escasez de investigación traslacional capaz de llevar la innovación directamente a los pacientes y, lo que es peor aún, la falta de acuerdo sobre la naturaleza exacta del problema. En definitiva, los propios autores del informe señalaban que las facultades de Medicina no preparan a los futuros médicos para el ejercicio de la Medicina moderna.

Poco tiempo después los editores del *Canadian Medical Association Journal* publicaron un editorial[3] en el que se analizaba la oportunidad de realizar una revolución en

la enseñanza de la Medicina canadiense, que incluía la posibilidad incluso de reducir de cuatro a tres años la duración del periodo de grado, como ya hacen de hecho universidades tan prestigiosas como McMaster o Calgari. Se planteaban si ese año extra era realmente necesario. En esa misma época en España se consideró un triunfo mantener la duración de la carrera de Medicina en seis años cuando hubo de realizarse la adaptación curricular al Espacio Europeo de Educación Superior; en definitiva, proteger un *status quo* mantenido durante siglos, y entre cuyas consecuencias se encuentra el que ninguna de las universidades españolas se encuentre entre las 100 más prestigiosas del mundo.

Por supuesto los catedráticos de las facultades seguirán pensando que sus materias son las más importantes del mundo; sin embargo no es seguro que eso sea así. En 2001, Yedidia et al publicaron en *JAMA*[4] los resultados de una encuesta entre responsables de programas de formación de especialistas, directores médicos de empresas de provisión sanitaria y residentes en los que se identificaban competencias esenciales para la práctica médica que estaban habitualmente ausentes de los currículos médicos (gestión del tiempo, satisfacción del paciente, ética, toma de decisiones según criterios de coste efectividad, proceso de derivación de pacientes...). En otro interesante trabajo de Sales & Schlaff[5] se analizaba la competencia en cinco áreas críticas de la práctica médica: Medicina basada en la evidencia, calidad, política sanitaria, salud poblacional y ética, concluyéndose que los médicos están insuficientemente formados para la complejidad de la Medicina moderna. Por supuesto estos contenidos no existen en la mayor parte de las facultades españolas.

Si la situación es así de mejorable en el ámbito de la formación de grado, no es mucho mejor en lo que se refiere a la formación continuada, habitualmente la primera sacrificada cuando se trata de priorizar recursos, en especial en épocas de crisis como las actuales. El modelo de educación imperante es, como señala Robinson, el de "depósito de gasolina" en el que a uno le llenan el depósito en la infancia con una provisión inicial de educación que se supone será suficiente para el resto de su vida. Aunque sabemos desde los trabajos de Sackett en Oxford en la mitad de los años 90, que todos los clínicos comienzan a resbalar por la pendiente deslizante de la pérdida de conocimiento y habilidad en nuestra especialidad apenas abandonamos la residencia, habitualmente la formación continuada suele ser un proceso tan errático como heterogéneo.

En el informe sobre educación continuada de la *Macy Foundation* de 2007[6] (en la que participaron destacados expertos de la mayor parte de las universidades americanas, así como de organizaciones sanitarias y editores de *JAMA* y *New England*) se proponía la aplicación de las siguientes recomendaciones:

- Integrar la formación en la práctica clínica diaria.
- Basarla en la más sólida evidencia científica disponible.
- Potenciar la flexibilidad y la accesibilidad a las actividades de formación para los clínicos.
- Estimular la innovación y evaluación de nuevos métodos docentes.
- Dar respuesta a las necesidades de un amplio espectro de destinatarios desde grandes hospitales a consultorios rurales.
- Apoyar la colaboración interprofesional.
- Alinear los esfuerzos educativos con iniciativas para la mejora continua de la calidad.

Asimismo eran especialmente interesantes sus recomendaciones respecto a los procesos de acreditación de las actividades formativas: consideraban que los mecanismos de acreditación son demasiado complejos, además de insuficientemente rigurosos, proponiendo incluso que las actividades financiadas directa o indirectamente por la industria no deberían ser aceptadas, por los evidentes conflictos de interés que comportan. Una manifestación más de lo que Robinson llama la estandarización del proceso educativo, que sigue las mismas pautas del proceso de producción de bienes y productos, aunque en este caso el producto a obtener sea la educación y capacitación de un ser humano.

En los últimos años han aparecido experiencias de formación masiva a través de Internet generadas desde centros educativos americanos, los conocidos como MOOC (*Massive Open On Line Courses*), que suponen un cambio cualitativo respecto a las formas clásicas de aprendizaje

Las pruebas existentes sobre el aprendizaje

Es interesante observar el énfasis con el que se recomienda en las actividades de formación la capacitación en Medicina basada en la evidencia, cuando las pruebas existentes respecto a efectividad de metodologías sigue ignorándose sistemáticamente.

Ya en 1998 se publicó una revisión sistemática Cochrane[7] en la que se ponía de manifiesto que los métodos clásicos de aprendizaje (clases en las que el estudiante tiene un papel pasivo de recepción de conceptos teóricos) eran muy poco efectivos para conseguir cambios. Sin embargo, éste sigue siendo, 15 años después, el método predominante de enseñanza en la educación primaria y secundaria, el bachillerato, la universidad y el postgrado.

Por el contrario, tanto la difusión de material docente[8], como la realización de reuniones profesionales, especialmente si son interactivas[9], parecen ser efectivas en la mejora de la práctica clínica, aunque sus efectos en la mejora de los resultados en la salud de los pacientes están aún por demostrar. Tampoco está demostrado aún que la formación interprofesional (la dirigida a grupos multiprofesionales) sea más efectiva que la realizada en grupos diferenciados[10].

En los últimos años se ha considerado al aprendizaje a distancia, generalmente a través de Internet (*e-learning*), como la gran alternativa al aprendizaje de adultos. En principio la posibilidad de realizar las actividades sin tener que acudir a un centro docente supone, además de una evidente comodidad para los alumnos, un posible ahorro económico al disminuir desplazamientos y ausencias del lugar de trabajo. Cook et al publicaron un metanálisis en *JAMA*[11] sobre la efectividad del aprendizaje a través de Internet en profesionales sanitarios. Es cierto que se asociaba con grandes efectos positivos en comparación con la ausencia de intervención, pero su efectividad era similar a los métodos tradicionales de aprendizaje presencial cuando se comparaba con ellos.

Como una modalidad especial de esta metodología han aparecido en los últimos años experiencias de formación masiva a través de Internet generadas desde centros educativos americanos. Los MOOC (*Massive Open On Line Courses*)[12] o cursos abiertos masivos por Internet suponen un cambio cualitativo respecto a las formas clásicas de aprendizaje, en cuanto no implicarían un coste sustancial para los alumnos, al ser en principio gratuitos para los inscritos en la institución docente, y permitir la formación simultánea de miles de personas. Clásicamente se han diferenciado tres modalidades de MOOC: basados en redes, centrados en la tarea o basados en el contenido. Estos últimos, impulsados desde instituciones universitarias de gran prestigio e influencia (*Stanford University*, MIT) son los que han alcanzado una mayor repercusión: por ejemplo Coursera[13] que incluye actividades de 16 instituciones universitarias, alcanzó recientemente el millón de alumnos procedentes de 196 países diferentes. La enseñanza se realiza a través de una plataforma virtual, permitiendo el acceso al programa de estudio, los materiales audiovisuales y el contenido teórico. En este sentido, los MOOC parecen ser el nuevo bálsamo de Fierabrás destinados a aunar formación generalizada a un coste casi testimonial. Sin embargo, el porcentaje de cumplimentación de los cursos sigue siendo bajo, la acreditación de las actividades casi nula y (como señalaban recientemente Lane y Kinser[14]) "la existencia de un mismo curso, de idéntico contenido e impartido por el mismo instructor" inevitablemente lleva a pensar en una cierta "Mcdonalización" de la enseñanza superior. Dichos autores señalan además la forma centrífuga de enseñanza que suponen los MOOC, desde el centro de los grandes centros educativos mundiales, a la periferia de aquellos que no pueden acceder a estos más que a través de este tipo de actividades. No son tampoco las mejores alternativas para fortalecer la infraestructura académica de los países receptores de las actividades, ni son las que mejor fomentan la implicación y el entendimiento transcultural, a no ser que se basen en un enfoque de construcción de redes y comunidades de práctica cuya propia esencia los hace difícilmente compatibles con procesos masivos de aprendizaje. En este sentido, existen trabajos recientes[15] en los que se pone de manifiesto la efectividad de aprendizaje para conseguir cambios, basado en líderes de opinión y pequeñas redes locales, frente a formas clásicas de enseñanza como la establecida a través de formación de formadores.

Por todo ello no conviene minusvalorar el riesgo de que las MOOCS acaben siendo otra forma más de multinacional, en este caso educativa.

El cambio de paradigma educativo

Cuando se habla de formación inevitablemente se piensa en instituciones académicas tradicionales; sin embargo, la manera predominante de aprendizaje en el momento actual es sustancialmente diferente. Algunos autores[16] estiman que el 70 por ciento del aprendizaje profesional se realiza a través de la experiencia, el 20 por ciento a través de los colegas y sólo el 10 por ciento en cursos estructurados. Para Jane Hart[17] sólo un 20 por ciento del aprendizaje correspondería a sistemas de aprendizaje formal; el 80 por ciento restante corresponde al aprendizaje informal, aquel que realizamos cada día, en la mayor parte de las ocasiones sin ser apenas conscientes de ello. Mientras en el aprendizaje formal, siguiendo a Hart, es la empresa la que "empuja" a sus profesionales a realizar las actividades (*Push*), en el aprendizaje informal es el propio profesional el que "tira" y escoge de lo que encuentra aquello que le interesa o identifica como útil (Pull) (en la tabla 1 se definen las diferencias entre los dos sistemas). Los dos sistemas de aprendizaje no son excluyentes; el aprendizaje formal es especialmente utilizado en la adquisición de conocimientos teóricos, mientras que el informal es especialmente útil en la adopción y aplicación de conocimientos (*The learning revolution, White paper*[18]).

Hace tan sólo 20 años se precisaba solicitar al servicio de biblioteca de un centro las copias de los artículos científicos que uno tenía interés en leer. El acceso a los grandes expertos en un tema quedaba restringido a sus iguales, en el mejor de los casos a los jefes de servicio correspondientes. Y las alternativas para estar actualizado se reducían a las sesiones clínicas y algún curso ocasional. Hoy, por el contrario, tenemos acceso a un volumen de información inabarcable, en la que abunda el ruido, pero entre la que se encuentra (con un adecuado sistema de filtro y selección), fuentes de aprendizaje de calidad excepcional. A través de las páginas web, los correos electrónicos o Twitter es posible conocer y seguir al minuto las reflexiones y publicaciones de los mayores expertos en un tema, e incluso establecer contacto con ellos.

En definitiva, el aprendizaje formal es solamente la punta del iceberg del aprendizaje profesional. Ignorar la parte sumergida del aprendizaje, el de carácter informal, no intencional y a menudo inconsciente, es ignorar la realidad.

Medea y el vellocino de Jasón

Cuando Jasón llegó con sus argonautas a la Cólquida para conseguir el vellocino de oro (condición impuesta por su tío para recuperar el trono) debió enfrentarse a ciertas pruebas imposibles para alcanzar su obje-

Tabla 1. Modalidades de aprendizaje

Tipo de aprendizaje	Formal	Informal
Frecuencia	20%	80%
Modalidades	Cursos, talleres, seminarios, congresos, jornadas	Charlas con colegas, consultas a mentores o colegas expertos, Navegación por Internet, lecturas, redes sociales
Control	Por parte de las entidades formadoras y/o de la propia empresa	Por parte del que aprende
	Gestión y control externo	Autogestión, autocontrol
Lugar	Fuera del lugar de trabajo y del desempeño del mismo	En el lugar de trabajo y habitualmente durante el desempeño del mismo
Continuidad	Continuo mientras dura la actividad	Intermitente
Intención	Intencional	No intencional
Conciencia de aprendizaje	Consciente	No consciente

tivo: uncir dos bueyes que exhalaban fuego por la boca, arar un campo con ellos o sembrar los campos arados con dientes de dragón. El aprendizaje en esta era líquida (en la terminología de Bauman[19]) es una tarea no menos compleja que los trabajos de Jasón. Éste no hubiera podido conseguir su objetivo sin la ayuda de Medea, hija y sobrina de hechiceras quien, atravesada por los rayos de Eros, le proporcionó los recursos mágicos necesarios para ello.

Medea es también el acrónimo de ciertas disposiciones fundamentales que facilitan el aprendizaje en un entorno tan complejo como el descrito: Mirar, Elegir, Deliberar, Escribir y Aplicar.

1.- Mirar

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación permiten que buena parte de las formas unidireccionales de enseñanza (clases, conferencias, presentaciones magistrales) puedan ser grabadas y reproducidas cuantas veces se considere preciso. Portales como TED[20] o la Khan Academy[21], iniciativa creada por el graduado del MIT Salman Khan (que dispone de más de 4.000 microclases en You Tube y ha impartido más de 250 millones de clases a través de este medio) suponen una fuente permanente de aprendizaje gratuito. Todas las grandes universidades disponen de canales en You Tube o *iTunes University* destinadas a la reproducción de clases o conferencias. En nuestra propia institución disponemos de plataformas web cuya finalidad es poder visionar la exposición teórica previamente a la discusión presencial en el aula[22].

2.- Elegir

La existencia de tal cantidad de información útil al alcance de un solo clic inevitablemente determina que la elección de los recursos sea el elemento clave de un aprendizaje eficiente, dada la limitación evidente de tiempo. Ya sean las revistas a revisar, las cuentas de Twitter a seguir, o las páginas web de referencia, es imprescindible seleccionar lo más rentable para nuestros intereses educativos. En este aspecto sistemas como los RSS y los gestores de direcciones de Internet (Google Reader, Feedly, Newsblur, The Old Reader) juegan un papel fundamental.

3.- Deliberar

Un aprendizaje basado exclusivamente en la recepción pasiva de imágenes o textos es claramente insuficiente para alcanzar un aprendizaje provechoso. Éste se incrementa exponencialmente con la discusión entre profesionales interesados (sean más o menos expertos) en un tema en cuestión. Si se trata además de establecer pautas comunes de conducta, la deliberación entre iguales supone en paso fundamental para que los contenidos teóricos atendidos se lleven a la práctica.

4.- Escribir

Experiencias como los grados en liderazgo emprendedor e innovación representan una forma radical de aprender haciendo, puesto que los alumnos alcanzan su titulación mediante la propia creación de una empresa

La escritura sigue siendo una actividad determinante, cuando el texto escrito (desde un libro a un WhatsApp) sigue siendo un medio fundamental de aprendizaje. Además de ver y leer, escribir sigue resultando indispensable en el aprendizaje moderno. Textos, artículos, post en blogs, o los 140 caracteres de Twitter son instrumentos clave para el aprendizaje, que requieren un progresivo perfeccionamiento en la redacción de textos.

5.- Aplicar

El aprendizaje de adultos, especialmente en el marco del llamado aprendizaje a lo

largo de la vida (*Lifelong Learning*) es un aprendizaje para la acción, para la aplicación en el ejercicio profesional diario. Por supuesto esto no invalida la necesidad de conocer y comprender los marcos teóricos y conceptuales en los que se basan las intervenciones propuestas. Los recetarios de aplicación práctica están bien para la preparación de platos de cocina más o menos sofisticados, pero no tanto para la práctica sanitaria, de tal nivel de complejidad que sigue necesitando imperiosamente "entender" el por qué de las innovaciones propuestas.

Esa necesidad de aplicación, y ejecución de lo aprendido, determina que el ámbito entre la docencia, la consultoría y la mejora continua de la calidad en las organizaciones sanitarias se difumine cada vez más. Las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de nuestro desempeño tienen un componente formativo indudable, y las actividades de aprendizaje serían poco relevantes si no nos permiten mejorar nuestra práctica.

Como señala el Dr. Tae[23], profesor de Física en la Northwestern University, es imposible aprender física en un aula, materia que debería ser aprendida mediante la prácti-

ca, de la misma forma que aprender skateboard es imposible viendo vídeos. Sin embargo, materias que precisan de una forma práctica de aprendizaje, desde las matemáticas a la física, de la química a la filosofía, siguen enseñándose como hace más de dos siglos en la mayor parte de centros docentes.

Experiencias como los grados en Liderazgo emprendedor e Innovación[24], desarrollado por la Timii Academia y la Universidad finesa de Jyväskilä, aplicado en España por la Universidad de Mondragón, representan una forma radical de aprender haciendo, puesto que los alumnos alcanzan su titulación mediante la propia creación de una empresa.

Conclusión

Como señalábamos antes vivimos tiempos líquidos (en palabra de Bauman), en los que los cambios son tan rápidos que no permiten convertirse en referencias sólidas a las que asirnos. En ese contexto los métodos de enseñanza y aprendizaje clásicos se han demostrado claramente ineficaces para dar respuesta a los retos del mundo actual. Es preciso reconocer la importancia del aprendizaje informal, así como establecer medidas para su fomento, facilitación y reconocimiento, lo que constituye uno de los retos más importantes que tienen ante sí las instituciones, organizaciones y entidades formativas.

Como dice Ken Robinson "no conseguiremos navegar por el complejo entorno del futuro si no dejamos de mirar por el retrovisor. Seguir con esa actitud sería una locura"

Referencias bibliográficas

1. Robinson K. Out of our minds. Learning to be creative. Capstone Publishing Limited, Chichester. 2011.
2. Awasthi S, Beardmore J, Clark J, Hadridge P, Madani H,Marusic A et al. The future of Academic Medicine. Five scenarios to 2025. Milbank Memorial Fund, 2005.
3. Flegel KM, Hebert PC, McDonald N. Is it time for another medical curriculum revolution? CMAJ 2008; 178 (1). doi: 10.1503/cmaj.071726.
4. Yedidia MJ, Gillespie CC, Moore GT. Specific Clinical Competencies for Managing care. Views of Residency Directors, and managed Care Medical Directors. JAMA. 2000;284:1093-1098.
5. Sales CS, Schalaff AL. Reforming medical education: a review and synthesis of five critiques of clinical practice. Soc Sci Med 2010; 70(11).1665-8.
6. Hager M, Russell S, Fletcher S. Continuing education in the health professions: improving healthcare through lifelong learning. Macy Foundation. New York. 2007
7. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ 1998;317:465-8.
8. Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes.2012.Consultado en: http://summaries.cochrane.org/CD000398/printed-educational-materials-effects-on-professional-practice-and-healthcare-outcomes
9. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM. Continuing education meetings and workshops for health professionals.2012. Consultado en: http://summaries.cochrane.org/CD003030/continuing-education-meetings-and-workshops-for-health-professionals
10. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Training health and social care professionals to work together effectively. 2013. Consultado en: http://summaries.cochrane.org/CD002213/training-health-and-social-care-professionals-to-work-together-effectively
11. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ,Montori V. Internet-Based Learning in the health professions: a meta-analysis. JAMA. 2008;300(10):1181-1196.
12. Álvarez D. Algunas cosas que he aprendido sobre MOOCS:. Consultado en el blog E aprendizaje: http://e-aprendizaje.es/2012/11/12/algunas-cosas-que-he-aprendido-sobre-moocs/
13. https://www.coursera.org/
14. Lane J, Kinser K. MOOCS and the Mcdonalization of global higher education. Consultado en World.edu: http://world.edu/moocs-and-the-mcdonaldization-of-global-higher-education/
15. Jippes E, Achtercamp MC,Brand PLP, Kiewiet DJ, Pols J, van Engelen JML. Disseminating educational innovation in health care practice: training versus social network. Soc Sci Med 2010:70:1509-17.
16. http://charles-jennings.blogspot.com.es/
17. http://c4lpt.co.uk/new-workplace-learning/liso-learning-in-the-flow-of-work/
18. The learning revolution. White paper. Department of Innovation, Universities and skills. Gov United kingdom. 2009.
19. Bauman Z. La modernidad líquida. Fondo de cultura económica. Mexico 2003.
20. TED: ideas worth spreading. http://www.ted.com/
21. Khan Academy: https://www.khanacademy.org/
22. Medicina basada en la evidencia 2.0: http://si.easp.es/mbe/
23. DR. Tae. http://drtae.org/
24. http://www.mondragon.edu/es/estudios/grados/grado-en-liderazgo-emprendedor-e-innovacion/

¿Por qué se debe hacer investigación clínica en ancianos?

Autor | Olga Laosa y J. Rodríguez Mañas. Hospital de Getafe. Madrid

Los ensayos clínicos con medicamentos están diseñados para evaluar la seguridad y eficacia de los tratamientos con fármacos y son la clave para entender y mejorar una adecuada prescripción. Desgraciadamente, a pesar de las recientes mejoras, la población anciana está infrarrepresentada en los ensayos clínicos con medicamentos. Esta baja participación es preocupante y potencialmente peligrosa, ya que la respuesta de los ancianos a los medicamentos difiere significativamente de la de los participantes más jóvenes.

Olga Laosa

J. Rodríguez Mañas

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para salvaguardar el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones participantes en investigación son particularmente vulnerables y, por lo tanto, necesitan una protección especial. Por esto, la legislación establece que la investigación médica en una población vulnerable sólo se justifica si responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que se realiza la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.

En los últimos años, las reformas en la legislación se han traducido en una mayor participación de ancianos en los ensayos clínicos, pero aún queda camino por hacer

La investigación médica en seres humanos debe regirse por principios científicos y sustentarse en el conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en experimentos en animales.

Con el paso del tiempo, la vida de los pacientes de edad avanzada ha ido mejorando por el desarrollo de nuevos fármacos, así como la utilización inteligente de los ya existentes. Sin embargo, cada año un significativo (aunque menor) número de ellos experimentan efectos adversos graves que podrían haberse previsto y evitado si se dispusiera de mejor evidencia.

Desgraciadamente, a pesar de las recientes mejoras, la población anciana está infrarrepresentada en los ensayos clínicos con medicamentos. Esta baja participación es preocupante y potencialmente peligrosa, ya que la respuesta de los ancianos a los medicamentos difiere significativamente de la de los participantes más jóvenes.

Es cierto que en los últimos años, las reformas en la legislación se han traducido en una mayor participación de ancianos en los ensayos clínicos, pero aún queda camino por hacer para concienciar de esta necesidad a los ancianos, profesionales de la salud, políticos y al sector público.

Los profesionales se enfrentan a un grave problema a la hora de prescribir fármacos a los ancianos. Los mayores de 65 años representan alrededor del 14 por ciento de la población en los países más industrializados, y constituyen casi un tercio

del consumo global de fármacos. A pesar de ello, su participación en los ensayos clínicos, que es el modo de probar la eficacia y seguridad de los fármacos antes de ponerlos a disposición del público, es muy escasa.

Amplia evidencia publicada respalda esta afirmación: Le Quintrec et al realizan una búsqueda en Medline y Embase, entre 1990 y 2002, a fin de encontrar ensayos clínicos con sujetos de edad muy avanzada y declaran que estos siguen siendo muy escasos, encontrando sólo 84 estudios que cumplen esta condición.

En un artículo publicado por Mc Murdo et al, se revisan los artículos publicados en cuatro importantes revistas médicas en 2004 y encuentran que casi el 15 por ciento de los ensayos excluían de forma injustificada a las personas mayores, y menos del 5 por ciento de los ensayos eran específicos para ellos.

La farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) de los medicamentos en la población anciana difiere considerablemente de la de las personas más jóvenes. Este hecho, combinado con el gran número de medicamentos que toman los pacientes de edad avanzada, aumenta el riesgo de efectos secundarios y de interacciones fármaco-fármaco.

En la mayoría de los casos, los pacientes ancianos incluidos en los ensayos clínicos suelen estar en la mitad de la década de los 60, y gozan de buen estado de salud. Este hecho proporciona una evidencia inútil para cualquier geriatra, médico de Atención Primaria, o persona que deba tratar a un anciano. Los pacientes más jóvenes carecen de la comorbilidad, fragilidad o la polifarmacia que con elevada frecuencia se encuentra en los pacientes ancianos. Los beneficios obtenidos en los pacientes jóvenes no deben ser extrapolados a los pacientes ancianos.

La respuesta a este desajuste entre la evidencia disponible y la realidad la debemos buscar en el ámbito económico, estadístico y social.

Los costes más importantes en el desarrollo de un medicamento suceden en la fase de precomercialización. Por esto, todo lo que encarezca esta fase, encarece de forma importante el desarrollo del medicamento.

En pacientes de edad avanzada es fundamental adquirir información farmacocinética y farmacodinámica en forma directa

Además, desde el punto de vista estadístico, el incremento de la variabilidad en un ensayo clínico debido a la inclusión de pacientes heterogéneos, como pueden ser los pacientes ancianos, implica un incremento del tamaño muestral, para conseguir el poder adecuado, incrementando los costes. Cualquier tipo de fármaco que vaya a ser utilizado en personas mayores debería someterse a un ensayo clínico previo a la comercialización en pacientes de edad y características comparables a las de la población en la que va a ser utilizado.

Es más, dado que pueden surgir diferencias inesperadas en cuanto a la eficacia

y seguridad cuando los medicamentos se utilizan en pacientes ancianos, sobre todo en los pacientes frágiles, se deberían exigir planes para la vigilancia postcomercialización en el momento en que un fármaco obtiene la aprobación.

En pacientes de edad avanzada es fundamental adquirir información farmacocinética y farmacodinámica en forma directa. Ésta es una de las razones más importantes para promover la inclusión de personas mayores en ensayos clínicos con medicamentos, dado que la extrapolación de datos de seguridad y eficacia de los participantes más jóvenes puede ser engañosa y potencialmente peligrosa. No es infrecuente la aparición de efectos adversos no esperables a la hora de la comercialización de un fármaco, de forma que el riesgo podría superar el beneficio observado y poner en tela de juicio los resultados obtenidos en los ensayos clínicos precomercialización.

Otro problema asociado a la participación de personas ancianas en la investigación clínica deriva de la mayor dificultad en la comunicación a causa de los déficits visuales y auditivos, problemas del habla o el deterioro cognitivo, que supone prolongar las entrevistas y dificulta el proceso de obtención del consentimiento. Las personas mayores pueden requerir más tiempo para ser reclutados para los ensayos, y es posible que se precisen los conocimientos de investigadores familiarizados con las necesidades de una población más anciana, es decir, geriatras y enfermeras especializadas, con experiencia en trabajar con personas mayores. Además de esto, el problema de los traslados a los centros de investigación, constituye un inconveniente más en este grupo de edad, teniendo que tener en cuenta el papel del cuidador en la gran mayoría de los casos. Una vez más, estos problemas suponen un tiempo adicional para el desarrollo de la investigación, un incremento de costes y una planificación más compleja que ensombrece los potenciales beneficios sobre la seguridad y la eficacia.

Como solución a este problema, se proponen en la literatura las siguientes soluciones:

- La legislación puede y debe avanzar para garantizar la adecuada representación de los ancianos en los ensayos clínicos.
- Se debe exigir previo a la comercialización de nuevos productos farmacológicos, la presentación de pruebas de su eficacia en la población que con mayor frecuencia lo van a consumir.
- El equipo de investigación debe contar con personal experimentado en el cuidado de las personas mayores, no sólo cuando se realice la entrevista y firma de consentimiento informado, sino también a la hora de fijar la agenda de visitas, planificación y realización del ensayo. La participación de geriatras y farmacólogos con conocimiento sobre fármacos en el anciano y el personal de Enfermería con conocimientos especializados en el cuidado de las personas mayores son esenciales para garantizar la representación de personas ancianas en los ensayos clínicos.
- Los comités de ética deben velar porque las personas mayores estén incluidas en ensayos clínicos, de forma que no permitan incluir en los protocolos de los estudios criterios de exclusión injustificados (edad, patologías concomitantes, etc...).
- Se deben adecuar los protocolos de investigación clínica y adaptar las hojas de información de los ensayos clínicos para la realización en las personas ancianas.

Desde la UE se está planteando la necesidad de proporcionar a los ancianos y a los profesionales las herramientas para conseguir un envejecimiento saludable y uno de los pilares fundamentales es mejorar la prescripción de medicamentos, haciéndolo de una forma más segura y con mayor evidencia científica.

Abordar esta desigualdad debe constituir una prioridad para garantizar que la población anciana, cada vez más numerosa, tenga acceso a la información, al tratamiento y a una atención clínica de alta calidad ■

Arquitectura BIO-sanitaria

Autor | Miguel Martínez Monedero y Lourdes Núñez Müller. Dr. Arquitecto y Dra. Farmacéutica, respectivamente. Directores Académicos del Curso de Experto en Arquitectura BIO-sanitaria por la Universidad de Granada

La investigación, desarrollo empresarial y asistencia sanitaria orientada al sector BIO es una de las escasas líneas de desarrollo de infraestructuras que se mantienen vigentes en el momento actual, donde la crisis en el mercado de la construcción es generalizada. La demanda de infraestructuras de las empresas BIO, habitualmente lanzadas al mercado como PYMES, aún es capaz de solicitar contenedores e instalaciones de alta especialización y eficiencia para el ámbito de las ciencias de la salud.

Miguel Martínez Monedero

Lourdes Núñez Müller

En España, como en otras partes del mundo, el modelo que ha sido implantado para la recepción de este tipo de desarrollo empresarial han sido los centros de investigación y los parques tecnológicos. Derivados ambos del conocido "Campus", que las universidades americanas han exportado como modelo de excelencia al resto del mundo, estos recintos tecnológicos nacen de la confluencia entre diversos intereses, que no necesariamente deben encontrarse al unísono: investigación, docencia, desarrollo empresarial y servicios. Estos recintos se han materializado gracias al respaldo institucional de universidades, organismos públicos y privados, constituyéndose como espacios de referencia óptimos para el desarrollo de la I+D+i, y la creación, implantación y expansión de instituciones y empresas capaces de transformar conocimiento en desarrollo económico y social. Así, en Granada, nació el Parque Tecnológico de la Salud (PTS), que ha sabido impulsar, en los escasos años que lleva en marcha, estos campos de conocimiento.

La singularidad del PTS, y también su factor de especialización y excelencia, es que ha sabido orientarse hacia las denominadas "Ciencias de la Vida y de la Salud", lo que le ha servido para formar uno de los polos de desarrollo científico-tecnológico más importantes de la región. Es, en efecto, el primero de España, y uno de los pocos en el mundo, realmente especializado en Salud (1).

La demanda de suelo del PTS es extensible a otros recintos tecnológicos y centros de investigación a nivel nacional que, a pesar de no tener la marcada especialización en ciencias de la vida del recinto granadino, sí tienen una orientación empresarial y en I+D+i susceptibles de recibir proyectos y empresas dedicadas al sector BIO.

Son muchos los factores, aún en tiempos de crisis, que llevan a distintas empresas a dirigir sus esfuerzos hacia el ámbito BIO-sanitario, un sector que recibe aún cierta demanda. Y para ello precisan de las infraestructuras apropiadas, que sean capaces de ofrecer edificios e instalaciones de calidad contrastada para la investigación, atención y tratamiento al paciente.

En esta coyuntura, tanto a nivel local como a nivel regional y nacional, se ha detectado una evidente necesidad de profesionales especializados en el campo de la arquitectura BIO-sanitaria. Lo cual constituye una de las escasas vías de salida profesional que nuestros jóvenes técnicos pueden encontrar. No obstante, esto contrasta con la escasa preparación de los profesionales que salen de las escuelas de arquitectura, arquitectura técnica o escuelas de ingeniería en este campo y que limita esta posible especialización.

A esto hay que añadir un hecho evidente, que viene derivado de la actual situación económico-profesional que vive todo el

mundo de la construcción en España. Es obvio que el anterior modelo, apoyado en la producción de vivienda de bajo coste de ejecución y alta plusvalía, está agotado. El mundo de la construcción vive una de sus más profundas crisis que, a día de hoy, no tiene visos de enmendarse. A lo que podemos añadir que su corrección siempre se producirá desde la rectificación del modelo, pero nunca desde la reincidencia en el mismo. Es decir, no se va a recuperar el mercado de la construcción volviendo a construir el número de viviendas/año que se han hecho hasta hace bien poco tiempo. El modelo tiene que cambiar y de hecho está cambiando.

La propia política nacional, convergiendo con las líneas de desarrollo provenientes de la Comunidad Europea, destina grandes cantidades de fondos de procedencia europea (FEDER y otros programas) a la I+D+i, para que sirvan de acicate y estímulo al desarrollo local. Estas ayudas son preferentemente dirigidas hacia aquellas PYMES que orientan su desarrollo empresarial hacia la I+D+i, en donde se inserta la investigación BIO-sanitaria.

Los propios gobiernos regional y nacional, con sus distintos organismos (Fundaciones, Consejerías, Ministerios) hacen lo mismo, destinando, dentro de sus presupuestos generales, partidas siempre importantes para el desarrollo de la I+D+i. Estos fondos, materializados como ayudas, créditos blandos, subvenciones directas, etc., están impulsando la especialización y con ellos a gran parte de los profesionales de la construcción, y a las propias empresas constructoras que, años atrás, destinaban sus esfuerzos en levantar promociones de vivienda. Ahora el panorama ha cambiado y exige, como no, la reconversión y la especialización. Así lo han entendido muchas de estas empresas constructoras y así lo deben entender los profesionales del mundo de la construcción, cuya formación profesional marcará, sin duda, su posible éxito.

Se ha detectado una evidente necesidad de profesionales especializados en el campo de la arquitectura BIO-sanitaria

En este contexto nace el curso de Experto en Arquitectura BIO-sanitaria por la Universidad de Granada, que propone abiertamente una especialización en el mismo campo donde hemos detectado la demanda. Para cubrir la necesidad de técnicos especializados en las infraestructuras BIO-sanitarias, tanto para el PTS Granada, como vía de salida local, como de otros parques tecnológicos y centros de investigación repartidos por toda la geografía nacional e internacional.

Por otro lado, conviene matizar que todos los docentes planteados en este curso se dedican a este campo, ya sea de manera única o compartida, y tienen no sólo el co-

nocimiento teórico sino la vertiente práctica por su experiencia contrastada. Asimismo sucede con los profesores de universidad docentes del curso, que comparten la doble orientación académica-profesional.

El curso, por tanto, y como se repasa en las anteriores líneas, tiene un marcada orientación profesional y se dirige hacia un campo en el que se ha detectado esta carencia de formación de los centros universitarios. Finalmente cabe destacar que no se conoce un Curso de Experto, Master, ni titulación oficial similar al aquí presentado, lo que añade más interés al curso. La relevancia profesional de la propuesta es, por tanto, muy importante.

Los objetivos del Curso de Experto en Arquitectura BIO-sanitaria se basan en la adquisición, por parte del alumnado, de los conocimientos y competencias necesarios para el desarrollo de cualquier actividad profesional que demande la concepción y ejecución de una infraestructura destinada a este campo. Un ejemplo de esta demanda lo encontramos en Andalucía, derivada de la exitosa instalación en la región de diversos recintos tecnológicos. Concretamente en Granada, la instalación del Parque Tecnológico de la Salud (PTS) ha significado un importante foco de atracción de infraestructuras orientadas hacia las "Ciencias de la Salud y de la Vida".

Con el respaldo institucional de organismos públicos y del sector privado, los parques científico-tecnológicos constituyen espacios de referencia óptimos para la creación, implantación y expansión de instituciones y empresas, cuyo objetivo es favorecer la generación de conocimiento y la promoción de la transferencia de tecnología. Como ejemplo de ello, dentro de la ciudad que va a alojar este curso, el PTS Granada se muestra a nivel local, regional e internacional como un entorno ideal para el desarrollo de empresas en el campo BIO-sanitario, en el que confluyen los sectores farmacéutico, asistencial, alimentario, químico y biotecnológico. Esta especialización ha marcado el éxito del modelo PTS en el breve tiempo que lleva en desarrollo, constituyéndose como uno de los polos de desarrollo científico-tecnológico, dedicado a las actividades BIO-sanitarias, más importantes de Europa.

Pero esta demanda no solamente afecta al recinto tecnológico del PTS. Va más allá y alcanza, a través de diversas sinergias, a otros parques científico- tecnológicos de Andalucía como son los de Málaga, Sevilla, Huelva, Almería, Jaén y Córdoba, y aún otros a nivel nacional como el Instituto de Salud Carlos III y otros parques tecnológicos repartidos por las principales capitales españolas, o incluso a nivel internacional. Todos ellos cuentan, entre sus infraestructuras, con espacios destinados al campo BIO-sanitario y establecen relaciones evidentes entre las entidades ya instaladas, o en vías de instalación.

Es una realidad la escasa preparación de los profesionales que salen de las escuelas de arquitectura, arquitectura técnica o escuelas de ingeniería en este campo

Estas entidades demandan, a la hora de buscar emplazamiento, las infraestructuras necesarias capaces de responder a sus expectativas. Es ahí donde la Universidad de Granada, a través de este curso de experto, ha detectado esta demanda y ofrece una propuesta formativa que complemente la formación técnica que el alumno ha recibido hasta el momento.

En efecto, este curso propone formar a profesionales que sean capaces de responder a esta necesidad y asuman, desde un principio, el papel clave que pueden llegar a jugar en esta nueva coyuntura. Y en definitiva, poner a disposición de las administraciones públicas, empresas BIO, empresas farmacéuticas y de biotecnología, universidades y clínicas privadas, profesionales bien formados en esta materia, que puedan dar respuestas a sus demandas técnicas

1. Los últimos estudios apuntan a que el PTS constituye ya una importante referencia de las empresas del sector BIO-sanitario que ven atractiva y viable su instalación en su recinto tecnológico. En la situación actual, su carácter eminentemente dotacional y el éxito en su ocupación han hecho insuficiente la disposición primera de suelo (625.000m2) y una ampliación en ciernes dotará de suelo su futuro crecimiento.

FOROS EN SALUD MENTAL
Fernando Colina Pérez
Ana Montero
Redactora EL MÉDICO

El Médico
BAMBERG
FOROS EL MÉDICO/FUNDACIÓN BAMBERG EN SALUD MENTAL

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

Antonio María Sáez Aguado

“Hay que desdibujar la disposición central del hospital general y pasar a una estrategia basada en la atención al paciente crónico”

Texto Ana Montero Fotos Álvaro Sancha

FOROS EL MÉDICO

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León

Expertos en Salud Mental de la Junta de Castilla y León se han reunido para analizar la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en esta comunidad autónoma y profundizar en sus fortalezas, debilidades y sus planteamientos de futuro, en el marco de una jornada presidida por el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, y organizada por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación de Grupo SANED, y la Fundación Bamberg, en colaboración con Lundbeck España. En el evento, el consejero ha insistido en la importancia de reorganizar la atención a los pacientes crónicos de Salud Mental y de recuperar el papel de la Atención Primaria en esta área.

La reforma psiquiátrica de los años 80, el Plan de Salud Mental una década después, junto a la integración de las redes asistenciales, y las estrategias Nacional y Regional de Asistencia Psiquiátrica en la primera década de este siglo han configurado el mapa de la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Un contexto que, como ha señalado en este encuentro profesional el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, "ha ido creciendo en estos últimos años y destaca por su buena marcha" y del que forman parte 1.070 profesionales de distintas categorías, fundamentalmente psiquiatras, psicólogos y enfermeras; 101 dispositivos y recursos; y 1.140 plazas para atender a los ciudadanos en distintos tipos de centros. No obstante, con el fin de poder mejorar esa asistencia, el consejero ha analizado, junto con clínicos y responsables de las administraciones sanitarias castellanoleonesas, las líneas estratégicas de trabajo previstas para poder mejorar la atención de estos pacientes.

La continuidad asistencial, la flexibilización de las estructuras y la estrategia de cronicidad se presentan como principales retos de la Salud Mental en la Comunidad

Así pues, en este foro, organizado por la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, medios de comunicación del grupo SANED, en colaboración con la Fundación Bamberg y Lundbeck España y celebrado en el Parador de Zamora, se ha puesto de manifiesto, entre otras cuestiones, la necesidad de emprender cambios organizativos, una vez superado ya el hecho de que la asistencia psiquiátrica se haya integrado globalmente, a pesar de sus peculiaridades, en el sistema sanitario, tales como desdibujar, en alguna medida, la disposición central del hospital general, es decir, pasar de un hospitalocentrismo a una estrategia basada en la atención al paciente crónico en la comunidad. "La posición central del hospital general, que en algunas áreas de salud es muy acusada, debe oscilar y apoyarse en otros espacios dentro de la organización", ha asegurado el consejero de Sanidad.

A la cita han acudido los principales responsables de la política sanitaria y de la atención de la Salud Mental en Castilla y León. Así, junto al consejero, Antonio María Sáez Aguado, han participado: Eduardo García Prieto, gerente Regional de Salud; Nieves Martín Sobrino, directora técnica de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria; Siro Lleras Muñoz, director técnico de Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria; Concepción Velasco Velado, del Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Técnica de Atención Primaria; Fernando Colina Pérez, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Río Hortega de Valladolid; Fernando Uribe Ladrón de Cegama, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora; Martín Vargas Aragón, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Segovia; Laura Martín López-Andrade, psiquiatra en el Hospital Río Hortega de Valladolid; y Sara Merino, representante de la Asociación de Neuropsiquiatría.

Dificultades y barreras

Una de las principales conclusiones a las que se ha llegado en este encuentro es que "aunque en Salud Mental se ha avanzado más que en el resto de estrategias diseñadas y la red de atención psiquiátrica en la comunidad castellanoleonesa es una de las más desarrolladas del Estado", como ha apuntado Eduardo García Prieto, gerente Regional de Salud, el desarrollo de dispositivos asistenciales, es decir, unidades y servicios especialmente orientados a crónicos, ha de ser objeto de una reformulación en cuanto a su tipología puesto que, como ha subrayado el consejero, "constituyen un catálogo seguramente excesivo, como si para cada situación debiéramos tener un tipo de dispositivo". En ese sentido, el consejero se ha referido a la variedad de recursos existentes, tales como unidades de rehabilitación; unidades de convalecencia; centros de rehabilitación psicosocial; unidades de cuidados continuados; o recursos específicos para patología dual, que deberían ser revisados.

Asimismo, como principales dificultades en la atención psiquiátrica, los expertos han evidenciado la importante presencia de variabilidad en la práctica clínica, "lo que se hace en un área de salud, se parece poco a lo que se hace en otra, tanto desde el punto de vista profesional, como organizativo, de resultados o de uso de las tecnologías y los medicamentos", ha lamentado el consejero de Sanidad. También han destacado las deficiencias en materia de sistemas de información, donde no existe una historia clínica integrada e interoperable; o la "poco definida y poco clara" cartera de servicios, como han defendido Siro Lleras Muñoz, director técnico de Atención Primaria de la Dirección General de Asisten-

cia Sanitaria, quien ha señalado que "sería un paso importante que se produjera una definición no a nivel normativo, sino de procedimientos y de prestaciones"; o Fernando Uribe Ladrón de Cegama, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que ha lamentado la tendencia equivocada de atribuir el concepto de enfermedad a problemas cotidianos que, por lo general, son mal tratados porque se medicalizan y se cronifican.

Del mismo modo, Uribe ha reclamado mayor flexibilidad, tanto en indicadores como en estructuras, "no existen indicadores adecuados a Salud Mental y, por tanto, pedimos flexibilidad a la hora de enfocar esos indicadores para poder cumplir los objetivo ya que cuando se cumple el indicador se adaptan las estructuras", ha señalado. En contra de esta opinión se ha manifestado García Prieto para quien la cartera de servicios sí está definida por decreto, focalizando el problema en la definición de lo que es o no trastorno de la Salud Mental.

En este sentido, en la reunión se ha puesto de manifiesto la necesidad de redefinir el concepto de Salud Mental, para algunos "caducado" o "germinado" y, en este punto, una propuesta, concretamente de Martín Vargas Aragón, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Segovia, ha defendido la Neurociencia Clínica, ya que el trastorno mental grave es una enfermedad del cerebro y el concepto de enfermedad mental "tiene poquísima validez", según sus palabras, donde el papel de la Psicología Clínica es "clave"; y otra corriente, defendida por Fernando Colina Pérez, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Río Hortega de Valladolid, y Laura Martín López-Andrade, psiquiatra del mismo hospital, que se posicionaban a favor de desdibujar el diagnóstico basado en clasificaciones.

En otro orden de cosas, Colina Pérez se ha referido a la imposibilidad de constituir equipos profesionales, homogéneos y formados, "que no se devoren a sí mismos en sus propios problemas internos derivados de las rigideces administrativas, fundamentalmente en el ámbito de los recursos humanos", como ha apuntado, "porque no todos los psiquiatras valen para todo ni todos los psicólogos ni todas las enfermeras", según ha lamentado. De la misma opinión es Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora, que ha definido como salto cualitativo importante que los profesionales tengan en cuenta los procesos asistenciales, "los equipos asertivos comunitarios no son un dispositivo sino que son líderes de un proceso", ha matizado. Al tiempo, ha puesto sobre la mesa que no todos los psiquiatras "saben trabajar fuera del despacho". Al hilo, Franco Martín ha defendido la idea de "empezar a borrar recursos e incluso departamentos, en términos de dispositivos, para tratar de dar multifuncionalidad a las unidades, y esto nos lo permiten las unidades clínicas de gestión", según ha señalado.

El catálogo "excesivo" de dispositivos asistenciales ha de ser objeto de una reformulación en cuanto a su tipología

Por su parte, Martín Vargas Aragón ha insistido en la necesidad de una "profunda" reforma de la atención al enfermo psiquiátrico, donde es imprescindible agilidad, autonomía y eficacia en la gestión, "porque los problemas de la asistencia psiquiátrica tienen mucho calado", como ha apostillado, y también aplicar técnicas específicas para caso. "Hay evidencias de la efectividad del tratamiento asertivo comunitario para el trastorno mental grave en la comunidad, pero no podemos plantear el mismo diseño para un enfermo esquizofrénico grave que para un trastorno de ansiedad y ese ha sido quizá uno de los errores que se han cometido en Salud Mental en etapas anteriores", ha concluido Vargas.

Integración asistencial

Otra de las acciones estratégicas globales a desarrollar pasa por garantizar la continuidad de cuidados, es decir, velar por una integración asistencial que promueva canales de comunicación entre Atención Primaria y Especializada, sin fragmentación, con especial relevancia en la atención psiquiátrica. En definitiva, una integración de niveles tanto en procesos asistenciales como en ámbitos de gestión. Y, en este sentido, se ha puesto sobre la mesa la necesidad de trabajar en Atención Primaria y reforzar su papel en la asistencia psiquiátrica, estando cerca del paciente

y coordinando las actuaciones con los servicios sociales, superando así la barrera de que todo el sistema organizativo esté fragmentado, tal y como ha explicado Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora. "La atención en Salud Mental ha de ser prioritariamente comunitaria y eso obliga a una integración asistencial de la parte social", ha concluido. En este punto, algunos expertos, como Sara Merino, representante de la Asociación de Neuropsiquiatría, han puesto sobre la mesa la propuesta de la atención a los pacientes por parte de un psicólogo clínico en este nivel asistencial.

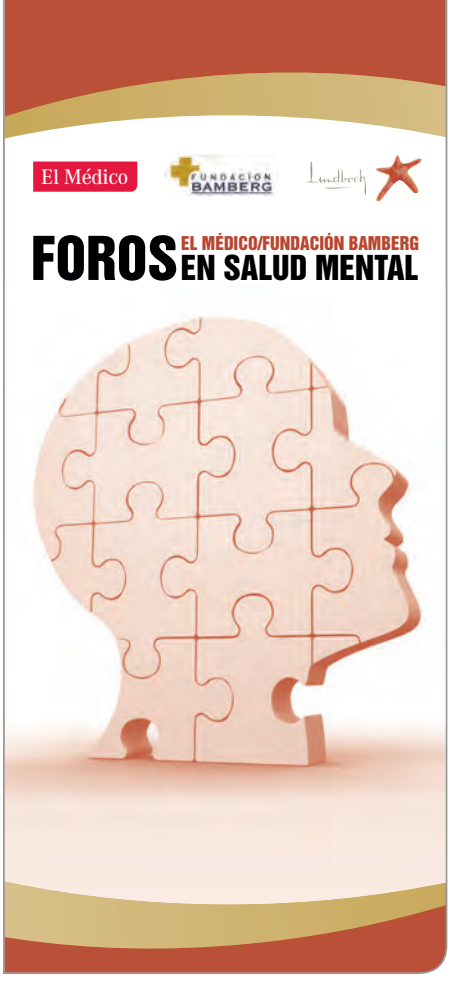
En esta misma línea intervenía también el gerente Regional de Salud, García Prieto, quien recordaba que los equipos de Salud Mental han servido como enlace "muy importante" con Atención Primaria y son el "germen" de la integración de los procesos asistenciales.

Sobre integración asistencial también ha insistido Siro Lleras Muñoz, director técnico de AP de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, quien ha subrayado que "la integración asistencial no es un fin sino un medio".

En este contexto, tal y como ha explicado el máximo responsable de la Sanidad en Castilla y León, en la comunidad autónoma se ha puesto en marcha, recientemente, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, alineada con la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad, donde la coordinación entre niveles asistenciales es imprescindible para garantizar la continuidad de esos cuidados, se perfila como un marco idóneo, fundamentalmente en dos procesos asistenciales clave como el trastorno mental grave y la depresión.

CONCLUSIONES ENCUENTRO SALUD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN

- En el marco de la situación actual de la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica de la comunidad, todos los expertos han coincidido en la buena marcha de la asistencia de Salud Mental y en el esfuerzo por la integración de todos los recursos de Salud Mental en una única red, pero también se ha puesto de manifiesto la necesidad de emprender cambios organizativos, tales como desdibujar la disposición central del hospital general, es decir, pasar de un hospitalocentrismo a una estrategia basada en la atención al paciente crónico en la comunidad.
- En esta línea, otra de las acciones estratégicas a desarrollar pasa por la continuidad de cuidados, por una integración asistencial que promueva canales de comunicación entre Atención Primaria y Especializada, sin fragmentación, con especial relevancia en la atención psiquiátrica. En definitiva, una integración de niveles tanto en procesos asistenciales como en ámbitos de gestión. En este sentido, se ha puesto sobre la mesa la necesidad de trabajar en Atención Primaria y reforzar su papel en la asistencia psiquiátrica, estando cerca del paciente y coordinando las actuaciones con los servicios sociales. Aquí surge la propuesta de la atención a los pacientes por parte de un psicólogo clínico en este nivel asistencial.
- En este contexto, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, donde la coordinación entre niveles asistenciales es imprescindible para garantizar la continuidad de esos cuidados, se perfila como un marco idóneo, fundamentalmente en dos procesos asistenciales clave como el trastorno mental grave y la depresión.
- Entre los principales retos, se ha hablado de dotar de mayor capacidad organizativa a los profesionales, con el objetivo de alcanzar la mayor eficiencia en la atención sanitaria. La gestión clínica como herramienta para hacer sostenible el sistema.
- Un caso de éxito que vislumbra la integración asistencial es la experiencia piloto de la Unidad de Gestión Clínica, como la de Zamora, que se prevé extender al resto de las áreas. Como principales barreras a esta nueva estrategia, los expertos han hablado de la limitación presupuestaria y de la necesidad de una mayor flexibilidad, tanto en indicadores como en estructuras.
- Como principales dificultades en la atención psiquiátrica, se ha evidenciado también la importante presencia de variabilidad en la práctica clínica. Del mismo modo, se ha percibido un desarrollo excesivo de dispositivos asistenciales que han de ser objeto de reformulación en cuanto a su tipología. Junto a estas barreras, se han puesto de manifiesto las deficiencias en materia de sistemas de información, donde no existe una historia clínica integrada e interoperable.
- Otra de las reivindicaciones de los expertos ha girado en torno a la cartera de servicios, para algunos, poco definida y clara en este ámbito, y donde se ha evidenciado la tendencia equivocada de atribuir el concepto de enfermedad a problemas cotidianos que, por lo general, son mal tratados porque se medicalizan y se cronifican.
- También han insistido en la exigencia de una visión presupuestaria global, puesto que las rigideces presupuestarias son una barrera en la puesta en marcha de los procesos.
- En otro orden de cosas, se ha puesto de manifiesto la necesidad de redefinir el concepto de Salud Mental, en este punto, una propuesta ha defendido la Neurociencia Clínica, donde el papel de la Psicología Clínica es clave, y otra corriente que se ha posicionando a favor de desdibujar el diagnóstico basado en clasificaciones.
- Otros temas abordados en la reunión han girado en torno a la necesidad de reorientar el modelo de atención en Salud Mental, en el que debe propiciarse un trabajo de consenso para establecer criterios comunes y mínimos en pro de la continuidad asistencial, donde prevalezcan criterios de accesibilidad, de flexibilidad, de participación, orientados a las necesidades del paciente y homogéneos en todo el territorio. En este sentido, resulta clave el papel de las asociaciones de pacientes, abordar en profundidad aspectos como la vivienda y el empleo, así como potenciar la figura del paciente experto...



prescindible para garantizar la continuidad de esos cuidados, "mientras que la Estrategia del Ministerio de Sanidad tiene una vocación un poco menos asistencial y más orientada a la promoción y la prevención, en Castilla y León la vocación de la Estrategia es más asistencial, más enfocada a transformar el sistema de asistencia sanitaria pensando en los crónicos", ha puntualizado el consejero.

Concretamente, en el ámbito de la Salud Mental, "el hecho de que la integración del paciente crónico, probablemente, precise de algunas acciones que no están en la asistencia sanitaria, ni siquiera en los servicios sociales, y tengan que ver con otros aspectos, como los laborales, hace necesaria una revisión y ha de ser objeto de debate, del mismo modo que se ha de estudiar por dónde debe caminar la relación con los servicios sociales en el ámbito de la cronicidad", ha señalado Sáez Aguado. En definitiva, una Estrategia que, como ha comentado Concepción Velasco Velado, del servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Técnica de Atención Primaria, se perfila como un "marco idóneo y fabuloso", fundamentalmente en dos procesos asistenciales clave como son el trastorno mental grave y la depresión.

Asimismo, algunos casos de éxito que vislumbran la integración asistencial son la experiencia piloto de la Unidad de Gestión Clínica, en el Servicio de Psiquiatría de Zamora, una estructura que se prevé extender al resto de las áreas, según ha explicado en consejero, o la reciente puesta en funcionamiento de un hospital de día de vocación comunitaria para enfermos mentales crónicos, en el Área de Salud de Valladolid Oeste. En el caso concreto de la Unidad de Gestión Clínica de Zamora, "una iniciativa especialmente fructífera como consecuencia de la gestión clínica", tal y como ha especificado García Prieto, se está potenciando una pseudohospitalización, "lo que se trata es de tener pisos en los que los pacientes van integrándose poco a poco a su vida cotidiana y van aprendiendo a reinsertarse en el día a día, con un seguimiento de la institución pero fuera de ella, lo que ayuda a su integración", según ha señalado el gerente Regional de Salud. En este contexto, García Prieto ha explicado que la implantación de las unidades de gestión clínica son un cambio "de calado", de educación y de formación a largo plazo, que exigen una definición de presupuestos y una mayor flexibilidad en la constitución de los equipos.

Por lo que se refiere al manejo terapéutico, Nieves Martín Sobrino, directora técnica de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, recordaba que "llevamos poco tiempo trabajando con el área de medicamentos en Psiquiatría, concretamente en la utilización de antidepresivos, también en temas formativos y de orientación de indicadores, y el resultado ha sido bastante satisfactorio, a pesar de que los cambios en el ámbito de la prestación farmacéutica son lentos y van sujetos a cambios de actitud de los profesionales". En este sentido, Martín Sobrino se ha referido a la complejidad del manejo farmacoterapéutico de muchas enfermedades psiquiátricas y ha destacado que "cuando a los profesionales se les informa siempre hay retorno".

La experiencia piloto de la unidad de gestión clínica en el Servicio de Psiquiatría de Zamora ha sido un éxito que se prevé extender al resto de las áreas

Del mismo modo, la directora técnica de Farmacia hablaba de la adherencia terapéutica, donde ha destacado la existencia de un seguimiento global, sobretodo para pacientes polimedicados, como ha matizado, y también ha insistido en que la prescripción por principio activo no debe suponer un problema de adherencia terapéutica en este tipo de pacientes. Por último, en el contexto de variabilidad en la prescripción, la experta ha querido matizar que si bien no hay limitaciones en la prescripción de medicamentos sí hay recomendaciones y directrices que se intentan introducir, a lo que ha añadido que "nosotros sí tenemos datos de qué variabilidad hay entre unos centros y otros, tanto en perfil de uso como en costes, y eso lo tratamos de gestionar".

Al hilo, el consejero de Sanidad insistía en que los clínicos no tienen limitación en la prescripción, teniendo a su disposición lo autorizado.

Por su parte, Fernando Uribe Ladrón de Cegama, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ha destacado que, si bien no existen limitaciones de prescripción en el ámbito de la asistencia ambulatoria, en el caso de las unidades de agudos hay matices, "no todas las unidades de agudos tienen la misma cartera de productos en este momento y lo que no está en la unidad es complicado o casi imposible prescribirlo". En este sentido, ha reclamado una mayor homogeneización de las directrices de las comisiones de farmacia.

Al hilo, Manuel Franco Martín ha señalado que el reto es plantear las dinámicas de prescripción en términos de área, más que

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

ANTONIO Mª SÁEZ AGUADO. Consejero Sanidad de Castilla y León

EDUARDO GARCÍA PRIETO. Gerente Regional de Salud

NIEVES MARTÍN SOBRINO. Dirección Técnica de Farmacia. Dirección Gral. de Asistencia Sanitaria

SIRO LLERAS MUÑOZ. Director técnico de AP. Dirección Gral. de Asistencia Sanitaria

CONCEPCIÓN VELASCO VELADO. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de AP

FERNANDO COLINA PÉREZ. Jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital del Río Hortega. Valladolid

FERNANDO URIBE LADRÓN DE CEGAMA. Jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario. Valladolid

MANUEL FRANCO MARTÍN. Jefe del servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora

MARTÍN VARGAS ARAGÓN. Jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital de Segovia

LAURA MARTÍN LÓPEZ-ANDRADE. Psiquiatra en el Hospital Río Hortega. Valladolid

SARA MERINO. Representante de la Asociación de Neuropsiquiatría

individuales, y, del mismo modo, poder ligar y establecer los perfiles de prescripción a resultados en salud, "en nuestro campo, el debate de si un fármaco es más caro o más barato es pobre, hay que valorar cuáles son los resultados que se obtienen", ha asegurado el experto.

Retos de futuro

Uno de los retos necesarios para poder llevar a la práctica la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, como ha señalado el consejero, pasa por adaptar los dispositivos asistenciales adecuando su organización, funcionamiento y cartera de servicios. Además, ha insistido en la necesidad de una mayor flexibilización y se ha referido a la importancia de dotar de una mayor capacidad organizativa y autonomía a los profesionales, con el objetivo de alcanzar la mayor eficiencia en la atención sanitaria. "La gestión clínica puede hacer sostenible el sistema, por tanto, hay que poner en manos de los profesionales herramientas para tomar decisiones, hay que alinear la clínica con el uso de los recursos y la gestión", ha destacado Sáez Aguado. De la misma opinión es Uribe Ladrón de Cegama quien ha insistido en la necesidad de avanzar en flexibilidad, tanto a nivel periférico como a nivel central, concretamente, en el modo de contratación; en la previsión de recursos humanos; en la asignación de presupuestos; en los criterios de los dispositivos o de las estructuras para prestar servicios sanitarios; y en la función de los profesionales; entre otros.

Una de las acciones estratégicas en Salud Mental en Castilla y León es garantizar una integración asistencial que promueva canales de comunicación entre Atención Primaria y Especializada

Por otra parte, en su intervención, Franco Martín ha insistido, coincidiendo con el resto de los participantes, en el esfuerzo realizado en la comunidad autónoma por integrar todos los recursos de Salud Mental en una única red, pero ha puesto de manifiesto el reto de la accesibilidad. "En este ámbito los pacientes no están muy animados a recibir tratamiento, por tanto, más que en cualquier otra especialidad es enormemente importante facilitarles el acceso", ha apuntado.

Del mismo modo, el resto de los expertos han puesto el foco en la exigencia de una visión presupuestaria global, puesto que las rigideces presupuestarias son una barrera en la puesta en marcha de los procesos.

Otros temas abordados en la reunión han girado en torno a la necesidad de reorientar el modelo de atención en Salud Mental, en el que debe propiciarse un trabajo de consenso para establecer criterios comunes y mínimos en pro de la continuidad asistencial, donde prevalezcan criterios de accesibilidad, de flexibilidad, de participación, orientados a las necesidades del paciente y homogéneos en todo el territorio. "La gestión de casos ha cumplido una parte de su objetivo, pero pretendemos que el programa de gestión de casos se inserte dentro de un gran proceso de atención al trastorno mental grave en el que es fundamental el trabajo iniciado en el contexto del proceso de atención integrado con servicios sociales, donde la participación de los equipos de promoción de autonomía personal es muy importante", ha señalado Concepción Velasco Velado.

En este sentido, resulta clave el papel de las asociaciones de pacientes; abordar en profundidad aspectos como la vivienda y el empleo, tal y como ha explicado Laura Martín, quien también, al hilo, ha defendido un "cambio de paradigma" en la atención, no sólo basada en el tratamiento farmacológico sino también basada en las necesidades del paciente; así como potenciar la figura del paciente experto...

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

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

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

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

Lundbeck

1978-2013: 35 años de formación MIR en España

Este año se cumple el treinta y cinco aniversario del establecimiento del sistema MIR como vía de formación médica postgraduada; sistema que a lo largo de los años se ha ido convirtiendo en una de las principales joyas de la corona de la Sanidad española, con unánime reconocimiento no solo a nivel nacional, sino también internacional.

Texto Luis C. Vaquero Cemborain

REPORTAJE DE PORTADA

1978-2013: 35 años de formación MIR en España

Los inicios del actual sistema de formación de postgrado, basado en el sistema de Médicos Internos y Residentes, se pueden situar en el año 1964, en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, donde los profesores Diego Figuera Aymerich y José María Segovia de Arana lo implantan de forma voluntaria. Ante la gran acogida que recibe esta experiencia, se va extendiendo a otros hospitales públicos, que en 1967 forman el "Seminario de Hospitales con Programas de Graduados", y que tres años después elaboran el primer "Manual de Acreditación de Hospitales".

En 1978, se publica el Real Decreto 2015 por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas a través del MIR

En 1971, el Ministerio de Trabajo comienza a estructurar legalmente ese sistema de formación mediante una Orden en la que se sientan las bases y procedimientos de selección y formación de los médicos internos y residentes de la Seguridad Social. Finalmente, en 1978 se publica el Real Decreto 2015 por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas y, en 1984, otro Real Decreto establece el sistema MIR como la única vía de especialización médica. Pero, a pesar de estos aspectos legales que se indican, el profesor Segovia de Arana recuerda que "ese cambio trascendente del médico liberal independiente, al médico colaborador integrado con el resto del equipo, que suponía el sistema MIR, no fue impuesto por ninguna consigna administrativa o política, sino por la fuerza y la exigencia de la Medicina científica".

El sistema MIR no sólo fue una gran transformación de la formación del médico especialista, sino que también condicionó la propia formación pregrado en las facultades de Medicina de forma un tanto negativa. "La prueba MIR ha condicionado mucho la formación en la Universidad -afirma Fernando Rivas Navarro, ex vocal de Médicos en Formación de la OMC (hasta el pasado 9 de marzo)- pues los propios estudiantes se volcaron a la formación teórica de cara al examen de acceso, pero desde hace ya varios años se está intentando corregir esto y la propia Bolonia exige más prácticas, más evaluación de competencias y más habilidades en la Universidad".

Demasiada teoría

Y es ese examen de acceso al MIR lo primero que habría que analizar, aunque sea de forma breve, pues ha sido una de las facetas de este sistema formativo que más críticas ha recibido por su carácter eminentemente teórico. En el informe preceptivo emitido por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud sobre proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación MIR se recuerda que en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) de 2003 ya se recogía que la selección de aspirantes deberá consistir en la realización de una prueba de conocimientos teóricos y prácticos, habilidades clínicas y comunicativas y actitudes vinculadas a los estudios exigidos para acceder a las pruebas. Por ese motivo, el Consejo considera que una prueba objetiva que verse sobre los contenidos de las titulaciones universitarias requeridas en cada supuesto y que consista en la contestación de un cuestionario de preguntas, no puede medir las habilidades clínicas y comunicativas y actitudes vinculadas a los estudios universitarios.

En 1984, otro Real Decreto establece el sistema MIR como la única vía de especialización médica

Y es que, efectivamente, desde la implantación del sistema MIR, la evaluación de los conocimientos de los aspirantes ha ignorado todo lo que se refiere a habilidades y actitudes, a pesar de que en las facultades se llevaba a cabo un esfuerzo por aumentar el aprendizaje práctico, la docencia clínica, en detrimento de las clases magistrales. El examen MIR actual sigue teniendo como principal objetivo establecer un orden de prelación a la hora de elegir plaza, más que el de medir esos conocimientos, habilidades y aptitudes.

Para Fernando Rivas existe una limitación práctica muy importante para evaluar en el examen de entrada las habilidades, mediante la utilización de pruebas prácticas con maniquís, etc., ya que supone un coste económico muy elevado y una importante dificultad técnica de llevarlo a cabo a nivel nacional. "Por ello -apunta- se le ocurrió al Ministerio de Sanidad cambiar el texto de la LOPS y añadir la coletilla de 'cuando ello sea posible', al tiempo que se introducían contenidos prácticos, como fotografías, ligados a preguntas de tipo también práctico". El carácter mayoritariamente preventivo de las preguntas ha ido evolucionando a otro de más orientación práctica.

El profesor Ciril Rozman, catedrático de Medicina, miembro de la Real Academia de Medicina, experto en trasplante de médula ósea y que fuera presidente del *Consell Assessor de Sanitat* del Departamento de Sanidad de Cataluña (2001-2003), en su blog en el que se analizan diversos aspectos del sistema MIR, admite también que evaluar de forma objetiva y fidedigna las habilidades resulta bastante complicado y "resulta fundamental que el alumno no reciba únicamente el calificativo de 'apto' o 'no apto', pues ello colocaría a las habilidades en algo de menor importancia frente a los conocimientos. Y tal vez sea el momento de descentralizar todo el examen MIR. Al fin y al cabo, a las universidades privadas ya se les autoriza seleccionar a sus propios aspirantes a la formación especializada, por lo que no sería descabellado aplicar el mismo criterio a las universidades públicas".

Lo que no se puede poner en duda en el sistema actual de evaluación es la absoluta igualdad de oportunidades que se da a todos los aspirantes para acceder a cualquier especialidad. En la actual convocatoria se incluyen algunas modificaciones, entre las que destaca la introducción de una nota de corte igual o superior al 30

por ciento de la media aritmética obtenida por los diez mejores exámenes. Esta medida tiene por objetivo, para el Ministerio de Sanidad, aumentar la calidad en la selección de candidatos, pues hasta 2008 se podía acceder a la residencia obteniendo una puntuación negativa y solo a partir de ese año se exigió que dicha puntuación fuese, al menos, positiva.

A día de hoy se hace evidente que el sistema de formación MIR, a pesar del éxito indiscutible que desde un principio supuso y de la contrastada excelencia en la formación clínica de los médicos, necesita importantes cambios muchos de ellos marcados por las propias directivas de la Unión Europea y muy concretamente por el denominado plan Bolonia para la Educación Superior. Ciril Rozman considera que la reforma más urgente consiste en convertir el examen de ingreso MIR en algo que valore realmente las capacidades de ser médico y no solo los aspectos cognitivos, prestando asimismo especial atención en la troncalidad, la tutoría y la evaluación.

Futura formación troncal

La introducción de la troncalidad en el sistema MIR es quizás el proyecto más ambicioso que se plantea actualmente la Administración en la reforma de la formación postgrado en Medicina, contando con el apoyo de amplios sectores que abarcan desde los estudiantes universitarios a las sociedades científicas. Desde mediados de la pasada década ya se consideraba la introducción del sistema de troncalidad necesario para propiciar una formación integral y multidisciplinar, al tiempo que ayudase a una mejor elección de una especialidad concreta, con itinerarios formativos más flexibles. La formación troncal se definiría como el periodo formativo común de un grupo de especialidades en Ciencias de la Salud que se establece en base a la adquisición de competencias clínicas compartidas por todas las especialidades que conforman el tronco, formado por dos o más especialidades.

En octubre de 2010, el Grupo de Trabajo de Troncalidad de la Comisión de RRHH

1978-2013: 35 años de formación MIR en España

JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA: el sistema, tal y como funciona actualmente, está bien

El profesor José María Segovia de Arana es uno de los pioneros en la puesta en marcha del sistema MIR, primero de forma experimental durante los años sesenta en la Clínica Puerta de Hierro que él dirige y al final de la década de los 70 de forma oficial desde la Secretaría de Estado del Ministerio de Sanidad. Actualmente puede considerarse como uno de los principales impulsores y pieza clave en la modernización del sistema sanitario español, que ha llegado a ser calificado como uno de los mejores y más avanzados del mundo.

Segovia de Arana considera que el sistema MIR ha sido uno de los grandes aciertos que ha tenido la Medicina española en cuanto a su formación, ya que los seis años en las facultades de Medicina no eran suficientes; las prácticas en las facultades eran casi nulas, el catedrático daba clases exclusivamente teóricas y se producía un aprendizaje por autodescubrimiento: "El médico recién incorporado a un hospital iba preguntando a sus compañeros –comenta el profesor Segovia– y buscando su propia respuesta, se formaban en su servicio no sólo gracias a su jefe, sino a otros médicos, pues lo que uno iba aprendiendo, se lo enseñaba a otros, ese es el origen del MIR. Muchos catedráticos compañeros míos estaban firmemente en contra de una formación extrauniversitaria, pero afortunadamente sus ideas no prevalecieron y fue creciendo la formación postgraduada hasta ser reconocida por todos".

Entre los temas más controvertidos del sistema MIR se encuentra la conveniencia o no de una evaluación final mediante examen. El profesor Segovia reconoce que en un principio se pensó en que la formación MIR debía pasar a su finalización por una evaluación, pero se produjo una huelga de médicos en su contra que motivó que la idea fuese aparcada indefinidamente. Ahora, varias décadas después, el principal creador del sistema MIR estima que esa decisión fue un acierto, "porque no se trata –dice– de prepararse para un examen, sino de adquirir una formación más comprometida a nivel personal, como ocurre también en el caso de la formación continuada".

En cuanto a la troncalidad, el profesor Segovia se muestra más partidario de que se incluya dentro de la licenciatura, para que el futuro médico tenga idea de la especialidad que va a hacer y no se lleve a cabo un periodo común de aprendizaje troncal dentro del MIR: "Se debe elegir una especialidad desde el principio y saber claramente lo que esa especialidad le va a exigir a cada uno, porque la troncalidad en cierto modo crea duda; dos años de troncalidad en el MIR supone alargar la licenciatura y restar formación a unas especialidades que cada vez exigen una mayor profundización, como consecuencia de los mayores avances de la Medicina". No obstante, considera que las especialidades deben ser consideradas globalmente y dentro de la formación de cada una de ellas se debe ir viendo los puntos de contacto con otras especialidades, para enlazar con ellas en lo posible.

Respecto a la figura del tutor, considera que teóricamente es una idea excelente para poder ir resolviendo al residente las dudas que pueda ir teniendo, pero no cree que sea una figura indispensable en el sistema: "Yo fui uno de los promotores de esa figura, pero creo que basta con la responsabilidad que debe adquirir el propio MIR".

Por último, el profesor Segovia de Arana afirma que el sistema MIR, tal y como funciona actualmente, está bien; pudiendo discutirse sólo algunos temas puntuales, como la duración de determinadas especialidades, ya que no todas requieren la misma vía y el mismo tiempo de formación. "Lo más importante –concluye– es que todos tengan en cuenta la idea de la universalidad de la enseñanza de la Medicina y que cada uno asuma su papel en la coordinación del sistema".

del Sistema Nacional de Salud, creado dos años antes, redactó un amplio informe en el que se consideraba que la mejora continua en la calidad asistencial, los avances científicos y tecnológicos y la definición del Espacio Europeo de Educación Superior motivaban la incorporación de cambios en el sistema de formación sanitaria especializada, al tiempo que la propia LOPS ya prevé la posibilidad de agrupar las especialidades en ciencias de la salud con criterios de troncalidad. El cambio introducido en el sistema formativo con el desarrollo de la troncalidad sería posiblemente tan trascendente como el que se produjo en los años 80 con el propio establecimiento del sistema MIR.

El informe establecía que la troncalidad debe mejorar la eficiencia en los programas formativos y facilitar la flexibilización del catálogo de especialidades que, con el devenir del tiempo, ha llevado a numerosos compartimentos estancos que en nada benefician el abordaje de los problemas de salud, ni a los profesionales ni a los propios servicios de salud. También se pretende dotar al futuro especialista de una base competencial más amplia que le permita una mayor versatilidad y pluralidad en su formación nuclear, consolidando y profundizando los conocimientos y habilidades generales adquiridos durante los estudios de grado y mediante la adquisición de competencias específicas del tronco y competencias transversales comunes.

El último borrador del Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, fechado en diciembre pasado, establece cinco troncos: Médico, quirúrgico, de laboratorio y diagnóstico clínico, de imagen clínica y de psiquiatría. No quedan adscritas a ningún tronco las especialidades de Anatomía Patológica; Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Obstetricia y Ginecología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Pediatría y sus áreas específicas; Radiofarmacia y Radiofísica.

El aspecto que suscita tal vez mayor controversia en este proyecto que regula la

troncalidad es el de la duración del ciclo formativo, que se establece en dos periodos. El primero tendrá una duración de dos años y será común para cada tronco y a este periodo le seguirá otro de dos o tres años dedicado a la especialidad concreta, hasta completar el total de cuatro o cinco años de formación que actualmente tienen las diversas especialidades.

Pero el proyecto de Real Decreto no deja claro si la elección de cada especialidad se hará conforme a lo expuesto en la justificación de dicho proyecto, que dice que se llevará a cabo a nivel nacional, o si se limitará a la unidad docente troncal donde se llevó a cabo el primer periodo de formación. La opinión mayoritaria es que la elección definitiva se adjudique a nivel nacional.

También es cuestionada la existencia de ese primer periodo de dos años de formación troncal común, pues en amplios sectores se considera que va en detrimento de la formación específica de la especialidad en sí misma, que quedaría reducida a dos o tres años. A este respecto, el informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, antes mencionado, considera que la formación troncal no puede ir en detrimento de la formación específica de cada especialidad y se adhiere a lo previsto en la LOPS, que determina que la duración de los periodos de residencia se fijará en los correspondientes programas de formación específica que elaboren cada comisión nacional y estima que, si existen criterios científico-técnicos objetivos y concordancia con nuestro entorno europeo, se deberá proceder a un ajuste de tiempo formativo si la comisión nacional correspondiente demuestra su pertinencia en su propuesta de nuevo programa formativo.

Según el profesor Segovia de Arana, el cambio que supuso el MIR no fue impuesto por ninguna consigna administrativa o política sino por la fuerza y exigencia de la Medicina científica

Fernando Rivas considera en todo caso aventurado sostener que el primer periodo formativo troncal no tiene apenas validez de cara a la posterior especialidad, pues sería como afirmar que tampoco tienen utilidad los seis años de estudios pregrado en la universidad.

Evaluación final

Desde el comienzo del sistema MIR, ha sido objeto de controversia la existencia o no de una prueba de evaluación al finalizar el periodo formativo. Si en un principio se estableció la existencia de dicha prueba, ésta no llegó a ponerse en práctica ante la contundente oposición de los propios residentes. Los partida-

rios de esa prueba alegan que estimula el aprendizaje y la formación del residente y resulta fundamental a la hora de acceder a un puesto de trabajo.

Para el ex vocal de médicos postgraduados de la OMC, una evaluación continuada del residente es necesaria pero lejos de un examen final clásico, ya que cuatro horas de examen no pueden medir los conocimientos adquiridos en cuatro años de formación práctica. "Es cierto que se tienen que articular mecanismos de evaluación distintos a los que tenemos en la actualidad -comenta Fernando Rivas- pero un examen final clásico tampoco está contemplado a nivel internacional, donde se está proponiendo una evaluación que comprenda tres niveles: el de conocimientos reales que se han adquirido y que se resolvería a base de preguntas tipo test; la presentación de una memoria de actividades que estableciera unos niveles en las actividades que el médico ha ido realizando y que lo evaluaría un tutor especializado; y, por último, un tercer nivel con la propia actividad realizada en investigación y la memoria continua de su participación, su porfolio". Lo que para Fernando Rivas está claro es que en un sistema en el que nadie suspende, algo está mal y ahora es el momento de revisarlo a fondo.

A día de hoy se hace evidente que el sistema MIR necesita cambios, muchos de ellos marcados por las directivas de la UE y muy concretamente por el denominado Plan Bolonia

Por su parte, el proyecto de Real Decreto sobre troncalidad establece que una comisión de docencia a la que se adscriba una unidad docente troncal, se constituirá en un comité de evaluación de dicho tronco, cuya función será la de llevar a cabo la evaluación anual y final del periodo formativo troncal, que podría ser positiva, negativa recuperable y negativa. En el primer caso, el residente realizaría durante los tres últimos meses de ese periodo troncal una estancia en áreas de especial interés para su formación; en el segundo supuesto ese periodo de tres meses se dedicaría a formación troncal y en el caso de evaluación negativa se produciría la extinción del contrato, según lo dispuesto en el Real Decreto 183/2008. No obstante, en la disposición adicional segunda, se abre la posibilidad de que esa evaluación pueda ser sustituida por una prueba o conjunto de pruebas llevadas a cabo por el comité de evaluación troncal de la correspondiente comisión de docencia, utilizando instrumentos estructurados, objetivos y comunes en todas las unidades docentes del mismo tronco en el ámbito del Estado. En cuanto a la evaluación final del periodo específico de la especialidad, se llevará a cabo por el comité de evaluación correspondiente, según lo establecido ya en la LOPS.

En lo que se refiere a la figura del tutor en el sistema MIR, ésta ha sido siempre muy bien valorada a pesar de las dificultades que entraña compaginar la docencia con la práctica clínica cotidiana. Para Fernando Rivas, los tutores desarrollan una labor muy importante y poco reconocida, no solo a nivel económico sino también profesional y académico. "Este reconocimiento -afirma- está planteado, pero las comunidades autónomas no han tenido el valor de desarrollarlo, lo que puede provocar una desmotivación y un desinterés en formar a los residentes".

Desde el comienzo del sistema MIR ha sido objeto de controversia la existencia o no de una prueba de evaluación al final del periodo formativo

Ciril Rozman, al objeto de conseguir una información precisa sobre el problema de las tutorías, realizó una serie de entrevistas con diversos implicados en el proceso, constatando que los residentes suelen valorar muy positivamente la labor del tutor, si bien suelen percibir como aún más valiosa la función del facultativo de plantilla al que quedan asignados durante las diferentes rotaciones, y concluye que "la excelencia del sistema MIR durante el cual el residente va adquiriendo progresivamente unas funciones de responsabilidad creciente bajo la idónea supervisión está fuera de toda duda" y una adecuada estructura de esta supervisión constituiría una importante ventaja adicional.

Pero, al margen de todos estos aspectos de la formación MIR expuestos hasta ahora, debe tenerse en cuenta también la propia faceta laboral del MIR, para que no pueda acabar convirtiéndose en simple mano de obra barata para el hospital, al tiempo que lo utilice como un escaparate de prestigio para el centro: "Tengo residentes, luego tengo calidad".

Los médicos residentes, a través de la plataforma "Residentes indignados" en la que participan diferentes asociaciones MIR, consideran que España es de los países desarrollados que menos invierte en salud, con salarios más bajos que otros y en otros sectores profesionales, y en el que el aumento de horas de trabajo es una medida indirecta para no renovar contratos de eventuales y prescindir de interinos, personal indispensable para la correcta formación de especialistas. Esta plataforma denuncia que los recortes lineales e indiscriminados minan directamente la formación del MIR, que basa su aprendizaje en la asistencia, la docencia y la investigación. El MIR nunca podrá sustituir las labores de un facultativo especialista, pues desde su fundamento el trabajo del MIR debe estar supervisado por dicho personal, señalan.

Un último aspecto que no se debería pasar por alto en el sistema de formación de médicos en España es el de la necesidad de una eficiente planificación de plazas por especialidades, a fin de cubrir las necesidades de médicos en un futuro y evitar, al mismo tiempo, el fantasma del paro. Por

otra parte, un exceso de plazas en las facultades de Medicina puede llevar acarreado un empeoramiento de las condiciones laborales de los médicos, al formarse una bolsa de paro y el consiguiente abaratamiento salarial.

En el estudio "Oferta y necesidades de especialistas médicos en España 2010-2025", auspiciado por el Ministerio de Sanidad, se afirma que los avances en la definición y desarrollo de la formación troncal y las áreas de capacitación especifica contribuirán a mejorar la capacidad de adaptación de los profesionales a las necesidades del sistema, aun a falta de un registro de profesionales que dificulta la planificación. La fijación de numerus clausus en las facultades y la convocatoria de plazas MIR, son considerados los dos instrumentos principales de planificación, no pudiéndose condicionar estrictamente el numerus clausus a las plazas MIR, separando las necesidades de formación de las de empleo y no considerándose al residente como un trabajador que hace guardias. Por último, el estudio hace hincapié en la necesidad de incentivos para cubrir plazas en especialidades deficitarias, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria.

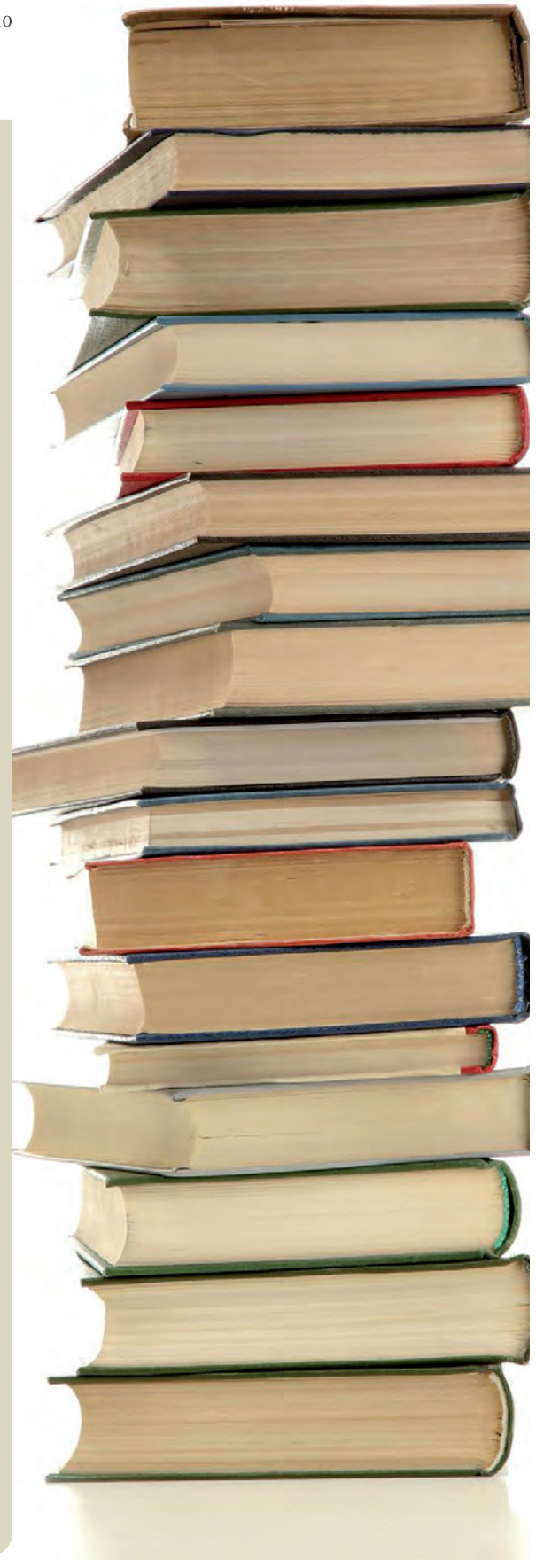
Fernando Rivas sostiene que la planificación no se ha producido de forma correcta y el resultado de ello es que están saliendo más licenciados en Medicina que plazas MIR disponibles, lo que va a generar una importante bolsa de paro que se añadirá a la que ya hay en estos momentos, incluso de especialistas formados.

Una correcta planificación en la oferta de plazas MIR evitaría, por otra parte, la existencia de especialidades con exceso de profesionales y el consiguiente paro, frente a otras deficitarias y muy demandadas.

Una nueva etapa podría decirse que comienza ahora, treinta y cinco años después de su creación, para un sistema de formación de especialistas que ha cubierto hasta ahora su andadura con una elevada calificación, pero que necesita adaptarse a las nuevas normas que va dictando la Unión Europea y a los propios avances que la Medicina ha ido experimentando a lo largo de más de tres décadas ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista al Profesor José María Segovia de Arana.
2. Entrevista a Fernando Rivas Navarro, vocal de Médicos en Formación de la OMC.
3. El blog de Ciril Rozman (blogderozman.wordpress.com)
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
5. Borrador de Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud.
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
7. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
8. Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. (Boletín Oficial del Estado del 14).
9. Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista (B.O.E. 31 de Enero 1984).
10. Informe preceptivo del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud.
11. Documento "Oferta y necesidades de especialistas médicos en España 2010-2025".
12. Hemeroteca de la Revista "El Médico".
13. EL MÉDICO INTERACTIVO.



“Hay que dejar de hacer lo que no hay que hacer,

el tiempo que se dedica a cosas que no aportan valor habría que dedicarlo a lo que verdaderamente tenemos que hacer”

Mª Soledad Zuzuárregui

Gerente de Atención Primaria de Toledo

Texto Silvia C. Carpallo

Mª Soledad Zuzuárregui

Siempre se dice que la Atención Primaria debe ser el eje del SNS si queremos hacer nuestro sistema sostenible, más ahora en tiempos de crisis. Pero para eso hay que conseguir una AP más resolutiva, más eficaz, y por tanto, más productiva. La receta nos la proporciona Mª Soledad Zuzuárregui, gerente de Atención Primaria de Toledo, que apuesta por mejorar las propias organizaciones de los centros de salud para mejorar la calidad asistencial, conseguir una mayor evaluación y transparencia de los resultados en salud, disminuir la variabilidad clínica o incentivar el autocuidado del paciente.

¿Cómo se incrementa la productividad dentro de la Atención Primaria?

Estoy convencida de que tenemos centros y profesionales muy productivos, pero también tenemos centros con mucho margen de mejora de su productividad. En muchos casos habrá que "dejar de hacer lo que no hay que hacer", porque el tiempo que se dedica a cosas que no aportan valor, habría que dedicarlo a lo que verdaderamente tenemos que hacer.

¿Cree que las Gerencias de Atención Integrada de su Comunidad suponen un avance en la sostenibilidad? ¿Ayudarán a disminuir el número de pruebas innecesarias duplicadas entre Primaria y Especializada?

Se han implantado con el objetivo de unificar objetivos, mejorar los resultados, aumentar la coordinación entre profesionales y tener una cabeza visible tanto en el hospital como en los centros de salud. El liderazgo único para los dos niveles asistenciales puede contribuir a conseguirlo. El éxito que se logre dependerá de muchos factores, pero una gerencia integrada permite dar un mensaje uniforme a toda la estructura asistencial, y eso puede facilitar la coordinación, y probablemente consiga mejores resultados en la integración de los dos niveles asistenciales.

El Plan de Proceso de Salud Infantil ha permitido disminuir el número de visitas innecesarias al pediatra, ¿en qué consiste?

El grupo de trabajo que ha elaborado el Proceso de Salud Infantil, integrado por profesionales de toda Castilla-La Mancha, ha finalizado las reuniones y ha presentado un primer borrador. En el momento en que se apruebe se difundirá y se implantará en toda la Comunidad. El Proceso elaborado perseguía adaptar los controles del Niño Sano a la evidencia científica actual, y responsabilizar de cada control al profesional más adecuado para hacerlo: pediatra/médico de familia y/o enfermera. En el diseño del Proceso elaborado se disminuyen varias visitas conjuntas de pediatra y enfermera y se incrementan controles de enfermería.

¿Hasta qué punto influye la organización de un centro en los resultados en salud de sus pacientes?

Muchos estudios sobre calidad asistencial concluyen que las causas más frecuentes de los problemas de calidad se encuentran en la organización del trabajo en los centros de salud. En mi experiencia personal vengo observando que los equipos que se han preocupado por los problemas de organización, por los circuitos de derivación entre profesionales, las normas de actuación frente a situaciones urgentes, etc., suelen tener una organización que es conocida por un mayor número de profesionales del centro. En este tipo de centros se agrupan los que tienen en general mejores valores en la evaluación de resultados.

Estoy convencida de que tenemos centros y profesionales muy productivos pero también tenemos centros con mucho margen de mejora de su productividad

¿Qué opina de modelos como el que propone Madrid, dotando de mayor autonomía a los centros de salud mediante la concesión externalizada de los mismos a los propios profesionales?

Las últimas noticias sobre el modelo que propone Madrid lo hace muy similar a las EBAs de Cataluña. Aunque habrá que ver finalmente cómo es el modelo definitivo, sabemos a través de diferentes publicaciones y conversaciones con profesionales que trabajan en alguna EBA, que en general los resultados obtenidos son similares al modelo clásico de centros de salud de gestión pública, excepto en la satisfacción de los profesionales, que parece ser mayor en las EBAs.

La nueva Ley de Empleo Público de Castilla-La Mancha traerá cambios en la situación del personal sanitario de Atención Primaria. ¿Cuáles serán estos cambios? ¿El personal sanitario deberá hacerse personal estatutario para conservar sus retribuciones?

El proyecto de Ley de Empleo Público de Castilla-La Mancha todavía no se ha aprobado. Me parece que es necesario aclarar, que en el RDL 16/2012, en su disposición adicional decimosexta, se establece el plazo para que el personal funcionario que presta servicios en instituciones sanitarias públicas, se integre en los servicios de salud como personal estatutario fijo. A tal fin, continúa la mencionada disposición, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos. Es decir, los sanitarios locales, médicos y enfermeros APD (Asistencia Domiciliaria Pública), así como otras categorías profesionales (matronas, y otro personal funcionario) tendrán un plazo para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario. En caso contrario, el Real Decreto prevé que las CC.AA. adscribirán este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que a este fin se puedan articular.

El Gobierno central ha hecho especial hincapié en reducir el gasto farmacéuti-

co, sobre todo bajando el precio de los medicamentos. ¿Qué pueden aportar los médicos prescriptores a la hora de disminuir el número de recetas?

La prescripción en receta en nuestro país, la hace fundamentalmente el médico de AP, aunque los especialistas también hacen recetas oficiales, la proporción es mínima salvo alguna excepción. Sabemos que España es el segundo país europeo en consumo de fármacos por población. Pero prefiero hablar de la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia en la prescripción que de la cantidad de recetas. Mejorando la eficiencia y la seguridad de la prescripción se aborda el problema en su conjunto, porque incluye lo que es la esencia del uso racional de los medicamentos: la selección del fármaco más adecuado a la situación clínica del paciente, con la pauta adecuada, por el tiempo necesario y al menor coste posible para el paciente y la Comunidad. Es decir, "hacer bien lo que hay que hacer". Si la selección del fármaco se hace basándonos en la evidencia más actualizada, podremos garantizar una prescripción eficiente, y si tenemos en cuenta la situación del paciente, podremos ocuparnos de la seguridad del paciente.

¿Son responsables, en parte, los profesionales de la AP de la excesiva medicalización de la sociedad actual?

La medicalización de nuestra sociedad es un problema multicausal. No podemos decir que la responsabilidad es de los profesionales de AP. Si tenemos en cuenta el aumento de la esperanza de vida, la aparición de enfermedades crónicas, las campañas de información en medios de gran difusión social, las expectativas de la población en cuanto a su salud, el actual concepto de salud como bienestar, y en la era de la información con acceso a Internet en una parte importante de población, vemos claramente que hay muchos factores influyendo. Tal vez nuestros programas de salud de los 90, nuestras actividades de prevención de la enfermedad y promoción de hábitos saludables han contribuido a reforzar esta tendencia social de consultar con los sanitarios por cuadros banales que se resuelven solos en breves espacios de tiempo. Actualizar la evidencia científica en nuestros programas asistenciales y protocolos, difundirlos ampliamente entre los profesionales (y también a la población) y fomentar el autocuidado y la responsabilidad del paciente sobre su salud, pueden reconducir la situación actual.

Desde la Gerencia de Atención Primaria de Toledo se ha trazado un plan de actuación según los resultados obtenidos en gasto y calidad de prescripción por receta, ¿podría hablarnos del mismo?

Una gerencia integrada permite dar un mensaje uniforme a toda la estructura asistencial, y eso puede facilitar la coordinación, y probablemente consiga mejores resultados en la integración de los dos niveles asistenciales

En la Gerencia de AP de Toledo este año 2013 nuestro objetivo más difícil es cumplir el presupuesto de receta. Sabemos que mejorar la calidad de prescripción se sigue de una disminución en el gasto en receta. También sabemos que las estrategias de mejora en Farmacia que han demostrado mayor eficacia son las de información, formación y coordinación con el segundo nivel asistencial. Nuestro plan incluye actuaciones en las tres líneas estratégicas. En cuanto a la información, priorizamos este año la difusión de los indicadores de calidad y gasto en receta a los profesionales, de forma que en cuanto se dispone en Gerencia de los datos, se elaboran y se remiten a los centros. Por otra parte, el SESCAM ha preparado un cuadro de mando al que se accederá desde los centros con información de la prescripción y del gasto, comparada con otros centros y áreas del SESCAM. Para la formación, hemos estratificado a los centros según sus resultados en el cierre del año 2012, tanto en gasto como en calidad de prescripción, obteniendo tres grupos de centros. Los mejores, que están recibiendo escritos de felicitación y motivación para que continúen en esa línea; el grupo de los centros que obtienen resultados con mayor margen de mejora, a los que se les dedican este semestre cuatro reuniones con todos los profesionales del centro, para tratar estos márgenes de mejora; y los centros con resultados intermedios, a los que hemos planificado tres reuniones en el primer semestre con contenidos similares a los anteriores.

Las causas más frecuentes de los problemas de calidad se encuentran en la organización del trabajo en los centros de salud

Uno de los problemas derivados de la descentralización es la variabilidad clínica, ¿pero qué ocurre cuando esa variabilidad se da incluso entre centros de una misma área sanitaria?

La variabilidad de la práctica clínica es un hecho generalizado a nivel mundial y en nuestro país, tanto en Primaria como en Especializada. Hay múltiples publicaciones científicas que lo acreditan. La relación entre descentralización de la gestión y variabilidad no creo que se haya establecido, más bien se trata de una realidad constatada. La variabilidad de la práctica clínica podría dividirse en evitable y no evitable. La variabilidad no evitable es inherente a la Medicina de Familia, donde la incertidumbre es mayor que en Especializada, y el enfoque biopsicosocial del paciente la favorece. La variabilidad evitable es la que tenemos que tratar de reconducir. Nosotros intentamos trabajar para corregir esa variabilidad, con muchos de los procedimientos de gestión que utilizamos: formación continuada, protocolización de actuaciones, coordinación con Especializada, pero todavía nos queda mucho camino por recorrer.

¿La evaluación de los centros y la transparencia de los datos ayudarían a

AULA de la FARMACIA

estrena nueva web

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

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

saned GRUPO

conseguir una mejora de la calidad asistencial?

Sí, con seguridad. Se ha demostrado que en AP todo lo que se anuncia que se va a medir, mejora. También se ha publicado que todo lo que se incentiva mejora, y empeora si deja de incentivarse. La evaluación en Atención Primaria que comenzó en nuestro país en la década de los 90, ha servido sin duda para mejorar los resultados en calidad asistencial, y además ha contribuido a crear entre los profesionales cultura de calidad. Pero no basta con evaluar y medir, desde las direcciones hay que comunicar con transparencia los resultados de las evaluaciones, analizar las comparaciones entre centros, con otras áreas, y desde la gerencia hay que integrar los resultados alcanzados en los planes de gestión (por ejemplo: diseñar talleres de formación dirigidos a los aspectos que deberían mejorar más). El *feedback* de la información es básico para la mejora.

¿Fomentar el autocuidado y la responsabilidad del paciente es otra forma de conseguir ahorros?

Yo lo diría de otro modo: no se trata de ahorrar. El término "ahorro" tiene una connotación negativa entre los sanitarios en nuestro país. Se trata de aumentar nuestra eficiencia, entendida como mejores resultados al menor coste, y en ese sentido, claro que la responsabilidad del paciente sobre su salud y los autocuidados, han demostrado mejoras en la autonomía del paciente y la eficiencia de nuestro trabajo. Además, creo que tenemos razones éticas para defender estas cuestiones. El paciente debe participar en la elección entre alternativas después de contar con la información suficiente, y en ese sentido, los profesionales se convierten en asesores y agentes del paciente a la hora de elegir una opción terapéutica entre las posibles.

¿Qué puede hacer la AP para mejorar la gestión del enfermo crónico?

Tenemos un papel fundamental. Los pacientes crónicos habitualmente son muy conocidos por sus médicos y sus enfermeras del centro de salud. Suelen llevar años con enfermedades crónicas y son revisados y tratados habitualmente por ellos. Lo ideal sería mantener a los pacientes crónicos independientes y estables todo el tiempo posible, reduciendo las descompensaciones y los ingresos hospitalarios, y contribuyendo a aumentar la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Mantener una atención personalizada que fomente el autocuidado y la toma de decisiones por el paciente y sus cuidadores, a los que hemos ayudado a conocer su enfermedad y cómo se debe actuar, fomentando la figura del paciente experto, y sabiendo que si en algún momento necesita la intervención de los sanitarios dispone de un sistema accesible para contactar con ellos. A su vez, los profesionales de Atención Primaria cuentan con el soporte de un equipo de especialistas con los que contactar de forma rápida, fácil y segura para tomar decisiones ante situaciones complejas

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall

Necesitamos un pacto global que garantice la sostenibilidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud

Xavier Corbella

Gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Texto Javier Granda Revilla Fotos Jaume Cosialls

Xavier Corbella

"Necesitamos un pacto global que garantice la sostenibilidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"

Aunque es muy difícil generalizar, ¿cómo valoraría la gestión de los hospitales españoles?

Con un notable alto. De forma general, el nivel de gestión ha ido acorde con el nivel de nuestra Sanidad, no en vano ha sido parte esencial del sistema sanitario. Y, si estamos orgullosos del sistema –que es uno de los más reconocidos del mundo–, la gestión habrá tenido que ver, al menos en parte.

¿Cree que el modelo español es un espejo para otros países? ¿En qué sentido?

Probablemente no. El caso de nuestro país es singular y difícil de exportar, ya que aunque los principios del modelo de equidad, universalidad y financiación pública creo que deben seguir siendo vigentes, su traslación a la organización y gestión del sistema sanitario requiere de profundas reformas para adaptarlo a la realidad actual.

Las últimas transferencias sanitarias se produjeron hace más de 10 años. ¿Qué balance hace desde el punto de vista de la gestión? ¿Y en el caso concreto de Cataluña, donde las transferencias se produjeron mucho antes?

El balance de las transferencias, desde un punto de vista de la gestión, es buena en general, a pesar de que hemos cometido entre todos el error de no aprender unos de otros entre las 17 Comunidades. En Cataluña, las transferencias permitieron generar un modelo propio, que respondía a la realidad histórica que teníamos de multiprovisión, de gestión público-privada, de financiación por contratación y de separación de funciones entre planificación, compra y provisión, aunque siempre se consideró una transferencia con niveles de financiación insuficiente.

¿Hasta qué punto dificulta la gestión esta peculiaridad?

En el entorno actual es una gran dificultad. Pero hay que recordar que, cuando se hizo la transferencia, siempre se consideró que se transfería insuficiente financiación.

¿Cómo ha afectado este contexto de crisis económica generalizada a la gestión hospitalaria? ¿Es posible hacer 'lo mismo con menos dinero'?

La crisis ha obligado a los centros hospita-

larios a ejecutar medidas coyunturales de ajuste que nunca se hubieran abordado. En este aspecto, y hasta un límite, ha sido higiénico y necesario. A partir de aquí, si se sigue disminuyendo el presupuesto de los centros sin medidas estructurales del sistema, los hospitales entrarán en desequilibrios financieros que condicionaran su viabilidad.

¿Cómo trasladar estos mensajes al ciudadano? ¿Y a los profesionales?

La ciudadanía tiene que ser consciente de que la Sanidad es un bien común que hay que cuidar y para ello, cada uno, co-responsabilizarse de la parte que le corresponde. Al ciudadano le corresponde hacer un uso adecuado del sistema, seguir hábitos saludables, aceptar probablemente ciertos niveles de copago ajustado a la renta, etcétera, con un buen uso de los recursos. En cuanto a los profesionales, una implicación mayor en la responsabilidad de los resultados en salud, uso adecuado de los recursos, y probablemente ejercer liderazgo clínico y autonomía que hasta ahora ni políticos ni gestores les han permitido desarrollar por no querer aceptar riesgos que en otros sectores son habituales: porque el que mejor puede acabar administrando el presupuesto de Cardiología, es el jefe de Cardiología.

¿Qué medidas cree que son cruciales para garantizar la sostenibilidad y la cohesión del SNS?

La medida básica en un pacto global por la Sanidad, más allá de cualquier partido político, que permita poner en valor lo bueno y corregir las rigideces que nos impiden una reforma de verdad: no haremos nada si cada uno defiende su color político y utiliza la Sanidad como arma. Un pacto global es crucial.

¿Hay endogamia e injerencia de política? ¿Hasta qué punto es grave?

Es evidente que sí, y para mi es grave en el sentido que son dos planos, político y de gestión, muy distintos y que no deben confundirse entre ellos. El gestor debe poder decirle al político: por aquí no o por aquí sí y que él decida. Pero nos mezclamos y los gestores se convierten en políticos y los políticos en gestores, cuando son papeles distintos. Yo defiendo al gestor técnico, sin ningún carnet político, y diciendo siempre lo que toca.

¿Y cree que llegaremos algún día a esta separación?

Si no hay un pacto global en la Sanidad, no se llegará.

¿Qué papel juega la gobernanza? Para el profesional sanitario que no conozca el concepto ¿cómo lo resumiría?

Es fundamental: es el proceso de toma de decisiones y el proceso por el que las decisiones son implementadas. Su papel, pues, es clave. En el caso de este hospital, el patronato -o el consejo de administración en otros hospitales- asume la responsabilidad de la toma de decisiones y yo soy quien debe ejecutarlas como empleado cualificado.

Hablando de partidos políticos, la mayoría de los programas electorales coinciden en pasar de puntillas sobre la reforma del sistema. ¿Cree que falta valentía para abordarlo?

Más allá de la dificultad técnica, la reforma sanitaria requiere de un pacto político previo que no se ha dado en nuestro país. La auténtica valentía, o mejor dicho, responsabilidad, es dejar fuera del debate político al modelo sanitario, pues ha sido un motivo de orgullo para todos, y ha sido construido entre todos a lo largo de más de 30 años de gobiernos de diferente color. Pero hacer esta reforma es difícil.

Pasando a Cataluña, se produjo un cambio de gobierno hace poco más de dos años. ¿Qué balance hace de la gestión de Boi Ruiz? ¿Qué retos cree que debe afrontar?

La etapa de Boi Ruiz coincide con la crisis económica en su máxima magnitud. El reto de afrontar un ajuste presupuestario sin precedentes ha sido enorme para su equipo. Pasada una primera etapa centrada en las medidas que podían afrontar cada proveedor, el reto está en cómo establecer desde la Consejería las medidas estructurales a aplicar para la reforma del sistema.

El balance de las transferencias, desde un punto de vista de la gestión, es buena en general, a pesar de que hemos cometido entre todos el error de no aprender unos de otros entre las 17 Comunidades

¿Cómo valora la factura sombra que se entrega a los usuarios de diferentes servicios de salud?

La valoro muy favorablemente. Nadie tuvo conciencia del gasto individual sanitario que suponía su atención hasta que se empezó a entregar la factura sombra: los pacientes tuvieron conciencia del precio y del valor de la atención.

¿Considera especialmente interesante alguno de los mecanismos de autogestión liderados por médicos?

En general todos, pienso que es un modelo a seguir y de futuro, pero siempre que su nivel de financiación y de criterios de evaluación sean transparentes y adecuados. Y que se sepan sus resultados y sean comparables con otros modelos, porque poder comparar es muy importante.

¿Cuál cree que debe ser el perfil ideal del gestor sanitario? ¿Un médico con formación gestora? ¿Debe impulsarse la meritocracia?

El perfil del gestor sanitario no debe diferir de otro profesional de la gestión de otros ámbitos o sectores. Su capacitación técnica, su experiencia, sus habilidades directivas deben marcar su éxito o fracaso. Quizás nuestro error ha sido minimizar el hecho que nuestros hospitales son en realidad grandes empresas en las que sólo la formación médica del gestor no garantiza

© Juan Carlos Tomasi

Ayúdanos a salvar más vidas

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

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

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

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

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

MEDICOS SIN FRONTERAS

su éxito: poner un médico porque sea el mejor jefe de servicio y ponerlo a manejar una institución con 4.000 personas y 400 millones de euros de presupuesto no garantiza su éxito. Siempre hay que impulsar la meritocracia basada en el talento y en el esfuerzo. Pero, una vez que uno se dedica a la gestión hospitalaria tiene que tener, claramente, conocimientos de gestión empresarial.

¿Un buen gestor está capacitado *per se* para dirigir cualquier infraestructura sanitaria o la gestión sanitaria precisa de gerentes especializados?

Creo en la gestión especializada, sobre una base de capacitación general: no es lo mismo un sociosanitario que un hospital de agudos o uno terciario.

El copago es uno de los temas recurrentes en el campo de la gestión. ¿Por qué cree que ha sido presentado como única solución para garantizar el sistema? ¿En qué casos cree que es útil y en cuáles no?

El copago es una medida complementaria poco popular pero homogénea y relativamente fácil de aplicar, pues supone aumentar los ingresos y autorregular la demanda, sin entrar en lo difícil que es mejorar el rendimiento de nuestros recursos. Creo que ajustado al nivel de renta del individuo es útil para modular la demanda esencialmente, más que para cofinanciar.

Tras más de 20 años del Informe Abril ¿cree que sigue teniendo validez? ¿Y los informes Vilardell en Cataluña?

Los informes Abril y Vilardell son totalmente vigentes desde mi punto de vista, aunque uno hace ya más de 20 años y el otro hace más de 7. Por lo tanto, lo que hay que hacer ya está escrito: falta esa decisión política.

Hablando del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ¿qué balance hace de su gestión? ¿Qué retos de futuro tiene? ¿Hasta qué punto es difícil realizar la planificación en un cargo como el suyo?

Me incorporé al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau hace 11 meses, en una situación de inviabilidad económica y gran conflictividad laboral, en un momento donde se había iniciado un proceso de judicialización penal por parte de la representación social del centro. El plan de viabilidad que diseñamos contemplaba un plan de medidas para conseguir el equilibrio financiero a finales de este año, una reordenación funcional de la asistencia –veníamos de una estructura pabellonar y estamos en un nuevo y único edificio– y un plan de empresa para generar ingresos y crecimiento. Las medidas de ajuste han comportado los sacrificios salariales que el sector público ha aplicado al resto de entidades de acuerdo con las leyes de presupuesto del gobierno central y autonómico que se han decretado, generando un gran rechazo y nueva judicialización tanto laboral como penal. Sin embargo, estas medidas junto a otras muchas en las áreas de compras, consumos, servicios, etcétera, han permitido revertir una previsión de pérdidas de 19 M€ a un cierre con solo 6 M€ desde junio de 2012, lo que lleva al hospital a tocar el equilibrio económico.

¿Hasta qué punto ha comprometido la gobernabilidad del centro?

Mucho. Ha supuesto un retroceso muy importante en los logros salariales de nuestros profesionales conseguidos con años de lucha sindical. A nivel asistencial, la enorme profesionalidad del personal ha permitido diferenciar el conflicto laboral de la asistencia y los datos del cierre del año observan una clara mejoría tanto en reducción de lista de espera de procesos garantizados y todos los indicadores de calidad (mortalidad, reingresos, complicaciones, estancias, ambulatorización, coste...) lo que creo situará al hospital entre los mejores hospitales del país en el próximo *benchmarking* de grandes centros que publica anualmente la empresa IASIST en su ranking Top 20.

¿Toda esta conflictividad ha mermado la calidad asistencial?

No. Quiero poner en total valor y reconocer la actitud de responsabilidad de todos los profesionales a la hora de que sus reclamaciones laborales no han afectado a la calidad y excelencia de la atención, y ello debe dar confianza absoluta al ciudadano más allá de la difícil gobernanza y viabilidad que tiene como reto recuperar el centro. La dificultad para planificar en un entorno de crisis tan compleja traspasa muy habitualmente la capacidad del gestor, y requiere siempre de total apoyo por parte de la autoridad sanitaria.

Con respecto a Sedisa, ¿cómo resumiría sus objetivos para los profesionales sanitarios que no la conozcan? ¿Qué objetivos se ha marcado y qué pretende aportar a Sedisa con su experiencia?

Sedisa reúne a los directivos del sector salud, con el objetivo de promocionar y perfeccionar la función gestora de nuestros centros sanitarios. Los profesionales sanitarios deben conocer que Sedisa fomenta el estudio de nuestro ámbito de gestión, actividades formativas, el intercambio de experiencias, el asesoramiento y un sinfín de otras acciones, siempre con el ánimo de compartir y generar valor a nuestro sistema sanitario ■

Nota

Al cierre de esta edición el Dr. Xabier Corbella presentaba su dimisión como director gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por motivos de salud.

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

Proyecto
EPOCCA
Calidad Asistencial
recursos y

en EPOC: necesidades

La EPOC es una enfermedad con una importante prevalencia en el mundo desarrollado, y se prevé que su incidencia vaya en aumento. Es por ello que tener en cuenta cuáles son los recursos asistenciales con los que cuenta nuestro sistema sanitario para el diagnóstico y tratamiento de la misma resulta fundamental. Con este objetivo el Grupo Saned realizaba el Proyecto EPOCCA, en el que se analizaron, mediante encuestas a los propios profesionales, los recursos disponibles y las necesidades más señaladas, tanto en Atención Primaria, como en las consultas especializadas de Neumología, así como la atención continuada entre estos dos niveles asistenciales.

Texto | Silvia C. Carpallo

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Proyecto EPOCCA
Calidad Asistencial en EPOC: recursos y necesidades

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se ha convertido, en la actualidad, en un verdadero problema de Salud Pública. En España, la prevalencia estimada para población de 40-80 años se sitúa en el 10,2 por ciento, lo cual permite inferir unas cifras que superan los dos millones de personas afectadas en nuestro país. La tendencia para los próximos años es igualmente desalentadora, debido, entre otras razones, a la incorporación reciente de la mujer al tabaquismo y al todavía elevado consumo de tabaco en nuestra sociedad. Más allá de las cifras brutas de prevalencia, la realidad individual muestra una enfermedad que, a medida que progresa, comporta un deterioro del estado de salud del paciente, intolerancia al ejercicio, agudizaciones repetidas y mortalidad precoz. El perfil crónico y progresivo de la enfermedad, su elevada prevalencia y un control deficitario con frecuentes desestabilizaciones son las principales causas de una fuerte demanda asistencial. Se estima que cerca del 10-12 por ciento de todas las consultas médicas en Atención Primaria y cerca del 10 por ciento de los ingresos de causa médica son debidas a esta enfermedad. Además, la EPOC se sitúa en la actualidad como la quinta causa de muerte en España y la cuarta en el mundo, únicamente por detrás de las enfermedades coronarias, las cerebrovasculares y las neoplasias, siendo la única enfermedad de este grupo que está aumentando en frecuencia. Para el año 2030 se espera que ocupe el tercer lugar en el escalafón mundial de mortalidad y el quinto en incapacidad.

En este contexto, es de gran importancia conocer cuáles son los recursos asistenciales disponibles actualmente en nuestro país, tanto de forma global como por comunidades autónomas (CC.AA.), identificando además cuáles son las necesidades y cuáles son las actitudes que tienen los profesionales de la salud para encarar el problema y adecuarse a la exigencia de la propia estrategia en EPOC del SNS.

El estudio EPOCCA

En un intento por ofrecer información relevante acerca de estas cuestiones se diseñó el proyecto EPOCCA: "Calidad asistencial en EPOC: recursos y necesidades", un estudio que recoge la opinión de cerca de un millar de médicos de todas las CC.AA. del país, y mediante el cual se consiguió:

1. Conocer la opinión de una amplia muestra de médicos de todo el país, tanto de Atención Primaria como de Neumología, en relación a los recursos de los que disponen en sus departamentos de salud para la correcta atención de los pacientes con EPOC, de acuerdo a la exigencia de las guías de práctica clínica (GPC) vigentes.
2. Valorar sus actitudes profesionales desde el punto de vista asistencial.
3. Identificar las necesidades que tiene todavía el sistema para alcanzar estas cuotas de calidad asistencial que se demandan.

El proyecto recogió la opinión de los profesionales que tratan a los enfermos de EPOC. Y en él participaron 756 médicos de Atención Primaria y 188 especialistas en Neumología de todo el ámbito nacional que atienden en consulta y ofrecen asistencia al paciente con esta patología.

Uno de los problemas en Atención Primaria es la infrautilización del espirómetro. Si bien un 76 por ciento de los médicos disponen de él, de ellos sólo lo utiliza el 24 por ciento de forma regular

La metodología se ha basado en una encuesta de recogida de datos socio-epidemiológicos y de opinión, con preguntas para determinar la disponibilidad y necesidad de los recursos específicos para el tratamiento de la EPOC. Asimismo se recogían datos sobre la actitud de los médicos de Atención Primaria y los neumólogos en relación a los estándares de calidad asistencial de la EPOC.

El trabajo ha contado con la coordinación científica del Dr. Juan José Soler-Cataluña, de la Unidad de Neumología del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena, en Valencia, y miembro de la SEPAR; y de la Dra. Mercedes Ricote, médico de familia, del Centro de Salud Mar Báltico de Madrid, y miembro del Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial de Semergen-AP.

La EPOC en Atención Primaria

Dado que el diagnóstico, así como la asistencia sanitaria de la gran mayoría de los pacientes con EPOC, corre a cargo de AP, estos médicos deben de disponer de unos recursos mínimos necesarios para la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con EPOC. Según los datos obtenidos, el estudio pone de manifiesto que existe un importante déficit en recursos y variabilidad, tanto en la disponibilidad de dichos recursos como en la actuación de los médicos de AP frente a la EPOC. Estos profesionales consideraron estrictamente necesarios, para mejorar la calidad asistencial del paciente con EPOC, los siguientes recursos: disponibilidad de espirómetro (77 por ciento), disponibilidad de electrocardiograma (72 por ciento), profesional responsable del espirómetro (77 por ciento) y disponibilidad de pulsioximetría (74 por ciento) en el centro de salud.

Uno de los problemas que se ha identificado en AP es la infrautilización del espirómetro. Si bien, el 76 por ciento de los médicos dispone de un espirómetro en su centro de salud, el 24 por ciento de los que lo tienen no lo utiliza de forma regular, y un 36 por ciento no realiza habitualmente la prueba broncodilatadora. Por CC.AA., hay que destacar que en Asturias y Navarra, el 100 por ciento de los médicos de Primaria disponían de espirómetro en su centro de salud, pero en las demás comunidades los porcentajes varían desde 97 al 0 por ciento, si bien en ocho de las autonomías a las que pertenecían los médicos consultados, los porcentajes de disponibilidad eran mayores del 80 por ciento.

En cuanto a la disponibilidad de otros recursos necesarios para el diagnóstico y segui-

miento de estos pacientes en AP, los datos varían desde el 97 por ciento que tienen ECG y el 92 por ciento que tienen pulsioxímetro, al 44 por ciento que disponen de radiografía de tórax. Únicamente el 4 por ciento de los centros de salud disponen de analizador de gases.

Otro punto importante que ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC son los programas de rehabilitación respiratoria. A pesar de esto, sólo el 6 por ciento de los médicos de AP disponen en su centro de salud de un programa específico de RR, y únicamente un 33 por ciento de un programa específico en la unidad al que derivar a sus pacientes con EPOC.

Sobre la educación sanitaria, sólo un 20 por ciento tiene un programa de educación para la salud en EPOC y un 43 por ciento tiene un programa de educación específica en el uso de inhaladores. Es sorprendente que, a pesar de la deshabituación tabáquica es uno de los puntos más importantes para la prevención y para el tratamiento de los pacientes con EPOC, únicamente el 78 por ciento de los médicos dispone de este tipo de programas específicos en su centro.

Otros recursos importantes para el seguimiento de estos pacientes como la existencia de un programa de cuidados específicos de enfermería, de un programa específico de atención domiciliaria y de un programa de cuidados paliativos para EPOC, han obtenido unos porcentajes bajos de disponibilidad en la investigación: 26, 45 y 30 por ciento respectivamente.

En la atención al paciente agudo, se constata que menos de la mitad de los médicos de Atención Primaria disponen de un servicio de urgencias 24 horas (46 por ciento), la disponibilidad de la realización de radiologías de tórax es de un 25 por ciento, de electrocardiogramas de 80 por ciento, de pulsioximetrías de 78, y analizador de gases un 4 por ciento.

Sobre la realización de encuestas de satisfacción en su centro de salud dirigida a pacientes con EPOC en los últimos 12 meses, sólo se ha realizado en un 6 por ciento de los casos. Uno de los puntos más importantes para la continuidad asistencial y la mejora de la calidad en la asistencia de los pacientes es la existencia de protocolos comunes entre AP-AE, pero sólo el 48 por ciento de los médicos de AP disponen de estos protocolos comunes.

Queda de manifiesto en el estudio que otro de los puntales de la calidad asistencial, la formación continuada, sigue siendo claramente deficitario. Sólo un 46 por ciento de los médicos manifiesta disponer de programas de formación continuada específica sobre EPOC en su centro de salud. El 96 por ciento conocen las guías de práctica clínica para la EPOC, siendo la más utilizada, en un 47 por ciento, la Normativa SEPAR-semFYC.

Diagnóstico, derivación y seguimiento

A la pregunta de cuántos de los pacientes con diagnóstico de EPOC han sido diagnosticados con espirometría, sólo en el 30 por ciento de los médicos de AP reconocen que más de tres cuartas partes de sus pacientes han sido diagnosticados de este modo. En otro 30 por ciento, este porcentaje estaba entre el 51-75.

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Proyecto EPOCCA
Calidad Asistencial en EPOC: recursos y necesidades

Recursos asistenciales en la EPOC en AP - espirometría

CCAA	Total	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	La Rioja	País Vasco	C. Valenciana	Ceuta
DISPONE DE ESPIRÓMETRO EN EL CENTRO																			
Sí	76	84	87,5	100	83	75	80	98	75	96	58	64	70	82	100	57	95	31	-
No	24	16	12,5	-	17	25	20	2	25	4	42	36	30	18	-	43	5	69	100
N	**755**	**131**	**24**	**22**	**12**	**24**	**10**	**44**	**36**	**96**	**24**	**53**	**99**	**22**	**12**	**7**	**42**	**95**	**2**
UTILIZA EL ESPIRÓMETRO DE FORMA REGULAR																			
Sí	76	83	71	77	90	72	87,5	72	48	79	50	65	83	72	92	75	97,5	48	-
No	24	17	29	23	10	28	12,5	28	52	21	50	35	17	28	8	25	2,5	52	-
N	**571**	**110**	**21**	**22**	**10**	**18**	**8**	**43**	**27**	**92**	**14**	**34**	**69**	**18**	**12**	**4**	**40**	**29**	**-**
QUIEN REALIZA LA ESPIROMETRÍA EN SU CENTRO																			
Enfermería	91	95	95	95	100	89	100	95	56	99	93	85	96	100	100	75	100	83	-
Médico	6	4	5	-	-	11	-	2	44	-	7	15	3	-	-	25	-	10	-
Técnico/Auxiliar	1	2	-	5	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	7	-
N	**571**	**110**	**21**	**22**	**10**	**18**	**8**	**43**	**27**	**92**	**14**	**34**	**69**	**18**	**12**	**4**	**40**	**29**	**-**
LA PERSONA QUE REALIZA LA ESPIROMETRÍA, HA RECIBIDO FORMACIÓN ESPECÍFICA EN EPOC																			
Sí	51	54	52	9	70	55,5	62,5	46,5	33,3	68	43	73,5	33	50	33	-	62,5	55	-
No	17	10	24	41	10	5,5	12,5	28	33,3	8	21	6	35	11	17	25	12,5	7	-
Lo desconozco	32	36	24	50	20	39	25	25,5	33,3	24	36	20,5	32	39	50	75	25	38	-
N	**571**	**110**	**21**	**22**	**10**	**18**	**8**	**43**	**27**	**92**	**14**	**34**	**69**	**18**	**12**	**4**	**40**	**29**	**-**

Los resultados se expresan en porcentajes.
N= número de casos.

Resultados generales y por CCAA de volúmenes pulmonares (sí/no), tipos de aparatos, DLCO y gasometría

CCAA	Total	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla- La Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	La Rioja	País Vasco	C. Valenciana	Melilla
DISPONIBILIDAD EN EL CENTRO DE APARATOS PARA MEDIR LOS VOLÚMENES PULMONARES ESTÁTICOS																			
Sí	77	82	75	50	100	60	100	85	70	52	67	100	96	50	100	100	82	68	-
No	23	18	25	50	-	40	-	15	30	48	33	-	4	50	-	-	18	32	100
N	**188**	**34**	**4**	**4**	**4**	**5**	**3**	**13**	**10**	**25**	**6**	**13**	**23**	**6**	**3**	**1**	**11**	**22**	**1**
TIPO DE APARATO QUE TIENE																			
Pletismografía	86	86	100	50	100	67	100	82	100	85	75	85	100	67	100	100	100	60	-
Dilución de helio	36	32	-	100	75	-	-	36	57	54	50	31	32	33	33	-	33	33	-
Lavado de nitrógeno	11	18	-	-	-	33	-	9	-	-	50	8	5	-	-	-	-	33	-
NS/NC	3	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	33	-	-	-	7	-
N	**144**	**28**	**3**	**2**	**4**	**3**	**3**	**11**	**7**	**13**	**4**	**13**	**22**	**3**	**3**	**1**	**9**	**15**	**-**
DISPONIBILIDAD EN EL CENTRO DE TECNOLOGÍA SUFICIENTE PARA MEDIR LA DLCO																			
Sí	79	85	75	50	100	60	100	85	90	52	100	100	96	50	100	100	82	68	-
No	21	15	25	50	-	40	-	15	10	48	-	-	4	50	-	-	18	32	100
N	**188**	**34**	**4**	**4**	**4**	**5**	**3**	**13**	**10**	**25**	**6**	**13**	**23**	**6**	**3**	**1**	**11**	**22**	**1**
DISPONIBILIDAD EN EL CENTRO DE ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES																			
Sí	96	97	100	100	100	100	100	100	90	80	100	100	100	100	100	100	100	95	100
No	4	3	-	-	-	-	-	-	10	20	-	-	-	-	-	-	-	5	-
N	**188**	**34**	**4**	**4**	**4**	**5**	**3**	**13**	**10**	**25**	**6**	**13**	**23**	**6**	**3**	**1**	**11**	**22**	**1**

Los resultados se expresan en porcentajes.
N= número de casos.

Los criterios más frecuentemente seguidos por los médicos de Primaria a la hora de derivar pacientes con esta enfermedad a Neumología son la falta de respuesta al tratamiento, en el 32 por ciento de los casos; la presencia de agudizaciones frecuentes, en el 28 por ciento; los criterios de gravedad, en el 27, y la mala evolución del paciente en el 22 por ciento.

Sobre la frecuencia de seguimiento el estudio revela que a los pacientes con EPOC leve-moderado en un 90 por ciento se les visita una o más veces al año, y en un 11,7 por ciento el seguimiento es a demanda del paciente. La frecuencia de seguimiento de los pacientes con EPOC grave-muy grave es una o más veces cada seis meses en el 76,3 por ciento de los casos, siendo en el 10,3 por ciento de estos a demanda del paciente. En el 4 por ciento los pacientes sólo siguen control por el neumólogo, en el 2 por ciento tienen un seguimiento cada 6-12 meses o anual, y en el 1 por ciento el seguimiento depende de la clínica del paciente.

La EPOC en Neumología

La parte del estudio en el que se recoge la situación de los especialistas en Neumología señala importantes variaciones entre comunidades autónomas y cierta heterogeneidad en cuanto a la disponibilidad de recursos. Como aspectos más destacados cabe señalar los siguientes:

El 77 por ciento de los neumólogos dispone de posibilidad de medir volúmenes pulmonares estáticos, y cerca del 79 por ciento también tecnología para medir la DLCO. La disponibilidad para analizar los gases arteriales y los niveles plasmáticos es elevada, cercana en ambos casos al 95 por ciento. Sin embargo, únicamente el 27 por ciento reconoce tener acceso al estudio de la composición corporal, mediante bioimpedancia u otras técnicas. También es bajo el porcentaje que puede realizar pruebas de esfuerzo en pacientes con EPOC (58 por ciento). De ellos, únicamente disponen de pruebas de esfuerzo cardiopulmonar un poco más de la mitad.

La rehabilitación respiratoria sigue siendo la gran asignatura pendiente, ya que únicamente el 44 por ciento tienen acceso, y además, en un porcentaje muy elevado, los programas tienen una duración inferior a la recomendada.

La educación sanitaria es otra laguna. Únicamente hay programas de educación en el 22 por ciento de los casos, si bien es cierto que un porcentaje superior al 60 por ciento puede realizar educación específica en el manejo de inhaladores. Otro aspecto que necesita mejora urgente es la existencia de

programas de cuidados específicos por parte de enfermería, que sólo se da en el 24 por ciento de las ocasiones. La deshabituación tabáquica, pese a la importancia que se subraya para todas las GPC, únicamente se contempla en el 69 por ciento de las ocasiones. En la inmensa mayoría de los centros, estos programas están liderados por Neumología.

Por lo que respecta a la atención al paciente agudo, si bien se ha mejorado bastante en el uso de la ventilación mecánica no invasiva, que se utiliza en el 80 por ciento de los casos, lo cierto es que existe falta de recursos para la monitorización adecuada de los pacientes. De hecho, únicamente se disponen de guardias de especialidad en el 22 por ciento de las unidades específicas, como las de cuidados intermedios (11 por ciento) o cuidados intensivos respiratorios (7 por ciento), que son una excepción.

La atención domiciliaria tiene una distribución muy desigual por CC.AA. En líneas generales, sólo uno de cada cuatro neumólogos refiere contar con ella para pacientes agudos. La atención domiciliaria al paciente estable es también muy escasa, ya que no alcanza el 22 por ciento. Este déficit quizás guarda relación con la falta de programas de cuidados paliativos, que con frecuencia descansan en el apoyo domiciliario, ya que estos existen para el 27 por ciento de los profesionales.

Algo más generalizada es la posibilidad de utilizar voluntades anticipadas, que se da para el 54 por ciento de los neumólogos, aunque su uso sea muy posiblemente inferior.

Otro aspecto que precisa de atención urgente es la necesidad de realizar encuestas de satisfacción orientadas a los pacientes, ya que únicamente el 18 por ciento de los médicos reconoce haberlas realizado en los últimos 12 meses.

Un apartado muy importante para evaluar la calidad asistencial pasa por tener el reconocimiento del propio afectado, el paciente. Sin embargo, en este sentido todavía estamos lejos de un escenario ideal, ya que únicamente el 18 por ciento de los neumólogos reconoció haber realizado alguna encuesta de satisfacción dirigida a pacientes con EPOC en los últimos 12 meses. En la comunidad andaluza es donde se registra un mayor número de encuestas, aun así no se llega a alcanzar el 25 por ciento. Por otra parte, en hasta cinco comunidades no existe ningún tipo de encuesta de satisfacción.

Aspectos susceptibles de mejorar para incrementar la calidad asistencial general del paciente con EPOC.

En cuanto a la formación, tan sólo el 38 por ciento de los especialistas en Neumología recogieron que en su centro se realizaba algún programa de formación continuada específica para EPOC. Castilla y León, con un 69 por ciento; Galicia, con un 54, y Cataluña, con un 52 por ciento fueron las CC.AA. con mayor número de programas de formación continuada en EPOC. Por otro lado, los médicos de Canarias, Murcia, La Rioja y Melilla no declaró ningún programa de formación específico.

Sólo el 38 por ciento de los neumólogos recibe formación continuada específica en EPOC en su centro de trabajo

Sobre las actuaciones estrictamente necesarias conviene destacar que la opción más demandada fueron los programas de educación específica en uso de inhaladores, clasificados como actuación estrictamente necesaria por el 78 por ciento de los neumólogos. Le siguen en importancia la necesidad de formación continuada específica, catalogada como estrictamente necesaria por el 74 por ciento de los especialistas, o los programas de rehabilitación respiratoria o deshabituación tabáquica reclamados por el 71 por ciento.

Interacción entre Neumología y Primaria

Sin duda, uno de los aspectos clave para conseguir una buena calidad asistencial consiste en garantizar una continuidad en la asistencia. En este sentido, se evaluó la interacción entre Atención Primaria y Neumología, recogiendo la percepción que tienen los médicos según su especialidad.

Afortunadamente la proporción de facultativos especialistas en Neumología que calificaron la relación profesional con Atención Primaria como mala o muy mala es muy baja (7 por ciento), mientras que los que la catalogaron como excelente o buena es del 54 por ciento. Curiosamente la percepción desde Atención Primaria es ligeramente diferente, ya que la proporción de médicos que calificaron la relación con Neumología como mala o muy mala asciende al 17 por ciento, y la que la catalogaron como excelente o buena desciende al 43 por ciento.

Proyecto EPOCCA
Calidad Asistencial en EPOC: recursos y necesidades

Entre los aspectos negativos que señalan los médicos de Atención Primaria respecto a Neumología, destaca la existencia de listas de espera demasiado prolongadas, un problema que señala el 18 por ciento. Para el 11 por ciento otro aspecto negativo es la escasa comunicación. Un 8 por ciento señala que faltan protocolos de actuación y un 7 por ciento reclama informes evolutivos en los pacientes. Para un 9 por ciento de médicos existe ausencia de interacción.

Para los neumólogos, el principal problema es la falta de protocolos de actuación (13 por ciento) y al igual que señalaban en Atención Primaria también se destaca la escasa comunicación (11 por ciento). La sobrecarga asistencial también se evidencia como un aspecto que influye negativamente en la interacción (8 por ciento). A diferencia de la percepción de Atención Primaria, únicamente un 3 por ciento señalan ausencia absoluta de interacción.

Conviene destacar que para ambos colectivos, la relación es buena o excelente en una proporción importante de casos, destacando la comunicación fluida en el 24 por ciento para los médicos de Atención Primaria, y en un 30 por ciento para Neumología. Dentro de esta comunicación, tanto Atención Primaria como Neumología valoran positivamente la posibilidad de una comunicación telefónica directa que agilice el trámite (10 por ciento y 9 por ciento, respectivamente) y la realización de sesiones clínicas conjuntas (8 por ciento de los médicos de Atención Primaria y un 9 por ciento de los neumólogos).

Desde Atención Primaria también se considera especialmente importante la existencia de informes clínicos detallados (10 por ciento). De hecho, para un 38 por ciento de los profesionales del primer nivel asistencial, más del 75 por ciento de los pacientes atendidos en consultas externas de Neumología aportan informe clínico. En este sentido, hasta un 7 por ciento de los médicos de Atención Primaria valoran la información informatizada, algo que destaca únicamente el 3 por ciento de los facultativos de Neumología.

Una de las actuaciones que permite armonizar la asistencia es el uso de protocolos comunes de actuación, especialmente cuando éstos están consensuados por todas las partes. En este sentido, el 48 por ciento de los médicos de Atención Primaria reconocieron disponer de estos protocolos, mientras el 51 por ciento de los facultativos especialistas en Neumología respondieron en la misma dirección. Los resultados son muy parecidos, lo que permite concluir que cerca de la mitad de los médicos todavía no tienen protocolos comunes de actuación, algo que sin duda resulta necesario y además no parece demasiado difícil de corregir.

Los informes clínicos también son una pieza central en la comunicación entre médicos. Sin embargo, desafortunadamente, la información no siempre se produce y cuando se da no siempre es suficientemente completa. 61 de cada cien neumólogos afirma que más del 75 por ciento de los pacientes agudizados aportan informe clínico con información necesaria. Por el contrario, una queja frecuente es que el médico de AP no recibe el informe clínico de control en consultas externas especializadas. Únicamente en el 38 por ciento de los casos, los médicos de AP reciben informes en más del 75 por ciento de los pacientes. Por el contrario, no sucede lo mismo cuando el paciente es dado de alta del hospital, ya que el 53 por ciento de los médicos de AP reconocen recibir informe clínico en más del 75 por ciento de las ocasiones ■

Nota

El texto íntegro del proyecto EPOCCA: "Calidad asistencial en EPOC: recursos y necesidades" se puede consultar en EL MÉDICO INTERACTIVO www.elmedicointeractivo.com

Antonio Cabrera

Secretario general de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO.

Francisco Miralles

Secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

Fernando Molina

Presidente de Sanidad de CSI-F

Pilar Navarrro

Secretaria del Sector Salud, Servicios Sociosanitarios y Dependencia de UGT

Texto | Silvia C. Carpallo y Antonio Pais

Fotos | Archivo

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

Antonio Cabrera

¿Cuántas pérdidas de empleo se calcula que ha sufrido estos últimos años la profesión médica?

Según datos de la EPA, porque no tenemos datos oficiales de las CC.AA., se calcula una pérdida de 40.000 puestos de trabajo, aunque no tenemos información sobre cómo se desglosa en categorías.

El RDL 16/2012 ha roto prácticamente todo. Ya no existe universalidad, la equidad está tocada por el copago y no hay igualdad en el acceso al sistema en las diferentes comunidades autónomas

¿Cuántos médicos o recién licenciados en Medicina han tenido que buscar trabajo fuera de España? ¿Hay realmente mejores expectativas de empleo en otros países europeos que aquí?

Sobre esto sólo tenemos los datos que aportó la Organización Médica Colegial sobre que se había duplicado el número en el primer cuatrimestre del año pasado, pero no han vuelto a dar ningún dato más. La sensación, desde luego, es que se están yendo más, tanto enfermeras como médicos. Las expectativas sí son mejores que aquí. Finlandia vino a buscar personal de enfermería y ofreciendo un salario mayor que el que se tiene aquí, lo mismo ocurrió con Arabia Saudí. Como tenemos seguramente a los profesionales sanitarios mejor formados de Europa, se trata de llevarse profesionales, que hemos formado con dinero público, y a coste cero. Podemos tener una fuga de cerebros importante en toda la Sanidad pública.

¿Qué va a pasar con la carrera profesional?

Ahora mismo está congelada en todas las comunidades, no se admiten nuevas incorporaciones. En algunos casos se ha reducido proporcionalmente igual que el salario, pero es un recorte muy desigual en el conjunto de las autonomías. En unos sitios el 30, en otros el 25, en otros proporcionalmente, es muy variopinto, como casi todo. Tenemos 17 sistemas de salud, y cada uno ha decidido recortar en un sitio o en otro.

En algunas comunidades, ¿se infrapresupuesta la Sanidad?

La infrafinanciación es del conjunto del SNS. Es verdad que en unas comunidades más que en otras, pero en general, si te vas al conjunto de Europa, aquí estamos pagando cinco puntos porcentuales menos en gasto social. Indudablemente, en el gasto sanitario estamos muy por debajo de la media de la OCDE, en gasto por PIB, o en gasto por habitante. Cualquiera de los dos parámetros nos vale para decir que tenemos la Sanidad más barata y que más prestaciones gratuitas en el momento de uso se dan.

Entre los profesionales de la gestión se habla de que el principal problema es el estatuto de los profesionales, ¿estarían dispuestos a revisarlo para hacerlo más flexible en pro de esta sostenibilidad?

Nosotros estamos dispuestos a negociar. Queremos profesionalizar los sistemas de selección, y que se adecuen más los perfiles. Pero lo que no vamos a permitir es el ir a un proceso de selección que sea prácticamente a dedo, porque estamos hablando de empleo público. En cuanto a la posibilidad de flexibilizar la contratación, en algunos sitios hay perfiles para determinados puestos de trabajo. Negociados, con un parámetro previamente establecido, para intentar seleccionar al mejor profesional.

¿Qué opinan de avanzar respecto a la retribución variable?

Hay comunidades donde se ha avanzado bastante en este aspecto, por ejemplo en Andalucía, vinculado al rendimiento profesional o a la gestión clínica. Si el sistema es objetivo nosotros estamos de acuerdo. Los sindicatos sólo intervenimos en aquellos casos en los que no hay acuerdo entre el equipo y el que evalúa, aunque normalmente suele haberlo.

Universalidad, equidad y cohesión, ¿siguen existiendo a día de hoy?

El RDL 16/2012 ha roto prácticamente todo. Ya no existe la universalidad, porque se han excluido de la atención a algunos colectivos, como la población inmigrante sin papeles, y aunque no se excluye, se dificulta mucho el acceso a mayores de 26 años sin empleo. La equidad ya estaba tocada, aunque esta normativa agudiza el problema. El copago a algunos sectores de la población supone ponerlos en situaciones realmente alarmantes, además de que la equidad se rompe cuando hay 17 sistemas de salud. No hay igualdad de acceso al sistema, porque cada autonomía tiene diferentes tiempos de lista de espera, y la equidad no es sólo es una cuestión de las prestaciones que se dan, sino también de cuándo se dan. Nosotros pedimos que la Ley de Cohesión y Calidad exigiera un máximo de lista de espera por comunidad, y eso no se llegó a conseguir.

¿Tienen constancia de que los recortes y las reformas en materia sanitaria hayan afectado ya a la calidad asistencial de los pacientes?

Sin duda. Cuando hay recortes importantes se producen varios efectos, uno de ellos es la sobrecarga de trabajo. Hay menos personal, y tiene que atender a más gente, por lo tanto esto revierte directamente en la calidad de la asistencia. Bien alargando las listas de espera, lo que ha ocurrido en muchos casos, o bien destinando menos tiempo a la atención de cada paciente, porque existe mucha más presión asistencial. Otro de los temas donde está afectado gravemente nuestro sistema es en las urgencias hospitalarias, donde existe una mayor presión asistencial, y aunque es verdad que a lo mejor es donde menos recursos se han reducido, al incrementarse mucho más la actividad, revierte en mayores esperas para el

usuario. Esta presión también implica que se pueden cometer errores.

¿Creen que la descentralización ha supuesto una mejora o un empeoramiento del SNS? ¿Puede mejorarse para conseguir mayor coordinación y cohesión?

Estamos de acuerdo en que exista esa descentralización, pero con una mayor participación del Ministerio, que no puede permanecer en la situación que ha mantenido en los últimos años con los distintos gobiernos.

El Pacto por la Sanidad cada día parece más lejano, ¿qué opinan del ambiente de confrontación política actual en materia sanitaria? ¿Qué consecuencias tiene para la población?

Para nosotros es una de las claves y vamos a seguir exigiéndolo, da igual quien gobierne. La Sanidad es uno de los principales logros de nuestro Estado de Bienestar y por ello necesita de un pacto, al igual que existió el Pacto de Toledo para las pensiones. La única forma es que todos los políticos se pongan a una y que consoliden un sistema sanitario. Tiene que ser un pacto político y social, tiene que estar legitimado por la sociedad, por los agentes sociales, los profesionales, los sindicatos, y los políticos.

Recientemente veía la luz la nueva reforma de la incapacidad temporal, ¿están satisfechos con la misma?

Tenemos bastantes dudas en cómo va a ser el desarrollo de la IT. Creemos que sí, que tiene que haber un control, y creemos en la necesidad de hacerlo más eficiente, el problema es que se están adoptando algunas medidas que no están nada claras. Entre ellas, por ejemplo, el silencio administrativo, que puedan actuar de oficio las mutuas, etc. Hacen falta medidas que puedan quitar mucha de la burocracia que hoy tienen los sistemas sanitarios. Es una ley, es un avance en algunas cosas, pero creo que hemos perdido la oportunidad de haberla abierto al diálogo, porque teníamos muchas aportaciones que hacer. Vamos a ver cuáles son sus consecuencias, las cuales no conoceremos hasta el medio plazo.

Profesionalizar la gestión sanitaria y seleccionar a los directivos en base a sus conocimientos técnicos, ¿resolvería parte de los problemas de la gestión pública de nuestros centros sanitarios?

Una de las claves que hemos visto claras en cuanto a mejorar la gestión, es precisamente su profesionalización. No puede estar vinculado el gestor al político. Podemos tener muy buenos gestores que cuando entra un político de distinto signo político lo aparte de la gestión, o al contrario, que sea un mal gestor pero del mismo signo político, y se le mantenga en el puesto.

Sostenibilidad del SNS. ¿Es posible con el modelo actual? ¿Es un problema económico (porcentaje del PIB) o de gestión? Fórmulas para garantizar esa sostenibilidad.

El principal problema que tiene el sistema público es la insuficiencia financiera. No se está financiando adecuadamente la Sanidad, y es un problema vinculado a la propia crisis nacional y a la falta de ingresos. Hay que hacer una reforma fiscal, hay que mejorar el índice de fraudulencia, porque con todo ello se podría financiar toda la deuda sanitaria. Hay que hacer reformas en el sistema, porque aunque es verdad que es un sistema sanitario bastante eficiente, sigue habiendo bolsas de ineficiencia. Somos el cuarto país que más gasta en Farmacia. Es verdad que se han tomado algunas medidas, que nosotros veníamos recordando desde el 2004, pero hay que incidir más en todo esto. Hay que mejorar la facturación a terceros, que también supone que no se ingresan en las arcas del Estado determinadas prestaciones que estamos dando. Por eso insistimos a los gobernantes en que incidan en esas medidas y no en los recortes. Mejorar las bolsas de ineficiencia supone un bien común, los recortes van en contra de la ciudadanía.

Los recortes y reformas en materia sanitaria sin duda han afectado ya a la calidad asistencial

Movilidad de los profesionales en el SNS. ¿Es posible la homologación?

Hemos hecho propuestas en este sentido. El documento inicial se lo remitimos, de hecho, al Ministerio. Creo que es posible, es cierto que hay mucha variabilidad, pero siempre habrá que tender a no excluir a nadie, y por lo tanto, no dejar fuera a ninguna categoría. Hay que buscar fórmulas que permitan una equivalencia más amplia, y que por lo tanto facilite que todos los profesionales del sistema se puedan mover dentro de todo el territorio.

Cartera básica de servicios. ¿Qué contenido debe tener? En la era de las transferencias sanitarias, ¿es posible la homologación?

Nosotros lo que pedimos es que se unifique en el conjunto del Estado, no podemos tener diferentes prestaciones según dónde vivamos. Por otro lado, nuestra cartera básica ahora mismo debería ser sostenible porque, como ya he dicho, somos de los países que menos gasto sanitario tiene por habitante. No creemos, por tanto, que la solución pase por tocar la cartera básica de servicios. Trasladar el gasto a la ciudadanía sería un gran error.

Negociación sindical. Foro de la Profesión Médica y Mesa Sectorial Estatal de Sanidad.

El ámbito de negociación sindical no funciona. Tuvimos una primera reunión de constitución de ese Foro, y no se ha vuelto a reunir, cuando hay muchos temas de los que hablar. Lo hemos reclamado por escrito todos los sindicatos, pero seguimos sin entender la postura del Ministerio.

Desarrollo profesional. ¿Qué contenido debe tener?

La clave es profesionalizar, vincular el

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

desarrollo a la capacidad del profesional, y esto requiere bastantes cambios. Por ejemplo, una agencia de evaluación de competencias, que ahora mismo no la tienen todas las CC.AA., pero que sí que se está avanzando mucho en otras. Esa tiene que ser la vía para conseguir un desarrollo profesional y que al buen profesional se le compense.

Registro de profesionales y planificación de las necesidades.

El Ministerio nos ha pasado un documento hace unas semanas que está en fase de consulta. Se trata de un documento muy inconcreto, estamos ahora en la fase de elaborar alegaciones, pero lo importante es que se ponga en marcha. Es decir, que exista la obligatoriedad en todas las CC.AA. de incluir a todos sus profesionales en el mismo. La idea es que este registro sirva igualmente para todas las empresas concertadas, etc.

¿Es posible la homologación en materia de retribuciones en el SNS?

En este caso soy un poco más pesimista, porque las diferencias salariales son muy importantes. No en los conceptos básicos, pero sí que hay una enorme variabilidad de conceptos económicos con retribución distinta, e incluso con conceptos distintos. En unos sitios se valora una cosa, en otros sitios se valora otra, y es muy difícil aglutinar en un solo modelo retributivo todas las realidades, pero yo creo que al menos se tendría que ir avanzando. Lo que desde CC.OO. hemos propuesto es que al menos todos los conceptos retributivos sean los mismos, aunque las cantidades se vayan amoldando con el tiempo.

La clave del desarrollo profesional es vincularlo a la capacidad del profesional, y esto requiere bastantes cambios

¿Debe tomar decisiones vinculantes el Consejo Interterritorial del SNS?

Sí, debe tener más responsabilidad y que sus decisiones sean vinculantes. Para eso está, y sin ello, no puede conseguirse la equidad del sistema.

Participación sindical en el diseño de la troncalidad.

Nuestra participación ha quedado aislada sólo al periodo de consulta, no ha existido negociación previa. Al igual que en la homologación de las categorías y en el registro de profesionales hemos reclamado esa negociación, porque estamos hablando de temas profesionales, y si no se negocian esos temas, no sé qué vamos a negociar. De hecho los sindicatos vamos a hacer un escrito conjunto para que se constituya cuanto antes el ámbito de negociación y podamos abordar todas estas materias.

¿Hay motivos para una gran huelga médica en el SNS?

Sí, ahora mismo estamos en el momento más crítico del sistema sanitario público, por lo que se dan condiciones suficientes como para hacer una gran movilización. De hecho los sindicatos nos estamos planteando planificar una hoja de ruta para este año de movilización continuada. Lo que pedimos es que todas las cosas que están pasando se negocien, no se puede seguir funcionando por "ordeno y mando". Al menos esto es lo deseable, pero sobre todo lo necesario. Que pueda ser una realidad o no ya depende de la voluntad de los distintos gobiernos, lo que está claro es que no podemos seguir así, las últimas contrarreformas no están sirviendo para mejorar el sistema, no estamos mejor que hace un año. Con lo cual sería deseable y necesario que este Gobierno, y futuros gobiernos, se sentaran a hablar con los diferentes agentes sociales y que se abordara en serio la sostenibilidad de nuestro sistema, que seguimos diciendo que es el mejor sistema sanitario del mundo.

Francisco Miralles

¿Cuántas pérdidas de empleo se calcula que ha sufrido estos últimos años la profesión médica?

Durante estos últimos meses, el paro médico se ha convertido en un enemigo para la profesión que cobra fuerza. El Ministerio de Empleo habla de casi 3.000 facultativos parados en el mes de febrero de este año, un 12 por ciento más que la cifra registrada en enero. Estos datos superan la mayor tasa de paro médico de la que teníamos conocimiento y que se registró en mayo de 2012, con alrededor de 2.500 médicos en desempleo. Además, tenemos que sumarle que alrededor de 4.000 licenciados en Medicina se registraron como demandantes de empleo en el mes de febrero.

¿Cuántos médicos o recién licenciados en Medicina han tenido que buscar trabajo fuera de España? ¿Hay realmente mejores expectativas de empleo en otros países europeos que aquí?

Las precarias condiciones laborales que se encuentran los médicos que acaban su periodo formativo de residencia y el ambiente de recortes e incertidumbre en la Sanidad pública ha provocado un éxodo de facultativos hacia otras zonas en las que la situación supone, como mínimo, una vía laboral distinta en la que poder ejercer la Medicina. Más de 2.000 médicos extracomunitarios han regresado ya a sus países de origen desde los que vinieron para trabajar en España y en 2012 fueron 2.000 los médicos que se marcharon. Prevemos que este año superarán los 3.000. El nivel académico y profesional de los médicos en España es muy alto y, sin embargo, estamos lejos de las condiciones laborales que ofrecen países como Alemania, Reino Unido o Suecia.

¿Qué va a pasar con la carrera profesional?

Los acuerdos sobre carrera profesional deben reactivarse cuando esta crisis deje de ser tan profunda en aquellas comunida-

des en las que se ha suspendido, está en proceso de suspensión o se han reducido las cantidades.

En algunas comunidades, ¿se infrapresupuesta la Sanidad?

La partida presupuestaria destinada a Sanidad está, en algunas comunidades, históricamente, por debajo de lo que exige. Los servicios sanitarios públicos son básicos y garantizarlos a la población es fundamental y tiene un coste justificado, ya que la Sanidad que tenemos, y que es envidiada por muchos países, nos ofrece más de lo que nos cuesta. Los presupuestos que se destinan a Sanidad tienen que ser finalistas, del mismo modo que tenemos que alcanzar la media europea de gasto por habitante.

El nivel académico y profesional de los médicos en España es muy alto y, sin embargo, estamos lejos de las condiciones laborales que ofrecen países como Alemania, Reino Unido o Suecia

Entre los profesionales de la gestión se habla de que el principal problema es el estatuto de los profesionales, ¿estarían dispuestos a revisarlos para hacerlos más flexibles en pro de esta sostenibilidad?

Esto se habla entre profesionales de la gestión que se desenvuelven en gestión privada, pero es cierto que el régimen estatutario tiene rigideces que, a veces, hacen ineficiente la actividad laboral del médico. Esto podríamos mejorarlo si el facultativo contara con un marco específico que contemple las particularidades de la actividad médica y que sea más flexible.

¿Qué comunidades están peor en recursos humanos?

La Región de Murcia es una de las comunidades que arrastra un déficit estructural de médicos a corregir y se sitúa muy por debajo de la media nacional, al igual que Ceuta, Melilla y Castilla-La Mancha. Esta situación de falta de personal facultativo se ve alterada, de igual modo, por la tendencia actual de determinadas comunidades autónomas de jubilar a profesionales que cumplen los 65 años sin prórrogas.

¿Qué opinan de avanzar respecto a la retribución variable?

Entendemos que hay que avanzar en un modelo retributivo específico, homogéneo y consensuado para los médicos. Este modelo tiene que responder a las necesidades del médico por lo que hace, cómo lo hace y por los resultados que obtiene, por lo que ha de ser distinta de la del resto de profesionales sanitarios, capaz de fomentar la eficiencia, alcanzar la media europea y tener en cuenta el largo proceso que el médico dedica a su formación académica, especializada y a la actualización constante de sus conocimientos.

Universalidad, equidad y cohesión, ¿siguen existiendo a día de hoy?

Las condiciones de universalidad, equidad y cohesión a las que debe responder nuestro sistema sanitario se están poniendo en peligro con el telón de la crisis de fondo y con los decretos, leyes y reajustes presupuestarios y reguladores que se están llevando a cabo. Esto ha provocado que la profesión esté unida en defensa de estos principios que son imprescindibles para la prestación de servicios sanitarios públicos.

Los presupuestos que se destinan a Sanidad tienen que ser finalistas, del mismo modo que tenemos que alcanzar la media europea de gasto por habitante

¿Tienen constancia de que los recortes y las reformas en materia sanitaria hayan afectado ya a la calidad asistencial de los pacientes?

Los recortes y las reformas en materia sanitaria que se hacen sin el consenso y la opinión de los profesionales afectan de manera muy negativa a la calidad de la asistencia que reciben los pacientes. Y cualquier recorte en Sanidad hace que la Sanidad pierda calidad en su conjunto. Crecen las listas de espera, la presión asistencial desborda a los profesionales, se han cerrado consultas de tarde y los ataques a la Sanidad pública amenazan con seguir. Estamos en una situación en la que no podemos permitir que se siga recortando en cualquier campo que afecte a la Sanidad ni a los profesionales que, a pesar del ambiente de incertidumbre y dificultades, siguen manteniendo los niveles de calidad de la atención que prestan a los ciudadanos y la excelencia en su trabajo, sin prescindir jamás del criterio asistencial por encima del económico y entendiendo que el compromiso del médico recae sobre el paciente y nadie más.

¿Creen que la descentralización ha supuesto una mejora o un empeoramiento del SNS? ¿Puede mejorarse para conseguir mayor coordinación y cohesión?

La descentralización ha supuesto una mejora, ya que ha acercado la gestión a las comunidades autónomas, los profesionales y los ciudadanos, pero tiene un riesgo, y es el de convertirse en 17 sistemas sanitarios distintos, en los que cada comunidad autónoma ofrece una cartera de servicios distinta, una política de recursos humanos diferente... La descentralización es una herramienta útil si viene de la mano de una buena coordinación para que el modelo sea único y de que el Consejo Interterritorial actúe como líder.

El Pacto por la Sanidad cada día parece más lejano, ¿qué opinan del ambiente de confrontación política actual en materia sanitaria? ¿Qué consecuencias tiene para la población?

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

Elaborar un gran Pacto por la Sanidad requiere que saquemos la Sanidad del debate político y que no se utilice como arma política ni con fines partidistas. Un Pacto efectivo requiere el consenso, el apoyo, el trabajo y el esfuerzo de todas las fuerzas implicadas en garantizar el buen funcionamiento de la Sanidad, su sostenibilidad y su mantenimiento de cara al ciudadano y al propio sistema. La confrontación política siempre traerá consecuencias negativas si la discusión y el juego político no van dirigidos a mejorar la vida pública y los derechos de los usuarios. La creación de este Pacto es una de las primeras exigencias de los profesionales.

Recientemente veía la luz la nueva reforma de la incapacidad temporal, ¿están satisfechos con la misma?

Tras el anuncio de esta reforma y el apoyo que ha recibido por parte del Foro de Médicos de Atención Primaria, nos extraña que el proyecto se esté retrasando y que no haya visto la luz todavía.

Profesionalizar la gestión sanitaria y seleccionar a los directivos en base a sus conocimientos técnicos, ¿resolvería parte de los problemas de la gestión pública de nuestros centros sanitarios?

Por supuesto. Si dejamos la gestión sanitaria en manos de un profesional y permitimos que seamos nosotros los que tomemos las decisiones, se hará en base a un criterio técnico fiable y efectivo, ya que conocemos el medio en el que nos movemos, lo que hace falta y lo que es superfluo, lo que podemos sustituir y lo que es irremplazable. Los profesionales tenemos mucho conocimiento y experiencia que aportar.

Sostenibilidad del SNS. ¿Es posible con el modelo actual? ¿Es un problema económico (porcentaje del PIB) o de gestión? Fórmulas para garantizar esa sostenibilidad.

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es posible con el modelo público que tenemos en la actualidad, pero con las reformas que precise para dotarlo de recursos con una gestión que sea eficiente y profesional, con la implicación de los mismos.

Movilidad de los profesionales en el SNS. ¿Es posible la homologación?

Una equivalencia de categorías es imprescindible, del mismo modo que esa movilidad de profesionales tiene que estar garantizada periódicamente.

Cartera básica de servicios. ¿Qué contenido debe tener? En la era de las transferencias sanitarias, ¿es posible la homologación?

Tiene que ser una cartera única para todo el territorio español. Todos los ciudadanos tienen que disponer de las mismas prestaciones garantizadas y el Ministerio de Sanidad tiene que estar plenamente comprometido y ser exigente con esa labor.

Negociación sindical. Foro de la Profesión Médica y Mesa Sectorial Estatal de Sanidad.

Estamos en una situación en la que no podemos permitir que se siga recortando en cualquier campo que afecte a la Sanidad ni a los profesionales

La negociación es una práctica que está claramente definida por ley y su cumplimiento es una premisa básica. Así, las condiciones laborales y retributivas de los profesionales deben ser negociadas en mesas oficiales. Sin embargo, esta condición no resta para que las organizaciones profesionales que tienen absoluto conocimiento del sistema y de la profesión puedan dialogar con la Administración para obtener mejoras, respetando siempre el ámbito de actuación de cada organismo.

Desarrollo profesional. ¿Qué contenido debe tener?

Es una exigencia del sistema y tiene que conllevar la mejora del conocimiento y las habilidades del profesional a lo largo de su carrera, del mismo modo que debe integrar los controles necesarios y el reconocimiento económico del profesional.

Registro de profesionales y planificación de las necesidades.

Es una herramienta absolutamente necesaria y deberíamos contar ya con ella, ya que es una reivindicación que hemos reclamado durante años. Un registro nos permite conocer la cantidad y calidad de profesionales que tenemos y necesitamos y poder planificar de acuerdo con las necesidades, evitando inversiones absurdas. Recuerdo que somos un país con más facultades de Medicina que el resto del mundo y que estamos formando a médicos sin control, con el coste que esto supone y la pérdida de conocimiento cuando tienen que emigrar a otros países en busca de poder ejercer.

¿Es posible la homologación en materia de retribuciones en el SNS?

Tenemos que avanzar en este ámbito teniendo en cuenta que el médico debe percibir lo mismo por el mismo trabajo y la misma jornada. Si un facultativo trabaja lo mismo en un punto que en otro, debe cobrar por igual, ya no sólo en el territorio español, sino también equiparándonos con el resto de Europa.

¿Debe tomar decisiones vinculantes el Consejo Interterritorial del SNS?

Sí. Para que las medidas que adopta el Consejo Interterritorial sean realmente efectivas sus decisiones tienen que ser vinculantes. Sólo así se convertirá en una herramienta útil que beneficie a la Sanidad y que aporte políticas sanitarias comunes que garanticen la igualdad y la equidad del sistema.

Participación sindical en el diseño de la troncalidad.

La troncalidad afecta a los médicos que se forman en una especialidad y en unas con-

diciones laborales específicas, del mismo modo que son los recursos humanos del futuro. Por ello, el diseño de la troncalidad precisa de la participación sindical.

¿Hay motivos para una gran huelga médica en el SNS?

Desgraciadamente, tengo que responder que sí, que en este momento existen muchos motivos para que los profesionales y los ciudadanos denunciemos el delicado estado de la Sanidad con los mecanismos y procedimientos legales que tenemos a nuestro alcance. Y existen muchos motivos para que los médicos declarásemos huelga hasta abortar todos los ataques que se están haciendo a la Sanidad y a la profesión. Sin embargo, el médico es un profesional con un alto grado de responsabilidad social evidente y no es partidario de las huelgas por el perjuicio que supone para sus pacientes. Los motivos que directamente afectan a los médicos son, entre otros, los recortes salariales, la ampliación de jornada, el aumento de la presión asistencial, jubilaciones forzosas sin tasas de reposición, paro médico, condiciones laborales precarias, y reajustes con criterio económico y no profesional que no tienen en cuenta las particularidades de nuestra profesión y del sistema sanitario, así como otras medidas que nos afectan ya no sólo como profesionales sino también como usuarios. Tenemos que responder de manera contundente ante todos los ataques que se produzcan contra nuestra Sanidad y contra los profesionales que la hacen posible. Ante los recortes que hayan llegado o lleguen a tocar la dignidad de los profesionales no descartamos que tenga que producirse una gran huelga médica en el Sistema Nacional de Salud.

Fernando Molina

¿Cuántas pérdidas de empleo se calcula que ha sufrido estos últimos años la profesión médica?

Es difícil si uno se refiere a datos reales de pérdidas de empleo médico porque hay muchas que no están registradas como es el abandono de la profesión. Según datos del Ministerio de Empleo y S.S. superan los 4.500.

¿Cuántos médicos o recién licenciados en Medicina han tenido que buscar trabajo fuera de España? ¿Hay realmente mejores expectativas de empleo en otros países europeos que aquí?

Según datos de la OMC han pedido la habilitación unos 5.000 en los últimos 5 años.

El gran problema es que como los presupuestos no son finalistas, una mejor gestión no revierte a Sanidad

¿Qué va a pasar con la carrera profesional?

La actual crisis ha llevado a que se suspenda temporalmente en muchas CC.AA., aunque en otras muchas no ha llegado a ponerse en marcha la fase ordinaria para las categorías no sanitarias. Las diferencias interautonómicas que antes eran enormes ahora se han magnificado. Superada la crisis CSI-F continuará abogando por una homologación real de dicha carrera profesional. Así lo dice el CES. Cuando se aprobó el Estatuto Marco, que estableció que la Comisión de Recursos Humanos (CRHSNS) determinaría los criterios generales de homologación de la carrera profesional, ya había tres comunidades autónomas con sus propias normas de sistemas de carrera. Posteriormente, una vez más la obtención del consenso en torno a los criterios generales discurrió con mayor lentitud que la producción normativa de las comunidades autónomas: ya existían quince normas que regulaban distintos modelos autonómicos de carrera profesional cuando en 2006 la CRHSNS alcanzó por fin el acuerdo en torno a los criterios homogéneos que deberían regir dicha carrera profesional. Es evidente la dificultad de intentar coordinar *ex post* la gran diversidad de prácticas en materia de gestión de recursos humanos, por lo que todavía la realidad de la carrera profesional se caracteriza por una gran heterogeneidad con algunos elementos comunes.

En algunas comunidades, ¿se infrapresupuesta la Sanidad?

El SNS siempre se ha presupuestado por debajo de su gasto al cierre anual. El gran problema es que como no son presupuestos finalistas una mejor gestión no revierte a Sanidad.

Entre los profesionales de la gestión se habla de que el principal problema es el estatuto de los profesionales, ¿estarían dispuestos a revisarlos para hacerlos más flexibles en pro de esta sostenibilidad?

Todo es revisable, y desde CSI-F apoyamos medidas que mejoren la productividad del SNS, pero no estamos dispuestos a que suceda igual que con las retribuciones, que todo vaya a la espalda del empleado público, sin que de forma paralela se adopten cambios en la gestión, que estimamos es el mayor problema. Es decir que es fácil ver la paja del ojo ajeno, pero no ver la viga en su gestión. En cuanto a la desaparición del personal estatutario, encontrarían en CSI-F un firme opositor, por no hablar de los derechos adquiridos.

¿Qué comunidades están peor en recursos humanos?

Según los responsables de cada autonomía y su plan de ordenación de RR.HH. la suya es la mejor. En el plan práctico estamos entre el mejor, que está en el País Vasco, y el peor en Andalucía.

¿Qué opinan de avanzar respecto a la retribución variable?

CSI-F no se opone a medidas que incrementen la productividad, o a retribuir en función del trabajo realizado, pero la experiencia nos enseña, que desde que el Estatuto Marco dejó las competencias de las retribuciones complementarias en manos de

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

las CC.AA., las desigualdades interterritoriales han sido tremendas, las retribuciones complementarias han sido utilizadas de manera torticera, para efecto llamada, con diferencias inasumibles en conceptos como complemento específico, de destino, por jornada complementaria (guardias), etc. CSI-F ha solicitado reiteradamente que estas retribuciones complementarias vuelvan a ser competencia estatal, y las ligadas a productividad sometidas a criterios básicos.

Universalidad, equidad y cohesión, ¿siguen existiendo a día de hoy?

Nunca han existido. Nuestro SNS, por la dejación de los órganos encargados de ello, no es más que la suma de 17 sistemas regionales de salud.

¿Tienen constancia de que los recortes y las reformas en materia sanitaria hayan afectado ya a la calidad asistencial de los pacientes?

Los parámetros que la definen están publicados y muestran que efectivamente existe una correlación entre recortes y pérdida de la calidad.

¿Creen que la descentralización ha supuesto una mejora o un empeoramiento del SNS? ¿Puede mejorarse para conseguir mayor coordinación y cohesión?

La descentralización en teoría es el ideal, al acercar la prestación del servicio a los ciudadanos, pero la "intocable competencia autonómica" la ha convertido de hecho en el principal problema del SNS, incluyendo el de su sostenibilidad.

El Pacto por la Sanidad cada día parece más lejano, ¿qué opinan del ambiente de confrontación política actual en materia sanitaria? ¿Qué consecuencias tiene para la población?

Por parte de los ciudadanos, pacientes y profesionales no se entiende que por parte de los políticos se utilice la Sanidad como arma arrojadiza y no se pongan de acuerdo en solucionar sus problemas.

La experiencia nos enseña que desde que el Estatuto Marco dejó las competencias de las retribuciones complementarias en manos de las CC.AA., las desigualdades interterritoriales han sido tremendas

Recientemente veía la luz la nueva reforma de la incapacidad temporal, ¿están satisfechos con la misma?

Si te refieres a la prolongación necesaria para los partes de confirmación, nos parece una medida aconsejable, que disminuye la carga administrativa del médico, lo que redunda favorablemente en su faceta asistencial. El tratamiento económico de la IT, por el contrario, nos parece una aberración, ya que presupone un castigo para los enfermos, que amén de sufrir su enfermedad ven mermados sus ingresos. Hay que perseguir a los defraudadores, pero mediante mejoras en los procesos de inspección, y no considerando así a todos. Por otra parte, dejar en manos de las CC.AA. la prestación económica del personal estatutario cuando esté en situación de incapacidad temporal es otro atentado contra la cohesión del SNS.

Profesionalizar la gestión sanitaria y seleccionar a los directivos en base a sus conocimientos técnicos, ¿resolvería parte de los problemas de la gestión pública de nuestros centros sanitarios?

Es una de las asignaturas pendientes de la que siempre se habla pero que nadie ha estado dispuesto a ponerla en práctica. La profesionalización de la gestión sanitaria debería incluir desde el nivel de director general hasta el responsable del centro sanitario, es decir, todo aquello que llamamos mesogestión.

Sostenibilidad del SNS. ¿Es posible con el modelo actual? ¿Es un problema económico (porcentaje del PIB) o de gestión? Fórmulas para garantizar esa sostenibilidad.

En las conclusiones de las últimas Jornadas del Sector Nacional de Sanidad de CSI-F se encuentra nuestra respuesta a este tema. En primer lugar, CSI-F se reafirma en su apuesta por lo público. Además, consideramos que el incremento del modelo de gestión conocido como CPP tiene su origen en una desafortunada combinación de mala gestión no profesionalizada, y presupuestos sanitarios no finalistas, por lo que reitera su antigua y permanente solicitud de la profesionalización de la gestión y el carácter finalista de los presupuestos. CSI-F considera también viable el sistema tradicional, por lo que aboga por los cambios citados que lo hagan posible. Por último y ante su imposibilidad para determinar las nuevas formas de gestión, CSI-F exige la participación e información sindical previa a la adopción de medidas; el respeto a los derechos adquiridos de los empleados públicos; un observatorio que monitorice el gasto y la calidad del servicio; así como la creación de un marco regulatorio estatal unificado para las CC.AA.

Movilidad de los profesionales en el SNS. ¿Es posible la homologación?

De nuevo es el Consejo Económico y Social quien insiste: "Dentro del SNS, el ejercicio de la movilidad de los profesionales, reconocido por el Estatuto Marco, se encuentra con numerosos obstáculos en la práctica que dificultan el desarrollo profesional y las opciones personales de los trabajadores, así como la cobertura de necesidades por el sistema. No hay un mecanismo que permita visualizar la oferta y la demanda de plazas disponible en el conjunto del SNS. Además, las diferencias en los esquemas de categorías profesionales creados en los distintos servicios de salud, los distintos componentes de los modelos de carrera profesional, la escasa comparabilidad de los sistemas retributivos o los requisitos adicionales de difícil cumplimiento por personal no residente en alguna comuni-

dad autónoma dificultan la movilidad geográfica, que cuando se produce es a través de estrategias individuales de captación y retención ajenas a lo que sería una estrategia coherente de conjunto". CSI-F reivindica este ejercicio de cohesión al Ministerio en sus alegaciones al borrador de propuesta sobre Procedimiento de Homologación de Categorías Profesionales, donde señalamos que la actual situación de falta de homologación de numerosas categorías profesionales, creadas y/o modificadas por las comunidades autónomas, tiene su origen en el incumplimiento de lo recogido en el articulado de la Ley 55/2003, por las propias comunidades. Es por ello que consideramos que se deberá proceder con carácter previo y obligado, no preferentemente o con carácter voluntario como dice el borrador, a la remisión del proyecto y la propuesta de homologación, que no será en ningún caso vinculante, reivindicando CSI-F que, por el contrario, el informe de la Comisión de Recursos Humanos sí tenga ese carácter vinculante, y ello para garantizar la cohesión del SNS, que es función exclusiva del Gobierno, garantizando el derecho a la movilidad de los trabajadores.

Cartera básica de servicios. ¿Qué contenido debe tener? En la era de las transferencias sanitarias, ¿es posible la homologación?

Aunque se asegure la cartera común en todas las CC.AA., el hecho de permitir una cartera complementaria, se enfrenta a la lucha de CSI-F por un SNS cohesionado, ya que incide en la desigualdad en función del lugar de residencia, aunque en este caso al Gobierno parece no importarle ya que las comunidades autónomas la asumirán, con cargo a sus propios presupuestos. La inclusión del transporte sanitario no urgente en la cartera de servicios suplementaria, sin que se aplique el mismo límite de cuantía (según la corrección de errores del Real Decreto-Ley 16/2012) por su utilización y con los mismos porcentajes de la prestación farmacéutica, nos lleva a la reflexión de ¿qué pasará con enfermos crónicos o minusválidos que precisan para control y tratamientos periódicos ese medio de transporte? Ejemplo de ello son los pacientes en hemodiálisis o los pacientes con cáncer sometidos a quimio y radioterapia, o las minusvalías con deterioro de la autonomía, etc. Esperemos que, como se contempla en el punto siete sobre desarrollo de la cartera común, el contenido de la cartera común de servicios contemple estos y otros casos.

Negociación sindical. Foro de la Profesión Médica y Mesa Sectorial Estatal de Sanidad.

Desde CSI-F seguimos exigiendo el desarrollo de un ámbito negociador se llame mesa sectorial o no, y lógicamente el de diálogo establecido por el Foro Marco, pero no sólo en papel, sino con contenido real y frecuencia en sus convocatorias.

Desarrollo profesional. ¿Qué contenido debe tener?

Desde hace muchos años CSI-F ha venido reclamando la puesta en marcha del desarrollo profesional de una manera integral y no limitada en exclusiva a la carrera profesional, necesitada por otra parte de serias reformas que realmente homologuen el procedimiento, sino también a los otros dos puntos recogidos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad y en la LOPS como la formación continuada, que esta última ley define como el "proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales", y la evaluación de competencias.

Registro de profesionales y planificación de las necesidades.

Ya en la postura de CSI-F ante el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que añadía una disposición adicional décima a la Ley de Cohesión para incluir el registro estatal de profesionales sanitarios, que se nutrirá de distintas fuentes públicas o privadas que estarán obligadas a facilitar los datos, con compromiso de implementarlo a todas las profesiones sanitarias, expusimos nuestra satisfacción, al ser ésta una vieja reivindicación de CSI-F.

¿Es posible la homologación en materia de retribuciones en el SNS?

Desde las Jornadas de CSI-F de 2009 y tras un exhaustivo estudio de los conceptos retributivos, hemos clamado por una homologación retributiva que termine con las desigualdades interautonómicas. Baste recoger aquí la opinión del propio Consejo Económico y Social de España (CES) que coincide plenamente con la de CSI-F: "Así, en el escenario actual de preocupante desequilibrio entre oferta y demanda de profesionales, se está produciendo, de hecho, la competición entre servicios de salud por unos recursos humanos que en ciertas áreas son realmente escasos. El principal incentivo para fidelizar y atraer profesionales está consistiendo en mejorar sus condiciones al margen de cualquier planificación estratégica previa (retribuciones básicas, valor de la hora de guardia, vacaciones, permisos y licencias, complementos específicos) incrementando la segmentación del mercado y situando en peor posición a las comunidades autónomas con menores recursos, lo que perjudica al sistema tanto en términos de sostenibilidad como de cohesión social". Por tanto sólo necesita de la voluntad del Gobierno en su papel de cohesionador del SNS.

Nuestro SNS, por la dejación de los órganos encargados de ello, no es más que la suma de 17 sistemas regionales de salud

¿Debe tomar decisiones vinculantes el Consejo Interterritorial del SNS?

A fin de que cumpla su función de garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios, sus decisiones deberían ser vinculantes. De nuevo en boca del CES: "Hasta el momento, no han sido satisfactorios los resultados del ejercicio de la función de coordinación que correspon-

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

de en exclusiva al Ministerio de Sanidad y que debería fortalecerse, dotándose de herramientas eficaces para tal cometido, lo que requiere una revisión en profundidad del papel del Consejo Interterritorial del SNS, como principal órgano de coordinación del sistema".

Participación sindical en el diseño de la troncalidad.

Como expuso CSI-F en su informe sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad, reivindicamos que se lleve, con carácter previo, este RD al ámbito de negociación del Foro Marco para el diálogo social, ya que consideramos que además de aspectos relacionados con la relación laboral especial de residencia, el Decreto afecta a condiciones laborales del personal estatutario, con implicación en aspectos como retribuciones, desarrollo profesional y otros que no quedan en absoluto clarificados en el texto.

¿Hay motivos para una gran huelga médica en el SNS?

Sí, pero debe existir uno o dos elementos comunes para el conjunto de los médicos del SNS y con unidad de acción sindical.

Pilar Navarro

¿Cuántas pérdidas de empleo se calcula que ha sufrido estos últimos años la profesión médica?

Es muy difícil dar una cifra porque son datos que están permanentemente en movimiento, más aún ahora que estamos ante el fenómeno de las CC.AA. que están privatizando centros. La pérdida de empleo es prácticamente todos los días. En Madrid por ejemplo vamos por casi 4.000 trabajadores menos.

¿Qué va a pasar con la carrera profesional?

El complemento retributivo con el que se gratifica el nivel alcanzado ha sufrido, como toda la estructura salarial, las repercusiones de los recortes aplicados desde el año 2010, en mayor o menor medida, puesto que la retribución correspondiente es un concepto retributivo complementario (no básico) y, por lo tanto, competencia de las comunidades autónomas. Igualmente se ha visto afectada la implantación de los niveles de carrera, en las comunidades en las que no se habían implantado los cuatro niveles y, también, la incorporación de los profesionales al sistema de carrera o a los niveles sucesivos, en estos años de recorte de gasto y congelación, cuando no disminución de la partida presupuestaria.

El problema es que no hay ni diálogo social ni negociación colectiva, y las medidas que se están tomando se hacen de forma unilateral y afectando prácticamente sólo al capítulo uno

En algunas comunidades, ¿se infrapresupuesta la Sanidad?

En la mayoría de las CC.AA., así como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, ha habido una moderación progresiva en el incremento presupuestario del gasto en Sanidad. Entre 2010 y 2011 hay un decremento generalizado que presenta, en casi todas las comunidades, cifras negativas. En porcentaje del PIB, España dedica menos recursos a la Sanidad que la mayoría de los países de su entorno. En principio, existe margen para que se incremente el gasto en Sanidad. El gasto sanitario público debe aproximarse, en porcentaje sobre el PIB, al promedio de la UE de los 15.

Entre los profesionales de la gestión se habla de que el principal problema es el estatuto de los profesionales, ¿estarían dispuestos a revisarlos para hacerlos más flexibles en pro de esta sostenibilidad?

Para ser empleado público hay que cumplir una serie de requisitos, y pasar por unas pruebas selectivas. Se dice que una vez pasadas estas pruebas no se tiene flexibilidad para despedir, pero tenemos ya múltiples casos de despidos colectivos. Tras el último Real Decreto y los sucesivos recortes se ha generado el problema de que los presupuestos generales bajan un 22 por ciento, y en consecuencia, todos los eventuales y muchos de los interinos que ocupaban plazas vacantes se están yendo a la calle. Creo que en estos momentos el debate no está en una mayor flexibilidad, porque para eso ya se están usando todos los mecanismos de la Reforma Laboral en cuestión de despidos.

¿Qué comunidades lo están, pero en recursos humanos?

El problema es que no hay ni diálogo social ni negociación colectiva, y las medidas que se están tomando, se hacen de forma unilateral y afectando prácticamente sólo al capítulo uno. Entendemos que habría que tomar otras medidas, algunas tan importantes como que los presupuestos fueran finalistas para Sanidad, tener un registro de profesionales para una mejor planificación, tener una cartera básica para todo el mundo y no crear tres carteras diferenciadas, etc. Se podría influir en muchas de las cosas que en estos momentos no se está influyendo. Todo acaba influyendo en recorte de personal, de prestaciones y en copagos.

¿Qué opinan de avanzar respecto a la retribución variable?

Siempre hemos tenido dificultades en este tema. Nosotros hablábamos de productividad variable, entendiéndola como algo más por hacer algo diferente, teniendo siempre claros los objetivos que debe cumplir cada uno. Esto nunca lo hemos podido negociar porque es potestad de la organización. Hay muchas cosas que se han metido en productividad variable porque nunca hemos hablado de un sistema retributivo que era

lo que nosotros habíamos pretendido. Actualmente nos hemos quedado en unas circunstancias en las que la retribución variable es casi más que la retribución fija, es decir, comparando los complementos con el salario base. Pero es que hay que tener en cuenta que es ese salario base a través del que se cotiza, por ejemplo, para el cálculo de la pensión. Aunque cotizamos por todo, esta parte variable siempre te la pueden quitar como está ocurriendo ahora.

Universalidad, equidad y cohesión, ¿siguen existiendo a día de hoy?

No, no existen. Estos principios se han quebrado. La razón fundamental es que el Gobierno de España aprobó el RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que fue convalidado en el Congreso de los Diputados, el 17 de mayo. Con esta norma se modificaron la condición de asegurado y beneficiario, excluyendo a grupos de población; se compartimentó la cartera de servicios para introducir nuevos repagos en las prestaciones sanitarias y se amplió el repago farmacéutico.

¿Tienen constancia de que los recortes y las reformas en materia sanitaria hayan afectado ya a la calidad asistencial de los pacientes?

Hay estudios al respecto que lo demuestran. Hay listas de espera crecientes. Hay quejas al Defensor del Pueblo. Hay malestar en la ciudadanía y en los trabajadores. Hay manifestaciones de todo tipo, como la Marea Blanca. Hay dificultad para la atención sanitaria en una comunidad distinta a la que se está empadronado. Y hay una total falta de transparencia.

¿Creen que la descentralización ha supuesto una mejora o un empeoramiento del SNS? ¿Puede mejorarse para conseguir mayor coordinación y cohesión?

La descentralización supuso en todas las CC.AA. un incremento de medios y estructuras administrativas y el desarrollo del modelo asistencial mediante la creación de centros de Atención Primaria y de centros hospitalarios de referencia. Las deficiencias en materia de coordinación se han puesto de manifiesto desde que se produjeron las primeras transferencias, en el año 1981, y se han mantenido hasta ahora. Estas deficiencias podrían corregirse modificando el sistema de financiación sanitaria, incorporando el carácter finalista y mecanismos de cohesión del sistema a través de fondos específicos. Igualmente desarrollando reglamentariamente las funciones establecidas para la Alta Inspección, como elemento de cohesión, con el fin de garantizar y verificar el cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de Sanidad y de atención sanitaria del SNS, entre otras medidas.

El Pacto por la Sanidad cada día parece más lejano, ¿qué opinan del ambiente de confrontación política actual en materia sanitaria? ¿Qué consecuencias tiene para la población?

En la actualidad, no se están dando las condiciones para un Pacto por la Sanidad que sólo sería posible sobre la base del diálogo social y la reversión de todas las medidas adoptadas en el Sistema Nacional de Salud.

Las deficiencias en materia de coordinación se han puesto de manifiesto desde que se produjeron las primeras transferencias, en el año 1981, y se han mantenido hasta ahora

Recientemente veía la luz la nueva reforma de la incapacidad temporal, ¿están satisfechos con la misma?

Tanto las recientes reformas de la prestación de incapacidad temporal, como la nueva reforma que el Gobierno ha propuesto, suponen nuevos recortes en la prestación que, lejos de lograr una mejor gestión de la misma, tendrá efectos negativos en la salud de los trabajadores. No compartimos ninguna de estas iniciativas y proponemos su retirada.

Profesionalizar la gestión sanitaria y seleccionar a los directivos en base a sus conocimientos técnicos, ¿resolvería parte de los problemas de la gestión pública de nuestros centros sanitarios?

Rotundamente sí. La profesionalización de la gestión es un requisito esencial para una mejor gestión. La contaminación política y la utilización es la mejor garantía de un mal funcionamiento en lo que sea de su competencia gestionar. Hay que tener en cuenta que, además, gran parte de la gestión está condicionada por la política sanitaria del momento.

Sostenibilidad del SNS. ¿Es posible con el modelo actual? ¿Es un problema económico (porcentaje del PIB) o de gestión? Fórmulas para garantizar esa sostenibilidad.

La sostenibilidad del SNS ha sido posible hasta ahora y lo sigue siendo. Si bien es necesario mejorar la financiación sanitaria vía impuestos, lo que requiere de una reforma fiscal integral, centrada en los principios fundamentales de universalidad, equidad, solidaridad. Otro aspecto importante para la sostenibilidad del SNS es mejorar la eficiencia en su gestión. Para ello, UGT ha formulado numerosas propuestas entre las que se encuentran la evaluación de las nuevas formas de gestión, desde la perspectiva de la equidad y la cohesión, y la unidad de compras centralizada, entre otras.

Movilidad de los profesionales en el SNS. ¿Es posible la homologación?

La homologación no es más que la contraposición de las categorías profesionales de las distintas comunidades autónomas, para las que se utilizan denominaciones diferentes, a fin de simplificar el trabajo administrativo para los procesos de movilidad, sin incurrir en discriminación, que daría lugar a procesos de judicialización. La homologación no obliga a las autonomías a

ENTREVISTA

Entrevista a Antonio Cabrera, Francisco Miralles, Fernando Molina y Pilar Navarrro

contar con, o a descartar categorías profesionales. Las que existan sin correspondencia, sencillamente, no pueden trasladarse a otras comunidades.

Cartera básica de servicios. ¿Qué contenido debe tener? En la era de las transferencias sanitarias, ¿es posible la homologación?

Sin duda, la cartera de servicios que se enmarca en el campo de las prestaciones sanitarias debería ser lo más homogénea posible. No existen diferencias en la población que justifiquen lo contrario y lo importante es garantizar, sobre todo, la equidad en el acceso y la gratuidad en el momento del uso.

Vemos difícil que las comunidades autónomas hagan una cesión de soberanía, que es lo que representaría establecer una homologación o marco común regulatorio en materia de retribuciones

Negociación sindical. Foro de la Profesión Médica y Mesa Sectorial Estatal de Sanidad.

El órgano competente para la negociación colectiva con los interlocutores sociales y con las organizaciones sindicales es la Mesa Sectorial Estatal, pero lo que nos estamos encontrando es que esa mesa no se convoca y que no estamos negociando nada. Todo se está tratando en el Foro de la Profesión Médica, el cual no tiene respaldo jurídico para poder hacer esas negociaciones. El problema que hay es que están llegando a unos acuerdos en materias que consideramos que son de negociación colectiva, por lo que consideramos que se está vulnerando esa negociación colectiva por parte del Ministerio de Sanidad.

Desarrollo profesional. ¿Qué contenido debe tener?

Este tema tampoco se ha negociado. Nosotros estuvimos de acuerdo con la Ley de Cohesión y Calidad que habla del desarrollo de los profesionales en relación a su competencia y a su cometido, pero no con la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Hicimos una enmienda a la totalidad de esta ley porque el problema que hay es que no se trata de hablar sólo de las competencias de los profesionales, ya que en la mayoría de los casos los títulos son los que avalan ese desarrollo. La cuestión es que en esta ley no se habla para nada de las organizaciones sindicales, y muchas de estas materias al final redundan en el ámbito laboral.

Registro de profesionales y planificación de las necesidades.

Nos parece que es un registro que llega tarde porque tenía que haber estado establecido con anterioridad. La norma que nos han mandado resulta que es planificación, diseño y finalidad de los recursos humanos en el sistema para definir criterios en cuanto a competencias, y todo esto no lo tenemos. En este sentido, en este momento entendemos que va a resolver poco. Además en estos momentos muchos de estos aspectos se están viendo afectados por la privatización. Es decir, que si parte del empleo público se está privatizando por parte de empresas que no están dentro de lo que es la Administración sanitaria, hacer un registro de profesionales de este calibre, para que parte esté privatizado, no entendemos que pueda tener mucho sentido en este momento.

¿Es posible la homologación en materia de retribuciones en el SNS?

La homologación en materia de retribuciones es posible por consenso entre las comunidades autónomas, lo que obligaría a una homologación en otras condiciones laborales. Dado que se trata de 18 situaciones diferentes, sin tener en cuenta a instituciones penitenciarias, Defensa, ISM, inspección de servicios sanitarios, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, mutualismo administrativo, con articulación de servicios sanitarios que debieran estar integrados en el SNS, vemos difícil que las comunidades autónomas hagan una cesión de soberanía, que es lo que representaría establecer una homologación o marco común regulatorio.

¿Debe tomar decisiones vinculantes el Consejo Interterritorial del SNS?

Puesto que el Consejo Interterritorial es el órgano que rige el sistema, siempre hemos dicho que las decisiones que toma deberían tener carácter vinculante. Así todos deberían acatar estas decisiones y se estaría dentro de los mismos criterios. El problema es que en este momento está muy influido por los signos políticos de cada uno.

Participación sindical en el diseño de la troncalidad.

Se ha conculcado el derecho a la participación y a la negociación colectiva en los órganos creados a tal efecto. Lo único que parece respetarse es el trámite de audiencia en la elaboración de la norma, aunque ello no garantiza que las aportaciones puedan tenerse en cuenta. No se entiende que se complejice una cuestión que debiera mejorar y simplificar el funcionamiento de formación de especialistas. A final de este año hará diez años que se aprobaron las normas básicas que regulan la estructura formativa.

¿Hay motivos para una gran huelga médica en el SNS?

Estamos en un momento en el que se están haciendo modificaciones sustanciales del modelo sanitario, y en el que se pretende ir a un modelo mixto. Haciéndose las cosas como se están haciendo y con un Gobierno que tiene oídos sordos a todo lo que se está proponiendo desde diversos agentes sociales y en la calle con los propios ciudadanos, me parece que es motivo más que suficiente. Lo que ocurre es que tras tres huelgas generales, hasta este momento, no ha habido ningún resultado, pero vamos a seguir ahí. Seguiremos convocando lo que tengamos que convocar. No vamos a permitir ni que nos quiten la negociación colectiva, que es nuestra razón de ser, ni que los ciudadanos pierdan un modelo sanitario que es y sigue siendo puntero

HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

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

TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:

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

900 32 33 34
www.fcarreras.org

FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS
Contra la leucemia

30
150
100

35
300
50
200

Según el Informe IBAC 3.5 del Observatorio Zeltia, el tándem Biología-Salud funciona, atrae el interés general y es rentable

Aunque los españoles no acaban de entender del todo la Ciencia debido, en parte, a la falta de educación científica, saben que es un factor necesario tanto para el desarrollo del país como para mejorar su calidad de vida.

Texto | Mónica de Haro

BIOTECNOLOGÍA

Según el Informe IBAC 3.5 del Observatorio Zeltia, el tándem Biología-Salud funciona, atrae el interés general y es rentable

La gran mayoría de los españoles (88,6 por ciento) asocia Ciencia y Tecnología con la mejora de la calidad de vida y el desarrollo económico. Para la sociedad el progreso científico aporta ventajas importantes con respecto a la salud, ya que, por ejemplo, posibilita el hacer frente e enfermedades y epidemias añadiendo un plus de seguridad y protección a la vida humana.

Esto se traduce en que más del 80 por ciento de los españoles apoya incrementar o mantener la inversión en I+D+i. Aunque sólo el 36,7 por ciento haría donaciones altruistas a la Ciencia. Así lo recoge la VI Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), cuyos resultados se han incluido en la tercera edición del Informe IBAC 3.5 (Informe de Biotecnología Aplicada en la Comunicación). Un documento que busca fomentar la innovación, la divulgación y el análisis de la información biotecnológica aplicada a la salud, surgió por iniciativa del Observatorio Zeltia y cuenta con la colaboración del Centro de Estudios Superiores de la Industria Farmacéutica (CESIF), de RDi (Red de Innovación) y de la Cátedra Innovación, Salud y Comunicación de la Universidad Rey Juan Carlos.

Para solucionar el problema de financiación es fundamental que tanto las empresas y científicos como medios de comunicación transmitan el beneficio social de los casos de éxito del sector

El Informe IBAC 3.5 ha convertido en referente obligado en el mundo científico ya que "refleja de primera mano la situación de la comunicación del sector biofarmacéutico", según afirma José María Fernández Sousa-Faro, presidente del Grupo Zeltia. Esta nueva edición confirma que ni la crisis, ni los problemas de financiación ni los escasos recursos existentes ponen freno a un sector (el biotecnológico/biofarmacéutico) que conserva intacta la ilusión y no ceja en su empeño por reinventarse y seguir apostando por la innovación.

Además, la encuesta arroja otros datos optimistas como que el interés por la Ciencia y la Tecnología ha crecido un 19 por ciento desde 2010. En concreto, los jóvenes de 15 a 24 años son la franja de edad más interesada por la Ciencia (40 por ciento) y a ellos se debe, principalmente, el incremento general observado de 2010 a 2012. Como en anteriores oleadas, a mayor formación se observa mayor interés por la Ciencia.

Asimismo, los médicos y científicos siguen siendo las profesiones más valoradas, a las que se llega por vocación más que por intereses personales o incentivos externos. Lo cual demuestra que la imagen social de la investigación es muy positiva. Datos como estos dan alas a este proyecto como los del Observatorio Zeltia que "con tres años mantiene el estímulo y el esfuerzo para que se consolide y, lo más importante, esté a un nivel cada vez más alto", explica Ángel Gil, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos. El escenario ha cambiado mucho, más de lo que hubiéramos esperado y deseado todos, "no así el nivel de compromiso que tienen las instituciones, empresas, periodistas, centros académicos y universidades, entre otros, con la investigación y la importancia que ésta tiene para nuestro país", añade Gil.

Como recoge el informe IBAC 3.5, en el último año la crisis económica se ha reagudizado y ha provocado que se multipliquen los recortes, afectando a todos los agentes y, por tanto, a los proyectos de innovación en general y de Biotecnología en particular. Se han producido importantes cambios a nivel administrativo: el paso de un Ministerio de Ciencia e Innovación a una Secretaría de Estado de I+D+i adscrita al Ministerio de Economía y Competitividad. Esto se traduce en una menor apuesta económica y financiera por la innovación.

Por otro lado, desde el punto de vista financiero, hay mayor dificultad de acceso al sistema crediticio. Además, han disminuido las subvenciones que otorgan instituciones como el CDTI (Centro para el Desarrollo Técnico Industrial), y con los recortes que padecen las CC.AA., los bioclusters se encuentran en un momento de redefinición. Como consecuencia de esto, ha descendido el número de proyectos que las empresas y los centros de investigación pueden poner en marcha.

Sin embargo, esta tendencia puede empezar a remitir en los próximos años. En 2013, los Presupuestos Generales del Estado concedieron una ampliación de los fondos gestionados por el CDTI de nada menos que el 370 por ciento.

La disponibilidad total de fondos CDTI en 2013 permitirá comprometer en proyectos de I+D+i 1.000 millones de euros.

Además de la financiación, otro punto a mejorar según el informe IBAC 3.5 es el de transferencia tecnológica, que no termina de arraigarse en nuestra cultura ya que sigue existiendo la necesidad de perfeccionar la legislación que regula la actividad investigadora, así como el propio proceso de transferencia del conocimiento a la empresa española actual.

También sería conveniente facilitar el acceso a una financiación adecuada, proporcionada por agentes públicos y privados que gestionen correctamente unos proyectos de inversión con características muy peculiares, como son los derivados del esfuerzo innovador.

Implicación y aperturismo

Por otro lado, aunque la Ciencia y la investigación son dos pilares básicos para el desarrollo de un país, y eso es algo que parece tener claro todo el mundo, se pone de manifiesto, una vez más, que sigue haciendo falta una apuesta real por la innovación por parte de las administraciones.

Una reivindicación que se justifica con estos datos:

- En los últimos años se han realizado importantes inversiones en I+D, pasando del 0,8 por ciento del PIB al 1,3 por ciento actual.
- Los incentivos fiscales a la I+D han estado mal estructurados, por lo que su utilidad real ha sido baja.
- Los ingresos por contratos de licencia en España procedentes de OTRIs y universidades fueron de 2,4 millones de euros en 2011, según datos de RedOTRI. Este indicador ha ido mejorando (en 2007 fueron 1,9 millones de euros), pero todavía está a años luz si lo comparamos con EE.UU. (2.300 millones), aunque el PIB no sea comparable.

Por eso, desde Zeltia se insta a las instituciones a que pasen a la acción y "que no se quede en palabras". Aunque "es poco probable que la Administración lleve a cabo esta apuesta real, porque está centrada en el corto plazo, así que los investigadores deben centrarse en captar fondos del programa europeo Horizonte 2020, así como inversión privada".

En cuanto a la inversión privada, el informe revela que este sector no apuesta por el sector biotecnológico ya que los fondos de capital riesgo especializados en él son pequeños o no invierten en compañías españolas.

Para solucionar el problema de financiación es fundamental que tanto las empresas y científicos como medios de comunicación transmitan el beneficio social de los casos de éxito del sector (fusiones, licencias, cierre de rondas de financiación...), porque aunque la imagen económica de España no sea positiva, la imagen de la investigación española sí lo es.

Además, no tenemos la misma imagen en todas las zonas y deberíamos aprovechar aquellas donde es positiva, como en Latinoamérica, o donde todavía no tenemos una imagen-país, como en Asia, pero sí imagen-región, por ser parte de Europa, en lugar de enfocarnos en los sitios donde nuestra imagen es peor.

Para la Universidad, es clave desarrollar la Ley de Mecenazgo que facilite que se reciba financiación privada. Debemos mirar hacia fuera e intentar trasladar lo que se está haciendo bien en cuanto a transferencia de tecnología en universidades y centros americanos y europeos.

Otro dato positivo es que hay muchas pequeñas empresas cuya tecnología se dirige más a diagnóstico o instrumentación que a un producto terapéutico, por lo que pueden entrar en el mercado en menos años.

Así se cuenta

El otro gran bloque del informe IBAC 3.5 está compuesto por las aportaciones de los principales medios de comunicación (generalistas, especializados en salud, científicos), representantes de compañías biotecnológicas y expertos en transferencia tecnológica. Estos actores componen un *focus group* anual que analiza los principales cambios que ha experimentado la información sobre temas de Biotecnología en el último año.

Además, el IBAC 3.5 también se centra en medir la cobertura, tratamiento informativo y rasgos de imagen de las noticias del sector de la Biotecnología a través de la percepción generada en los medios de comunicación escritos y online durante el año 2012.

Dicha investigación, realizada por Nialka Comunicación para el Observatorio Zeltia y diseñada por Aderal, ha concluido que en cuanto a la valoración de las noticias publicadas, en 5 de cada 10 informaciones, el sector de Biotecnología transmite una imagen neutra. En este sentido, durante el año 2012 la mayor parte de las informaciones relacionadas con la Biotecnología en los medios de comunicación escritos y online ha girado en torno a dos grandes focos temáticos: la investigación y la salud humana.

Las diversas aplicaciones de la Biotecnología en la alimentación, la prevención de enfermedades hereditarias, nuevas terapias, producción de vacunas... han provocado que la salud haya sido uno de los temas más tocados este año. Laboratorios, fundaciones y empresas privadas son quienes suministran la mayor parte de la información. Generan informaciones relacionadas con el sector, realizan una descripción de los

Según el Informe IBAC 3.5 del Observatorio Zeltia, el tándem Biología-Salud funciona, atrae el interés general y es rentable

temas más relevantes, ofrecen la opinión de los expertos y dinamizan la Biotecnología. También actúan como fuentes, aunque en menor medida, el Gobierno central y los organismos dependientes de Gobierno.

Del total de informaciones analizadas durante este periodo de tiempo relativas al sector de la Biotecnología en los medios de comunicación (4.638), en un 43 por ciento (2.008) de los impactos se hacía mención a la técnica utilizada en diferentes investigaciones o proyectos, así como a la terapia o fármaco empleado en un momento dado. De ese 43 por ciento, la técnica era nombrada en un 51 por ciento de cada diez informaciones, mientras que el fármaco lo hacía en un 73 por ciento, por un 67 por ciento de la terapia. Además, las informaciones del sector Biotecnología citan al investigador o precursor de las investigaciones en tres de cada diez informaciones.

Así lo percibimos

El tono positivo de las informaciones suma el 43 por ciento de los impactos recogidos, mientras que las informaciones negativas tan sólo suponen un 5 por ciento. Las informaciones positivas han transmitido una percepción del sector de la Biotecnología principalmente asociado al valor I+D+i. Este dato transmite una percepción de que las empresas, universidades, fundaciones, laboratorios..., siguen apostando por la I+D y la innovación en este sector.

Otro de los principales valores que se vincula a las informaciones es que "contribuye al desarrollo de la sociedad".

Las noticias que se refieren a la salud acaparan un alto porcentaje de las investigaciones en Biotecnología y a su aplicación en beneficio de la propia sociedad.

En este sentido, la percepción social cumple un papel importante en la aceptación de la Biotecnología. Según el informe IBAC 3.5, en tres de cada diez informaciones se aprecia cómo el desarrollo en este sector supone un avance para la sociedad y la economía. Sin embargo, existe una gran parte de la sociedad que ignora las posibles ventajas que implica.

Por otro lado, se consolida la creencia de que la inversión en el sector de la Biotecnología se convierte en beneficios para la industria y para las diferentes comunidades y países que apuestan por este sector.

Finalmente, el escaso número de informaciones de carácter negativo está asociado al atributo de "rentabilidad económica", vinculado a las informaciones en las que se hace referencia a los recortes y medidas de ajuste que ha sufrido la industria en los últimos años.

Futuro esperanzador

Todo esto nos invita a reflexionar sobre el futuro de la industria biotecnológica española, y si nos atenemos los resultados del informe bienal sobre "Relevancia de la Biotecnología en España en 2011" de Fundación Genoma España, la cosa no va mal del todo.

Hay datos esperanzadores sobre el futuro de este sector, que vuelve a ocupar un lugar importante en la rama sanitaria (la biofarmacéutica ha aportado el 24 por ciento de la facturación entre 2000 y 2009).

Asimismo, las conclusiones del estudio apuntan la necesidad de trasladar los buenos datos registrados en producción científica al campo de la innovación y la solicitud de patentes para que la industria biotecnológica española pueda ser más competitiva a nivel mundial.

En este sentido, empresas biotecnológicas españolas, como Biotools y 2B BlackBio, han firmado un acuerdo global de licencia de productos y trasferencia de tecnología, en los campos del diagnóstico molecular y de la Medicina personalizada con la farmacéutica mexicana Laboratorios Silanes. Otras como PharmaMar, del Grupo Zeltia, ya llevan un gran trecho recorrido y son referentes en Biotecnología. De hecho, la compañía es líder en el desarrollo de fármacos antitumorales de origen marino y una de las principales farmacéuticas en España por inversión en I+D, con el 60 por ciento de la plantilla de la compañía dedicada a esta labor.

Cada año lleva a cabo expediciones científicas en mares de todo el mundo ampliando su librería de organismos marinos, compuesta actualmente por 120.000 muestras, la mayor del mundo.

Además, hay nuevas iniciativas en marcha que ponen de relieve la buena salud del sector biotecnológico español y que están destinadas a mantener, consolidar y mejorar su posición. Por ejemplo, el Centro Europeo de Empresas e Innovación de Guadalajara (CEEI Guadalajara), junto con Genoma España, ha abierto el plazo de inscripción para el programa de formación "Biocampus 2012", destinado a formar a emprendedores en Biotecnología y a financiar los mejores proyectos empresariales. "El objetivo, según han explicado fuentes de la organización empresarial CEOE-Cepyme Guadalajara, es proporcionar la formación, el asesoramiento y el apoyo necesario a aquellos emprendedores que quieran poner en marcha una idea de negocio en el ámbito de la Biotecnología".

Por último, el PP ha registrado una proposición no de ley en el Congreso por la que insta al Gobierno a declarar 2013 como año de la Biotecnología en España, para su debate en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de la Cámara baja.

Esta iniciativa se apoya en una verdad irrefutable: que el crecimiento experimentado por la Biotecnología en el siglo XX y principios del siglo XXI ha proporcionado beneficios a la sociedad en forma, por ejemplo, de diagnósticos moleculares cada vez más precisos, de tratamientos, de vacunas más eficaces y seguras, de nuevos antibióticos, o de proteínas con fines terapéuticos

Documentación y fuentes

1. Zeltia.
2. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT).
3. Genoma España.
4. Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI).

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

Investigamos, desarrollamos, producimos y comercializamos nuevos tratamientos en las áreas de oncología, diagnóstico molecular de uso clínico (Enfermedades infecciosas, metabolopatías y respuesta a terapia antitumoral), identificación mediante huella genética y una nueva generación de terapias basadas en el RNA de interferencia o RNAi (Oftalmología – Glaucoma y Síndrome de Ojo Seco).

Zeltia

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

www.zeltia.com

ac

La tualidad del sector

FUE NOTICIA
La actualidad del sector

3 de abril

Sindicatos avisan a Mato de que está "vulnerando" la negociación colectiva en Sanidad y anuncian una "gran" movilización. La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CC.OO), la Federación de Servicios Públicos de UGT (FSP-UGT), la Unión Sindical y Auxiliares de Enfermería (USAE), el Sindicato de Enfermería SATSE y el sindicato CSI-F enviaban el 26 de marzo una carta a la ministra de Sanidad, Ana Mato, avisando de que está "vulnerando" la negociación colectiva y exigiendo, "a la mayor brevedad", la constitución de una mesa de diálogo. Así lo explicaban los representantes de estos sindicatos quienes, además, advertían que si la ministra no contesta en un plazo máximo de quince días realizarían una "gran" movilización en toda España denunciando que el Ministerio está "mercantilizando" la Sanidad y "no quiere" reconocer a los sindicatos

CESM también reivindica el ámbito de negociación, y recomienda que los posibles acuerdos Foro-Ministerio se lleven a él. Francisco Miralles, secretario general de la Confederación, aclaraba que no estuvo en la conferencia de prensa junto a los demás sindicatos porque "no se nos invitó" y reclama que la Administración dote de recursos al ámbito de negociación "como ha sucedido con el resto de las mesas"

4 de abril

Médicos y enfermeros reclaman la creación de una Agencia del SNS con capacidad ejecutiva y formada por autoridades sanitarias, profesionales y pacientes. Así lo manifiestan los máximos representantes de los Colegios de Médicos y de Enfermería, Juan José Rodríguez Sendín y Máximo González Jurado, en la presentación del documento "La alternativa de los médicos y enfermeros para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud", en el que han participado más de 9.000 personas, incluyendo médicos, enfermeros, pacientes y expertos, y en el que se recogen 85 propuestas para hacer sostenible el sistema, preservando su calidad y sus principios y derechos

8 de abril

50 fármacos suben de precio tras ser excluidos de la financiación pública por el Gobierno en septiembre del pasado año. Se trata de medicamentos de uso común cuyo precio se ha incrementado una media del 45,24 por ciento y que, en algunos casos, se ha disparado, como por ejemplo la cloperastina (un fármaco para la tos) que ha subido un 189 por ciento, la acetilcisteina (mucolítico) un 122,86 por ciento, el romilar (antitusivo) el cien por cien, o el aciclovir (contra los herpes) un 98,27 por ciento más caro, entre otros

Médico y enfermero, las profesiones más valoradas por los españoles. Con sendas calificaciones de 8,52 y 7,96 sobre diez, respectivamente, según el Barómetro de Marzo del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Según esta encuesta, para la que se ha consultado a 2.500 personas, médico, nuevamente, es la profesión que más recomendarían a sus hijos o a algún buen amigo, dice uno de cada cuatro encuestados (25,5 por ciento). Por otra parte, según este mismo estudio, la Sanidad se mantiene entre los principales problemas que los españoles consideran que existen actualmente en España

Sindicatos presentan una queja a la Defensora del Pueblo porque Sanidad "vulnera reiteradamente" la negociación colectiva. La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CCOO), la Federación de Servicios Públicos de UGT (FSP-UGT), la Unión Sindical y Auxiliares de Enfermería (USAE), el sindicato de Enfermería SATSE y el Sector Nacional de Sanidad CSI-F han presentado una queja a la Defensora del Pueblo por la "reiterada y constante" vulneración del derecho a la libertad sindical y a la negociación colectiva llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En la denuncia, los sindicatos sanitarios critican que el departamento que dirige Ana Mato está "vulnerando" hasta cuatro convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

11 de abril

Hacia un cambio de modelo en la atención de la cronicidad. El cambio del modelo de atención a la cronicidad, centrado en el paciente, era el mensaje más relevante de la inauguración del V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, que contó con la asistencia de la directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Mercedes Vinuesa, y el consejero de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz. Albert Ledesma, director del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña, destacó el hecho de que el Congreso sea fruto del esfuerzo de la Consejería de Salud de Cataluña, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y semFYC, junto a personal de enfermería, pacientes, trabajadores sociales y farmacéuticos. "Nuestro programa de prevención y atención a la cronicidad, y este Congreso es un buen ejemplo de ello, está proponiendo un cambio de modelo asistencial para adaptarnos a este fenómeno que es la cronicidad: desde la atención a procesos aislados como hipertensión o diabetes -con unos resultados excelentes- a una nueva atención basada y centrada en la persona, de una forma colaborativa y junto a las personas, a los actores sociales y sanitarios", señaló

El trasplante en vivo y la donación en asistolia quedan reforzados en el nuevo RDL de Trasplante de Órganos. Rafael Matesanz abría el Simposio sobre el Desarrollo del RDL de Trasplante de Órganos, destacando que la calidad y la seguridad son el *leitmotiv* del mismo, y alguna de sus novedades, como que España será el primer país en abordar la regulación de trasplantes alogénicos de tejidos compuestos. Ana Mato, por su parte, aseguraba que los recortes no afectarán al buen funcionamiento de la ONT, y reconoce la importante labor de esta organización

SemFYC confía en que la última prueba ECOE se pueda celebrar en el año 2013. Josep Basora, presidente de la Sociedad, estima que a la prueba se presentará la mitad de candidatos que a la del año pasado, unos dos mil, y pide que las autonomías y Ministerio se impliquen con sus recursos para hacerla viable económicamente. El modelo de prueba propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia debe ser consensuado en el Comité de Prueba del Consejo Interterritorial y después ser publicado oficialmente en España y en Europa

12 de abril

El Foro de Médicos de AP se queja del empeoramiento de la Sanidad y reivindica la necesidad de un mayor diálogo con la Administración. El Día Nacional de la Atención Primaria se celebraba bajo el lema "en tiempos de crisis, más Atención Primaria", y con un una reunión del Foro que, pese a reconocer que han conseguido pocos éxitos, puesto que la situación en vez de mejorar ha empeorado, sigue reivindicando un mayor papel para la AP, para hacer sostenible el sistema. Algo que parece difícil mientras Ministerio y CC.AA. sigan tomando decisiones sin que exista el diálogo con estos agentes. "No necesitamos cambiar la planificación de la Atención Primaria, sino que necesitamos cambiar la planificación del resto del SNS", así definía Josep Basora, presidente de semFYC, el tema que subyace bajo el lema elegido para el Día Nacional de la Atención Primaria. Según continuaba Basora, si bien se insiste en la idea de que la Atención Primaria debe de ser el eje del sistema para hacerlo más sostenible, en los últimos años, se ha hecho sim embargo una apuesta por la Atención Especializada, como puede verse en la construcción de múltiples hospitales en diversas Comunidades. "No podemos seguir con este SNS fragmentado y superespecializado, porque no es sostenible, ni responde a las demandas actuales", en referencia al aumento de enfermos crónicos y pluripatológicos

16 de abril

Comienza la adjudicación de plazas MIR correspondientes al curso 2012/2013. Como cada año, la especialidad que más plazas oferta es Medicina Familiar y Comunitaria, este año con 1.775 plazas. Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, es, un año más, la primera especialidad en cubrir sus plazas, ya que tras el primer día ya se habían adjudicado las 33 ofertadas en esta convocatoria. Además, los nuevos MIR comenzarán el próximo mes de mayo su formación sanitaria especializada en los diferentes centros sanitarios del país

18 de abril

El Plan Nacional sobre Drogas 2013-2016 fijará una edad mínima común para acceder a las bebidas alcohólicas. El delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Francisco Babín, considera preocupante que el 70 por ciento de los menores de edad consuma alcohol habitualmente. El Plan Nacional de Acción sobre Drogas 2013-2016 incluye, como novedades, medidas para anticiparse al blanqueo de capitales de los narcotraficantes y una revisión de la normativa del Estado para hacer efectiva la prevención del consumo de alcohol por parte de los menores y que fije, por ejemplo, una edad mínima común para acceder a las bebidas alcohólicas, entre otras cuestiones

19 de abril

Juan José Rodríguez Sendín jura su cargo como presidente de la OMC, haciendo una dura crítica de la situación actual del sistema. La del Código Deontológico, reafirmar la colegiación obligatoria, la reforma de los estatutos de la OMC, el registro de profesionales, el carné médico colegial nacional interoperable y reconocido en el ámbito europeo, convertir el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en un Observatorio de la Profesión Médica, y mejorar el entorno profesional de los médicos, son algunos de los retos a los que Juan José Rodríguez se enfrentará en los próximos cuatro años al frente de la Organización Médica Colegial. Pero sobre todo, remarcaba como uno de sus objetivos fundamentales, "conseguir que todos y cada uno de los médicos a los que institucionalmente representamos sientan orgullo de pertenencia a su Colegio". Juraba su cargo en el Colegio de Médicos de Madrid, al igual que el resto de nuevos cargos de la Junta Directiva, en un acto presidido por la ministra de Sanidad, Ana Mato. Juan José Rodríguez Sendín, aprovechaba este foro para manifestar a la ministra su compromiso y su disponibilidad con la sostenibilidad del sistema, dejando claro igualmente que "la profesión médica espera una justa correspondencia"

NOTA: Cronología del 26 de marzo al 22 de abril de 2013.
Para ampliar informaciones, ver:
http://www.elmedicointeractivo.com

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

inst

La antánea médica

Diseñan una fórmula para calcular los efectos de la radioterapia en sesiones

Un grupo de investigación, que ha contado con participación española, ha hallado una nueva manera de calcular, con un modelo inspirado en la física estadística, los efectos de la radioterapia sobre un tejido, ya fuese cancerígeno o sano. Pero las nuevas terapias multifraccionadas, en las que al paciente se le dan dosis separadas por días o incluso por horas, requieren nuevas aproximaciones, con cálculos más complejos, por este motivo se están buscando nuevos modelos para predecir las consecuencia de esta terapia, con el objetivo de diseñar el mejor tratamiento, el que fuese menos perjudicial para el paciente y más efectivo, destruyendo el tumor. "Hemos establecido una fórmula matemática para describir los efectos de una serie de dosis de radiación en un tejido, y hemos estudiado las consecuencias que, se derivarían para la planificación de tratamientos", explica Daniel Rodríguez-Pérez, investigador del grupo de investigación en Física Médica de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y uno de los autores del estudio. En la investigación, publicada en la revista 'Physica A', han participado expertos de la Fundación ACE-Instituto Catalán de Neurociencias Aplicadas y de la Universidad de La Habana (Cuba). En la nueva investigación, el equipo de investigadores ha conseguido diseñar una fórmula que permite combinar sucesivos tratamientos, por eso destacan que "es un paso prometedor" pero que todavía está pendiente de una verificación experimental por otros grupos de investigación. El equipo de investigadores ha utilizado la entropía de Tsallis para desarrollar la fórmula matemática. Esta magnitud ha sido utilizada para describir comportamientos estadísticos en muchos sistemas de la naturaleza, desde terremotos hasta células, en los que se requiere medir el grado de desorden ■

El Gregorio Marañón de Madrid instala el primer 'cajero automático' de Europa que dispensa fármacos

El Hospital Gregorio Marañón de Madrid se ha convertido en el primer centro sanitario de Europa en poner en marcha el primer 'cajero automático' que dispensa medicamentos a pacientes crónicos que no requieren hospitalización, pero que necesitan tratamiento que no se despacha en las farmacias convencionales dado que son de prescripción y uso hospitalario. "Se trata de la primera experiencia de estas características en Europa", informa la Comunidad de Madrid, que aclara que este dispensador automático se utilizará únicamente en aquellos casos en que las características del paciente y el tipo de tratamiento lo permitan. Para poner en marcha el sistema automatizado de dispensación de fármacos se han instalado varios robots conectados a la prescripción médica electrónica, lo que ofrece "un mayor control, seguridad y eficiencia en la gestión de los medicamentos al hacerse de manera automatizada". "Esto permite tanto un ahorro de tiempo como de costes al optimizar el inventario de fármacos, controlando el 'stock' de medicamentos y avisando cuando es necesaria su reposición", añaden. Los robots dispensan el medicamento prescrito por el médico y lo distribuyen a través de cintas transportadoras en menos de 40 segundos a uno de los siete puntos de atención farmacéutica personalizada existentes en el hospital. Su apariencia externa es similar a la de un cajero automático, que el paciente activa mediante una receta, así el autodispensador la lee por medio de un lector de código de barras; una vez leída, el sistema selecciona el medicamento prescrito y lo pone a disposición del paciente ■

Las personas con trastornos mentales graves fuman más y presentan mayores tasas de obesidad

Las personas con trastornos mentales graves presentan mayores tasas de tabaquismo y de obesidad respecto a la población general, según ha revelado un estudio que aborda los factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes como grupo homogéneo, elaborado por expertos del Instituto Catalán de la Salud (ICS), el Consorci Hospitalari de Vic y el Instituto de Investigación en Atención Primaria (Idiap) Jordi Gol. La investigación establece una relación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta que la sufren el 52 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar y el 44 por ciento de los que padecen depresión, ha informado este lunes el Idiap Jordi Gol en un comunicado. Los datos revelan que el 40 por ciento de

los pacientes con trastornos mentales graves fuma, respecto al 27 por ciento de la población general, una tendencia que se repite en el caso de la dislipidémia –alteración de los niveles de lípidos plasmáticos–: mientras que la media se sitúa en el 41 por ciento, en el caso de los pacientes con trastornos se dispara hasta el 56 por ciento. El doctor que ha liderado la investigación, Quintí Foguet, ha alertado de la necesidad de reforzar la coordinación entre la atención primaria y la psiquiatría "para que no haya ningún vacío en el seguimiento del riesgo cardiovascular de los pacientes con trastornos graves", patologías que afectan a tres de cada 1.000 personas en Cataluña. Foguet ha explicado que los médicos de familia tienen "un papel clave" en la implementación de las actividades preventivas y de promoción de la salud en este colectivo, y ha pedido a los psiquiatras que deriven a los pacientes a la atención primaria en caso de detectar alguna anomalía cardiovascular

La telemedicina reduce en un 50 por ciento el impacto económico por visitas en pacientes con diabetes tipo I

La telemedicina reduce "a la mitad" el impacto económico en pacientes con diabetes tipo I (DM1) en lo que a visitas presenciales al hospital se refiere, lo que supone un coste "significativamente menor" desde el punto de vista del tiempo empleado fundamentalmente por el paciente, pero también por el profesional sanitario, según revela el estudio 'Telemed-Diabetes', presentado en el marco del XXIV Congreso Nacional de la SED. En concreto, se trata de los primeros resultados de un estudio pionero en España realizado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Con el mismo se pretende evaluar la eficacia de los sistemas telemáticos aplicados al tratamiento de las personas con DM1 desde un punto de vista de coste-efectividad. Según el doctor Enric Esmatjes, jefe de la Unidad de Diabetes del Hospital Clínico de Barcelona y coordinador de esta investigación, "atendiendo a los costes que conlleva el tiempo empleado en hacer la visita al hospital, la propia consulta y el tiempo empleado por el profesional para atender al paciente, se ha visto que existe un 50 por ciento de reducción en el impacto económico cuando trasladamos los minutos ahorrados a euros". Del mismo modo, ha añadido que este resultado va acompañado de una "reducción idéntica en cuanto al parámetro principal de control metabólico, que es la hemoglobina glicosilada, en ambos grupos". En lo que se refiere a los conocimientos adquiridos por el paciente, la adherencia terapéutica y la calidad de vida, la mejoría "también ha sido notoria". "Por tanto, concluimos que la telemedicina en este grupo ofrece una calidad de vida y una atención similar a la tradicional con una clara disminución de los costes, especialmente para el paciente".

Miguel Bixquert Jiménez

Servicio de Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova

La levosulpirida es el enantiómero levo de la sulpirida. ¿Qué supone farmacológica y terapéuticamente la selección de la parte levógira?

Hablamos de enantiómeros o isómeros ópticos para referirnos a dos configuraciones espaciales de un mismo fármaco, como las dos imágenes de un espejo (la que se refleja y la reflejada) sin que puedan superponerse ambas estructuras (Levo y Dextro, como las dos manos), formando así dos isómeros D- y L-. Esto tiene gran importancia en Farmacología porque la interacción de un medicamento con su receptor es estereoselectiva. Así se habla de formas farmacológicas: racémica: 50% de L y 50% de D; levógira: 100% es forma L; y dextrógira: 100% es forma D. Se sabe que los efectos farmacológicos de ambos isómeros pueden ser iguales o desiguales; en este segundo caso bien porque sólo uno es activo (por ejemplo los L-betabloqueantes), bien porque ambos presentan la misma actividad cualitativa, aunque difieren en la cuantitativa (por ejemplo, L-amfetamina es 3-4 veces más potente que D-amfetamina; L-warfarina es 5 veces más potente y L-verapamilo es 8-10 veces más potente); o, finalmente, porque, teniendo más o menos la misma capacidad cuantitativa, difieren en la cualitativa (e incluso en toxicidad). En este último caso los ejemplos más significativos son:

- D-talidomida es analgésico/sedante y L-talidomida es tóxica.
- L-penicilamina es usada en la enf. de Wilson y D- penicilamina causa severa neuritis óptica.
- L-pentazocina es analgésico y D-pentazonina es sedante.
- L-propoxifeno es analgésico y D-propoxifeno es antitusivo.
- D-quinidina es antimalárico y L-quinidina es antiarrítmico.
- D-timolol es antiglaucomatoso y L-timolol es betabloqueante
- D-sulpirida es sedante/antipsicótico y L-sulpirida es antiemético y procinético.

La selección de la parte Levo en la forma de Sulpirida significa reducir sus efectos sedantes y antipsicóticos para potenciar los antieméticos y procinéticos y poder utilizarla en el tratamiento de la dispepsia funcional y los vómitos.

¿Qué mecanismo de acción tiene levosulpirida y qué efectos ejerce sobre el aparato digestivo?

Levosulpirida (LS) tiene efectos de bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2, situados tanto en el sistema nervioso central, en el sistema nervioso periférico autonómico y en el tubo digestivo; además presenta efectos agonistas sobre los receptores 5HT4, localizados en las neuronas colinérgicas del plexo mioentérico gastrointestinal. También tiene ciertos efectos inhibitorios sobre los receptores 5HT3 localizados en el plexo submucoso gastrointestinal, de donde le viene su capacidad de modular la hipersensibilidad visceral que algunas enfermedades funcionales digestivas presentan. El bloqueo del estímulo de los receptores D2, tanto centrales (centro del vómito en el SNC) como periféricos gastroduodenales, evita los vómitos tanto de origen central como periférico. La acción combinada sobre D2 (bloqueo) y 5HT4 (estímulo) activa la motilidad digestiva y el tránsito gastrointestinal, así como el vaciamiento vesicular, lo que produce un neto efecto procinético. A ese efecto procinético gastrointestinal colaboran el aumento del tono del EEI (evita el reflujo del contenido gástrico al esófago) y la relajación del esfínter pilórico, lo que favorece el avance del contenido gástrico a tramos inferiores del tubo digestivo.

¿Cuándo puede ser útil el uso de Levosulpirida en la clínica diaria? ¿Son diferentes sus indicaciones del resto de procinéticos?

El uso de LS en la clínica diaria es como el de cualquier procinético eficaz:

- alivio de síntomas digestivos (dolor, plenitud, llenura, pesadez, incomodidad, incapacidad para acabar una comida), en la dispepsia funcional y la gastroparesia, esencial o diabética sobre todo, pero también en la de otras causas (diabética, insuficiencia renal crónica, colagenosis, etc.)
- tratamiento de las náuseas, vómitos y regurgitaciones gastroesofágicas de cualquier causa.

El tratamiento con LS disminuye la sensibilidad gástrica a la distensión isotónica; al mismo tiempo aumenta el umbral de percepción sintomática en los pacientes dispépticos funcionales, tanto en la administración aguda como crónica. Es, por tanto, el fármaco antidispepsia funcional más completo. Este último efecto, modulador de la hipersensibilidad visceral, se debe tanto al bloqueo de los receptores D2, como 5HT3 de los plexos (mioentérico y submucoso respectivamente), que este fármaco produce.

Aunque en otros países no es así, en España la levosulpirida es quizá un proci-

nético menos conocido y utilizado que otros como metoclopramida o domperidona. ¿A qué cree que se debe? ¿Hay estudios comparativos de la eficacia y seguridad de estos procinéticos? ¿Tienen alguna ventaja estos procinéticos frente a levosulpirida?

En estudios comparativos internacionales, que ya tienen 10-15 años, LS ha demostrado que en cuanto a los síntomas derivados de la dispepsia funcional esencial o la relacionada con diabetes mellitus, así como en diversos tipos de gastroparesia, es superior a metoclopramida o domperidona y perfectamente comparable a cisaprida (que tuvo que ser retirada del mercado hace 12 años por efectos adversos cardiovasculares graves) como procinético, aunque superior como antiemético, incluso en los vómitos causados por el tratamiento anti-oncológico. Ello al precio de, en general, menos efectos secundarios a corto y medio plazo de administración. La capacidad de LS de aumentar el vaciado vesicular postprandial hace a este fármaco indicado en la prevención de la disquinesia biliar en los diabéticos, reduciendo la posibilidad de desarrollo de litiasis biliar en estos pacientes. El menor conocimiento de LS es simplemente debido a los aspectos promocionales, ya que los procinéticos antidopaminérgicos (metoclopramida, cleboprida y domperidona) no tienen ninguna ventaja sobre ella, e incluso también aumentan la prolactinemia en un rango, como mínimo igual, sin que hayan demostrado mayor potencia procinética o efectividad en el tratamiento de la dispepsia.

Y en el tratamiento de las náuseas y los vómitos, ¿es tan eficaz la levosulpirida como otros procinéticos muy utilizados como la metoclopramida?

LS ha demostrado su eficacia en el tratamiento de las náuseas y los vómitos, tanto centrales (tratamiento antioncológico), como periféricos (postanestesia, postcirugía gastrointestinal, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, idiomáticos, etc.). Y en comparación con metoclopramida con más eficacia (93% frente a 84%) y sobre todo con muchos menos efectos secundarios (hipo, sedación, reacciones extrapiramidales).

Un problema del que siempre se ha hablado en los procinéticos son sus efectos adversos. ¿Qué puede aportar la Levosulpirida a este respecto?

La incidencia de reacciones extrapiramidales con la administración de LS es anecdótica, y se limita a raros casos de reacciones distónicas, en comparación con metoclopramida, bromoprida y cleboprida, que además de causar más reacciones distónicas, pueden causar parestesias faciales y disquinesias tardías. LS tiene menor penetración de la barrera hematoencefálica que otros antidopaminérgicos, con excepción de domperidona, que sin embargo causa mayor hiperprolactinemia y aumento de la TSH (hormona hipofisaria tireoestimulante). En el tratamiento crónico con LS nunca se han producido eventos ECG ni arritmias cardiacas, como sucedió con cisaprida (lo que obligó a retirarla del mercado), y sucede con domperidona (hay una alerta europea y española de 2011 al respecto) o metoclopramida, sobre todo en administración endovenosa, debido a que estos fármacos tienen propiedades antiarrímicas clase III (cisaprida y domperidona) o clase I (metoclopramida), por lo que no se pueden combinar con antiarrítmicos, fenotiazinas, antihistaminicos, antifúngicos azólicos, antibióticos macrólidos y el zumo de pomelo. La sedación leve, hiperprolactinemia y galactorrea la producen todos los fármacos procinéticos y también LS (menos que con Domperidona), sobre todo en pacientes con disfunción renal moderada. Esta reacción desaparece al suprimir el medicamento.

Es también muy habitual que se administren procinéticos a pacientes que habitualmente toman otros fármacos, como anticoagulantes (sintrom, warfarina), IBP, benzodiacepinas, etc. ¿Hay algún riesgo cuando se utilizan los procinéticos en pacientes de este tipo?

Con LS, debido a que se elimina sin metabolizar y además no interfiere con el metabolismo de ningún fármaco cuya vía hepática sea a través del citocromo P450, no hay riesgo alguno de que reduzca o potencie la efectividad de ningún fármaco. Este no es el caso de los antidopaminérgicos clásicos (MTC o DP) y otros fármacos que usan la vía metabólica del P450 (cimetidina, ketoconazol, omeprazol, diacepam, triazolam, alprazolam, midazolam, codeína, nifedipina, dextrometorfano, eritromicina, fenitoína, warfarina, estatinas, valsartán, verapamilo, amiodarona, quinidina, codeína, tramadol, ciclosporina, etc.).

Entonces, ¿cuál cree que debería (o podría) ser el papel de levosulpirida a la hora de utilizar un procinético?

No sólo debe ser uno de los procinéticos en el que los médicos deberían pensar en un primer momento; debería ser el de primera línea:

- por su eficacia: antiemética, antirreflujo gastroesofágico, procinética, y reductora de la percepción de la sensibilidad visceral.
- por su perfil de seguridad:
  a. no interfiere en el metabolismo de ningún fármaco cuya vía de metabolización hepática sea la del citocomo P450-
  b. ni a dosis tan altas como 50 mg/kg peso/día indujo en las ratas efectos sobre el comportamiento, ni en los perfiles hematológicos, etc., aunque por encima de estas cifras causa cierto adelgazamiento en estos animales porque comienzan a comer menos y aumentan algo las transaminasas. No causó oncogénesis en ningún momento.

Ficha Técnica Levogastrol

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Levogastrol 25 mg comprimidos. 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Levosulpirida, 25 mg. Excipientes: Lactosa monohidrato, 25 mg. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos. Los comprimidos de Levogastrol 25 mg comprimidos son de color blanco, con la inscripción "25" en una de sus caras. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Está indicado en adultos para el tratamiento de la dispepsia funcional tipo dismotilidad en aquellos pacientes que no respondan a las medidas higiénico-dietéticas. **4.2 Posología y forma de administración:** Levosulpirida debe tomarse al menos 20 minutos antes de las comidas. La dosis diaria recomendada en adultos es de 25 mg de levosulpirida 3 veces al día (1 comprimido cada 8 horas), por vía oral. La duración habitual del tratamiento es de 4-8 semanas. La duración del tratamiento puede adecuarse en función del alivio de los síntomas y la remisión del cuadro clínico. No se recomienda realizar el tratamiento de forma permanente. El tratamiento puede reiniciarse cuando reaparezcan los síntomas. Población pediátrica: No debe utilizarse en la población pediátrica. Ancianos: En los pacientes de edad avanzada la posología debe ser establecida por el médico, quien valorará el posible ajuste de dosis en aquellos casos específicos que lo requieran. Insuficiencia renal: No es necesario ajuste de dosis. Insuficiencia hepática: No es necesario ajuste de dosis. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Levosulpirida no debe ser administrado a pacientes con historial conocido de epilepsia, estados maníacos y fase maníaca de pacientes con psicosis maníaco-depresivas. Levosulpirida no debe administrarse cuando la estimulación de la motilidad intestinal esté producida por una hemorragia gastrointestinal, obstrucciones mecánicas o perforaciones. Levosulpirida está contraindicada en pacientes con feocromocitoma debido a que la administración del fármaco puede causar una crisis hipertensiva, probablemente debida a una liberación de catecolaminas. Estas crisis hipertensivas pueden controlarse con fentolamina. Debido a la posible relación entre efecto hiperprolactinemizante, y la aparición de displasia mamaria, levosulpirida no debe administrarse en pacientes con mastopatía maligna. Levosulpirida está contraindicado en caso de embarazo y durante el período de lactancia (ver sección 4.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Levosulpirida debe administrarse con precaución en aquellos pacientes en que un incremento de la motilidad gastrointestinal pueda resultar perjudicial para su correcto tratamiento. Debe evitarse el consumo de alcohol simultáneamente con este fármaco. Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los efectos de levosulpirida pueden ser antagonizados por fármacos de acción anticolinérgica, narcótica y analgésica. Se recomienda especial precaución en caso de administrar levosulpirida junto con fármacos que interfieran con el sistema dopaminérgico. Se recomienda que la administración del fármaco se realice antes de las comidas (ver sección 4.2). **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: Levosulpirida está contraindicado en caso de sospecha o confirmación de embarazo (ver sección 4.3). Lactancia: Levosulpirida está contraindicado durante el periodo de lactancia (ver sección 4.3). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Levosulpirida actúa sobre el sistema nervioso central y puede producir: somnolencia, mareos, alteraciones visuales y disminución de la capacidad de reacción. Estos efectos así como la propia enfermedad hacen que sea recomendable tener precaución a la hora de conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa, especialmente mientras no se haya establecido la sensibilidad particular de cada paciente al medicamento. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas notificadas de los pacientes con una frecuencia >10% son: Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: ronquera. Trastornos gastrointestinales: dolor abdominal, hipersecreción salival, estreñimiento. Exploraciones complementarias: peso aumentado. Trastornos psiquiátricos: insomnio. Trastornos del oído y del laberinto: vértigo. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: fatiga. Las reacciones adversas notificadas entre el 1 % y el 10 % son: Trastornos del sistema nervioso: somnolencia, sedación. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: molestia en mama, trastorno menstrual, galactorrea, ginecomastia. Aunque poco frecuentes (< 1/1.000, < 1/100), y por el propio mecanismo de acción antidopaminérgico, puede observarse: Exploraciones complementarias: prolactina elevada en sangre, aunque sus manifestaciones clínicas asociadas (ginecomastia, galactorrea, trastorno menstrual) se manifiestan ocasionalmente. Estos efectos son reversibles tras la reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento. **4.9 Sobredosis:** Se carece de experiencia clínica en casos de sobredosificación. Sin embargo, basándonos en los datos de estudios en animales, los síntomas esperados reflejarán una exageración de las acciones farmacológicas conocidas del fármaco. Los síntomas que pueden ocurrir son: somnolencia y posibles trastornos extrapiramidales tales como discinesia.. En estos casos se recomienda instaurar medidas de soporte adecuadas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1 Lista de excipientes** Carboximetilalmidón sódico tipo A (almidón de patata sin gluten), lactosa monohidrato, celulosa microcristalina, estearato de magnesio. **5.2 Incompatibilidades** No se han descrito. **5.3 Periodo de validez** 4 años. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios SALVAT, S.A. - Gall 30-36 - 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). 7. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Número de registro: 63.715. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Primera autorización: 7 de Marzo 2001. Renovación de la autorización: Diciembre 2011. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Septiembre 2011. **10. PRESENTACIONES Y PRECIOS:** Levogastrol 25 mg 30 comprimidos; CN: 791061.9; PVL: 4.07€; PVP s/IVA: 6,11 €; PVP IVA: 6,35 €. Levogastrol 25 mg 60 comprimidos; CN: 791996.4; PVL: 7,44 €; PVP s/IVA: 11,17 €; PVP IVA: 11,61 €. Con receta médica. No financiado por el SNS. Aportación normal.

Mejora todos los síntomas de la dispepsia funcional[1,2]

Náuseas
Vómitos
Pirosis
Dolor
Plenitud
Distensión
Saciedad precoz
Malestar epigástrico

LEVOSULPIRIDA

Levogastrol

La seguridad de ser único

20 MINUTOS ANTES DE LAS PRINCIPALES COMIDAS

PubMed.gov

Todos los estudios comparativos indexados situan a la levosulpirida como procinético más eficaz y más seguro que domperidona y metoclopramida.[3,4,5,6]

Levogastrol
FICHA TÉCNICA

Levosulpirida es el único procinético que se elimina sin metabolizar y no presenta riesgos de interacción con otros fármacos.[7]

Nota informativa
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS
DOMPERIDONA Y RIESGO CARDIACO

A diferencia de domperidona, levosulpirida no alarga el intervalo QTc y no presenta riesgo de efectos adversos cardíacos.[8]

1. *Distrutti E. et al. Effect of acute and chronic levosulpiride administration on gastric tone and perception in functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2002;16(3):613-22.*
2. *Corazza G.R., et al. Levosulpiride for dyspepsia and emesis. A review of its Pharmacology, Efficacy and Tolerability. Clin Drug Invest 2000; 19 (2): 151-162.*
3. *Corazza GR, Biagi F, Albano O, et al. Levosulpiride in functional dyspepsia: a multicentric, double-blind, controlled trial. Ital J Gastroenterol, 1996;28:317-323.*
4. *Mangiameli A. et al. Levosulpiride vs domperidone nel trattamento della dispepsis funzionale. Cli Ter 1994;144:107-114.*
5. *Oscar Curli et al. Effectiveness of Levosulpiride versus Metoclopramide for Nausea and Vomiting in Advanced Cancer Patients: A Double-Blind, Randomized, Crossover Study. J Pain Synptom Managte 1995;10:521-526.*
6. *Roberto Sabbatini, Massimo Federico, Luca Baldini et al. A randomized, double-blind, cross-over study comparing a levosulpiride-based and a metoclopramide-based combination in the prevention of promece-cytabom-induced emesis. Haematologica 1995; 80:416-420.*
7. *Ficha Técnica Levogastrol.*
8. *AEMPS. Domperidona y riesgo cardiaco. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_24-2011.htm. Consultado el 6/03/2013.*

www.salvatbiotech.com

atencioncliente@salvatbiotech.com
900 80 50 80

SALVAT
innovación y calidad

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_semg@semg.es Referencia web: http://www.semg.es/

XXXIII Congreso semFYC

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

35º Congreso Nacional Semergen Barcelona 2013

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

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

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

Oncología

XIV Congreso Nacional de Oncología Médica

Salamanca. Fecha inicio: 23/10/2013. Fecha Fin: 25/10/2013. Secretaría Técnica: Secretaría técnica: Departamento de Congresos (SEOM). C/Velázquez, 7, 3º. 28001 Madrid. Tel: 915 775 281 - Ext. 2. Fax: 911 393 556. Correo electrónico: congresos@seom.org Referencia web: http://www.seom2013.org/

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/

Urgencias y Emergencias

XXV Congreso Nacional SEMES

Santiago de Compostela. Fecha inicio: 12/06/2013. Fecha Fin: 14/06/2013. Secretaría Técnica: GRUPO SANED- EDICOMPLET. C/ Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel: (91) 749 95 16 Correo electrónico coordinación General e Industria: carmen.garciadeacilu@gruposaned.com; inscripciones: silvia.benito@gruposaned.com Referencia web: http://www.semes.org

Spiraxin®

(rifaximina-α)

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

Imagen en contraportada

BAMA – GEVE

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

PRÓXIMO NÚMERO
Junio 2013

REPORTAJE
EN PORTADA

La AP, en tiempos de crisis más necesaria que nunca

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

FORO DE EXPERTOS
TRIBUNAS

Angel Barrasa

Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Profesor Titular de Universidad. Psicología Social :
"La influencia del buen liderazgo de equipos en la asistencia y la supervivencia de los pacientes"

Luis Palomo

Director de "Salud 2000" (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública)
"Atención Primaria, salud y crisis"

Gustavo Reimers

Responsable de servicios gestionados de cloud en IBM España
"El cloud, pieza clave para los avances en Medicina"

Pedro Soto Ferrando

Jefe del Servicio de Prevención de Hospitales NISA. Miembro de la Comisión de Seguimiento del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA) de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana)
"La asistencia sanitaria en accidentes de riesgo biológico"

ENTREVISTAS

Cristina Contel

Presidenta de la Asociación Catalana de Entidades de Salud, vicepresidenta de la Federación Nacional de Clínicas Privadas y secretaria del Comité Ejecutivo de la Unión Europea de Hospitales Privados

Jaume Pey

Presidente de ANEFP, Asociación para el Autocuidado de la Salud

OTROS TEMAS

REPORTAJE

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

RADIOGRAFÍA

El nuevo papel de los pacientes en el SNS

Santiago de Compostela

Palacio de Congresos y Exposiciones

1988 · SEMES · 2013

25 aniversario

XXV Congreso

12-13-14 junio

2013 nacional

Sociedad Española de Medicina de Urgencias

http://congreso2013.semes.org

Campus Stellae

campo de estrellas | camino de exitos

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SECRETARIA TÉCNICA

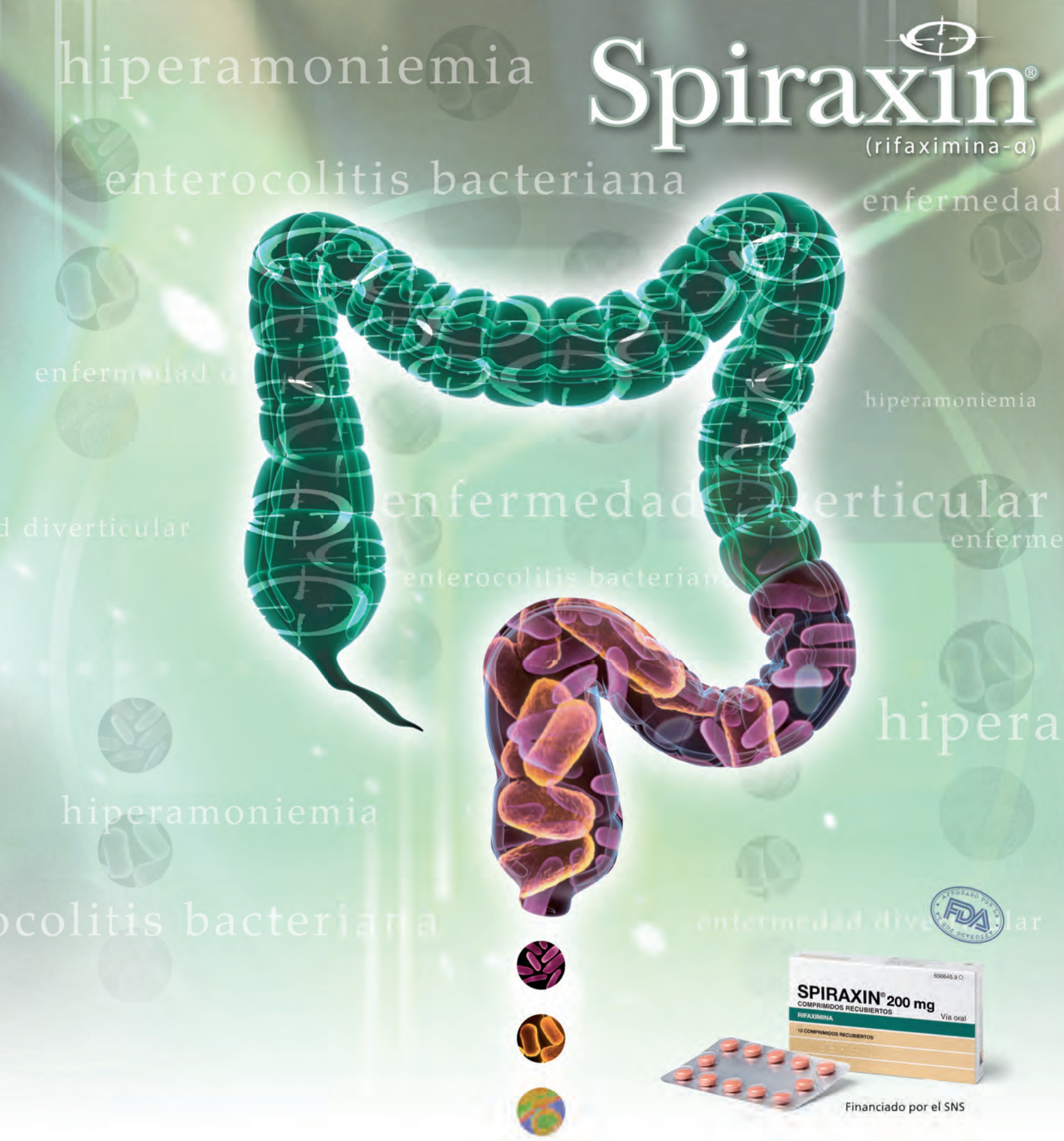
GRUPO SANED- EDICOMPLET

C/ Capitán Haya, 60 . 28020 Madrid

Coordinación General e Industria: carmen.garciadeacilu@gruposaned.com - Tel.: (91) 749 95 16

Spiraxin®

(rifaximina-α)



ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA – GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97