

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1148. Noviembre 2013

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades

Entrevistas

Antonio Sáez Aguado
Consejero de Sanidad
de Castilla y León

Ricardo De Lorenzo
Presidente de la Asociación
Española de Derecho Sanitario

Alberto Martínez-Castelao
Presidente de la Sociedad
Española de Nefrología

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad

enfermedad

hiperamoniemia

diverticular

enfermedad diverticular

enfermedad

enterocolitis bacteriana

hiperara

hiperamoniemia

colitis bacteriana

enfermedad div



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97

Los puntos débiles del sistema formativo

Parece que todo el mundo está de acuerdo en que, en términos teóricos, la formación del médico en España aprueba con buena nota, pero la duda se siembra cuando se abordan cuestiones más prácticas. Competencias como las de gestión clínica, derecho sanitario o comunicación, sólo por citar algunos ejemplos, no se incluyen en los planes de estudio de casi ninguna facultad de Medicina española, cuando sin embargo se consideran fundamentales para el ejercicio profesional actual.

En este contexto, además, tanto la legislación española como el Espacio Europeo de Educación Superior establecen una serie de créditos prácticos. De hecho, la Orden ECI/332/2008, sobre las competencias específicas que deben de adquirir los estudiantes de Medicina, recoge, además de valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos, fundamentos científicos de la Medicina, y habilidades clínicas y de comunicación, entre otras.

Comunicación, economía, bioética, derecho sanitario, gestión...esas son algunas de las carencias que los diferentes expertos señalan como puntos débiles de la actual formación del médico. Mientras tanto, la oferta de cátedras mediante convenios entre universidades y laboratorios farmacéuticos, sociedades médicas u otros entes empresariales prolifera en España como una verdadera alternativa. Otra opción especialmente valorada por los alumnos son los cursos de formación, que aportan una importante y variada oferta a la hora de complementar los conocimientos académicos.

A este polémico tema dedicamos nuestro reportaje de portada de este número. En él también se publican entrevistas de gran interés a Antonio Sáez Aguado, consejero de Sanidad de Castilla y León; Ricardo De Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, y a Alberto Martínez-Castelao, presidente de la Sociedad Española de Nefrología, entre otras.



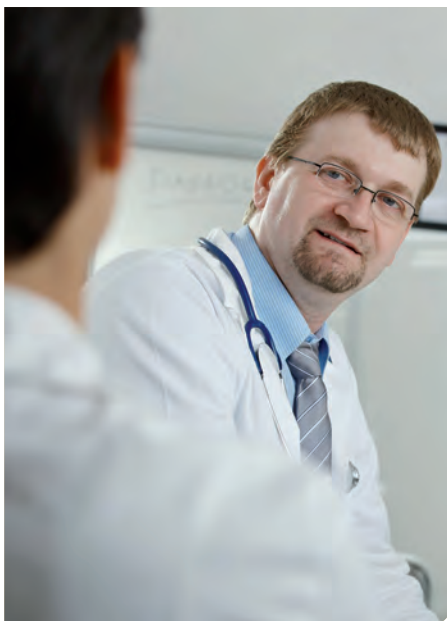
En nuestro Foro de Expertos se analizan alternativas al modelo sanitario, la nueva ley de colegios profesionales o una experiencia piloto para la atención a las drogodependencias desde la AP.

Junto a estos asuntos se incluyen otros reportajes y entrevistas, la sección habitual que hace un repaso a lo más destacado de la actualidad político-profesional y la que aborda los principales avances médicos. Asimismo, les recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa ■

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades



La formación del médico aprueba en conocimientos teóricos, pero suspende en habilidades prácticas. Pese a que Bolonia tiene como objetivo el conseguir que la educación superior no se base sólo en el conocimiento científico, tanto expertos como alumnos tienen claro que su implantación no ha sido un éxito, y que áreas muy necesarias para la práctica clínica diaria, como la comunicación, la gestión, o incluso la investigación, siguen siendo deficitarias en las facultades de Medicina españolas.

20

ENTREVISTAS



Antonio Sáez Aguado
Consejero de Sanidad de Castilla y León

30

Ricardo De Lorenzo
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

40



Alberto Martínez-Castelao
Presidente de la Sociedad Española de Nefrología

46

FORO DE EXPERTOS

JUAN MANUEL RUIZ ROS

Director General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia

10



RODRIGO MARTÍN HERNÁNDEZ

Presidente del Colegio de Médicos de Santa Cruz Tenerife

14



IGNACIO PARA

Presidente de la Fundación Bamberg

16



REPORTAJE

La fama, la promoción, la estabilidad en el empleo y la financiación, factores que conducen al cada vez más extendido fraude científico

56



Especialistas en Sistema Nervioso Central



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

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

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

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



GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Profesionalización e independencia, claves de una buena gestión en Salud



64

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



Formar en gestión sanitaria: una apuesta por la profesionalización directiva
70

PERFILES MÉDICOS

ESPERANZA SANTOS

Enfermera de Médicos sin Fronteras

76



GESTIÓN

Claves del sistema sanitario frente al cáncer



Diversas personalidades se han reunido en Valencia en la jornada “El sistema sanitario frente al cáncer”, organizada por la Fundación Bamberg y que ha contado con la colaboración de la Revista EL MÉDICO, para hablar de algunos retos en Oncología como son los largos supervivientes, el equilibrio entre innovación y sostenibilidad, la implicación de Primaria para la prevención de la enfermedad, y la eficiencia de los programas de cribado.

52

OTROS TEMAS

Presentación

3

Fue noticia

82

La instantánea médica

86

Online

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

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

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

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

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

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.

Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

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



Sebastián Ferreira, *sin título*
Obra procedente de las *National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc.*

Nuestro compromiso: transformar el futuro en presente.

En **Janssen** tenemos un compromiso firme con la innovación. Innovar para aportar soluciones en **áreas terapéuticas** clave como neurociencia, enfermedades infecciosas, oncología, inmunología, cardiovascular y metabolismo. Campos donde la frontera entre la vida y la muerte se estrecha, donde solo el valeroso es valioso. Así es como acercamos nuevas **respuestas a nuestros pacientes**. Personas que, como nosotros, creen en el futuro. En **el valor de innovar**. Ese es nuestro compromiso. Transformar incógnitas en respuestas. **Futuro, en presente.**

The image features a stack of white papers, slightly blurred to create a sense of depth. Two pens are positioned horizontally across the middle of the stack. The pen in the foreground is a gold-colored ballpoint pen with a silver-colored barrel. The pen behind it is also gold-colored but has a silver-colored barrel. The lighting is soft, highlighting the metallic sheen of the pens and the texture of the paper. The overall composition is clean and professional, suggesting a theme of education, business, or writing.

• La
mirad

a maestra de la actualidad



Juan Manuel
Ruiz Ros



Rodrigo
Martín Hernández



Ignacio
Para



Las drogodependencias desde Atención Primaria. El Programa ARGOS-Murcia

Autor Juan Manuel Ruiz Ros. Director General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia

Desde que pusimos en marcha el Plan Regional sobre Drogas 2007-2010, hemos constatado el hecho de que sigue faltando información acerca de los problemas que acarrea el consumo de alcohol en los usuarios de los centros de salud, especialmente en poblaciones vulnerables como mujeres embarazadas y lactando y adolescentes. Las encuestas que realizamos así lo ponen de manifiesto, por eso, pretendemos influir en la percepción del riesgo ante las consecuencias del consumo de alcohol en la población general y, especialmente, en éstas más vulnerables.



Juan Manuel Ruiz Ros

La herramienta para lograr influir en la percepción del riesgo ante las consecuencias del consumo de alcohol en la población que se ha desarrollado en Murcia es el Programa ARGOS-Murcia, programa universal de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, concebido para implicar en la prevención de drogodependencias a los profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia. Integra un ambicioso proyecto, sin existir evidencias en el mundo profesional y científico de una experiencia similar, que permite desarrollar prevención, diagnóstico precoz, tratamiento e investigación clínica en el ámbito del alcoholismo y otras drogodependencias desde Atención Primaria.

Cada médico de familia que pasa consulta en nuestros centros de salud tiene una media de 9 pacientes semanales expuesto a altas dosis de bebidas alcohólicas

El Programa se inspira en la preocupación

de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas por las altas cifras de alcoholismo obtenidas de los estudios de investigación del Observatorio Nacional sobre Drogas, priorizando por parte de

dicha delegación, la financiación de programas de prevención del alcoholismo en grupos de riesgo como son los adolescentes y las mujeres.

Fundamenta su planificación en que

los primeros profesionales de la salud que entran en contacto con poblaciones de riesgo en relación con el consumo de alcohol son los Equipos de Atención Primaria, y es crucial que tomen conciencia del papel re-

levante que pueden desempeñar en la intervención precoz.

El programa difunde que, con motivación y atención apropiada, resulta mucho más fácil que las personas que no son dependientes del alcohol disminuyan e incluso suspendan el consumo del mismo, de ahí la importancia de sistematizar un diagnóstico de consumo y una intervención breve desarrollada por el personal sanitario de primera línea.

La cartera de servicios de Atención Primaria contempla genéricamente las actividades de prevención de las conductas de riesgo. También de forma más explícita, aunque de manera irregular, incluye las actividades preventivas y asistenciales sobre las sustancias de abuso. Sin embargo, la realidad cotidiana de los centros de salud indica



sentación, conocida como síndrome alcohólico fetal (SAF). Adicionalmente de 150 a 300 niños tendrán un efecto clínico relacionado con la exposición al alcohol durante el embarazo (ESAF).

Los efectos del alcohol sobre el Sistema Nervioso Central del feto son muy relevantes y se manifestarán en el nacimiento o en la infancia. El déficit de atención, la hiperactividad, gran parte de los problemas de aprendizaje escolar y otros trastornos generalizados en niños han aumentado a cifras prácticamente epidémicas en nuestra sociedad, todos ellos prevenibles con la abstinencia de alcohol de la madre en la planificación, el embarazo y la lactancia, ya que no existe un nivel de bebida sin efecto: cualquier ingesta de alcohol durante el embarazo -incluso para los que piensan que 1 caña de cerveza a la semana es poco- afecta al desarrollo de los hijos.

El número de niños en educación especial ha crecido un 200 por ciento en los últimos 20 años. La incidencia de niños con déficit de atención e hiperactividad ha crecido de un 3 por ciento a casi el 12 según algunos estudios.

A estos datos de consumo hay que añadir que las mujeres embarazadas de nuestra Región tienen una baja percepción de riesgo acerca del consumo de sustancias adictivas. 1 de cada 4 mujeres embarazadas preguntadas en el primer trimestre afirma que probablemente consumirán alcohol a lo largo de los nueve meses del embarazo; el 22,4 por ciento dicen que es muy probable que fumen tabaco y el 6 por ciento que consumirán cannabis.

Sin embargo, la mayoría de los trastornos neurológicos funcionales del niño, asociados al consumo de alcohol durante el embarazo, son fácilmente prevenibles con intervenciones breves y bien diseñadas en los programas de embarazo saludable autonómicos.

En la misma línea, los estudios sobre consumo de drogas (EDADES-2011 y ESTUDES-2010) muestran, sin lugar a dudas, que el alcohol es la droga más consumida

que existe un gran predominio de la actividad curativa, con una escasa actividad dedicada a la prevención primaria, exceptuando en la atención a la infancia. Siendo insignificantes las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud.

La mayoría de las veces, el alcohol y el consumo de otras drogas está latente detrás de los problemas por los que se suele acudir a la consulta del médico. En un análisis sobre 1.700 pacientes que acudieron a la consulta en su centro de salud, hemos observado que un 11 por ciento de ellos presentaban un consumo de alcohol de riesgo o de alto riesgo. La importancia de esta cifra radica en que, cada médico de familia que pasa consulta en nuestros centros de salud tiene una media de 9 pacientes semanales expuesto a altas dosis de bebidas alcohólicas. Esto representa 35 pacientes al mes consumidores de riesgo de alcohol.

Estas cifras nos presentan dos realidades: que existe una baja percepción de los problemas que acarrea el consumo de alcohol entre los usuarios de los centros de salud y la necesidad de poner en marcha intervenciones pro-activas desde el sistema sanitario que permitan una prevención y detección precoz de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol.

A estos datos hay que añadir la preocupa-

ción por las exposiciones a alcohol de dos poblaciones vulnerables: los adolescentes y las mujeres embarazadas y lactando, sobre todo por la importancia que tiene para la salud de nuestros recién nacidos evitar de manera absoluta la exposición a cualquier tóxico.

Los estudios científicos nos señalan que no hay dosis segura de consumo de alcohol o tabaco (u otras drogas) durante el embarazo y la lactancia. Por tanto, con el Programa ARGOS-Murcia, esta Consejería pretende que las mujeres embarazadas y lactando tengan una exposición cero tanto a bebidas alcohólicas, como al tabaco y al resto de sustancias adictivas mediante la información motivada y el consejo de salud.

El análisis de situación nos muestra que, aunque esta realidad va experimentando una progresiva mejoría, todavía hay que seguir avanzando, ya que sabemos que:

El número de recién nacidos en la Región de Murcia es de unos 16.000 al año. La incidencia estimada de síndrome alcohólico fetal (SAF) es de 2 a 4 casos por cada 1.000 recién nacidos. Y de afectados con signos del espectro alcohólico fetal (ESAF) es del 1 al 2 por ciento.

La estimación en Murcia es de 32 a 64 niños al año con la forma severa de pre-



por los españoles y en la Región de Murcia es la droga que presenta una mayor prevalencia de consumo entre adolescentes de 14-18 años.

Los datos facilitados por el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia y el Observatorio Nacional sobre Drogas, en relación al consumo de alcohol en

población general y en población adolescente, justifican sobradamente la necesidad de intervención desde todos los recursos disponibles y, la práctica basada en la evidencia científica recomienda la conjugación de los recursos sanitarios, educativos y comunitarios disponibles.

Es relevante la intervención en la población adolescente debido a la alta prevalencia y al estilo de consumo que se está dando: el consumo juvenil se realiza sobre todo en fines de semana, en espacios públicos y, con la manifiesta motivación de divertirse, se busca intencionadamente la embriaguez; agravado por una gran tolerancia social y la escasa percepción de riesgo que su uso conlleva.

Los principales objetivos de ARGOS son ofrecer a los Equipos de Atención Primaria (EAP) formación básica sobre intervenciones eficaces en drogodependencias, posibilitando estudios de investigación, e implantar de manera progresiva en los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia un modelo de intervención integral en drogodependencias, que facilite intervenciones en prevención, detección precoz y tratamiento de los diferentes problemas asociados con el consumo de drogas, realizado en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y los recursos educativos y comunitarios de cada zona de salud.

El programa está basado en el Modelo de Promoción de la Salud y Socio-cognitivo que, siguiendo las directrices de la OMS (1986 Ottawa y 1997 Yakarta), se despliega transversalmente en la red de Atención Primaria y Especializada, atendiendo a la

necesidad de intervención temprana para la prevención del consumo de alcohol, detectadas en poblaciones vulnerables como son las mujeres embarazadas y lactando, adolescentes y adultos en riesgo de adic-

ción, que despliega acciones socio-sanitarias multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinares de alcance comunitario.

ARGOS-Murcia se empezó a gestar a finales de 2009 en la Consejería de Sanidad y Política Social, como un programa basado en la evidencia científica, avalado por el semFYC, desplegado a través del Servicio Murciano de Salud, que ha sido diseñado por la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, responsable del Plan Regional sobre Drogas de la C. A. de la Región de Murcia, dependiente de la Dirección de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, en colaboración con la Unidad de Proyectos Estratégicos de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, que está financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

De 2010 a 2013 se ha formado a 712 profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud (el 62 por ciento) y han participado, hasta la fecha, 57 centros de salud en alguna de las diferentes acciones (el cien por cien). Está previsto que se incorporen los 24 centros de salud restantes de manera integral al programa en diciembre de este año.

Por ello, el Programa ARGOS-Murcia ha sido reconocido con el Premio Reina Sofía contra la drogadicción 2011, en la modalidad a la Labor Social, recibiendo “mención especial” en la 20ª edición, por “la implicación e integración del médico y enfermero de primaria y facilitar su participación en la red que atiende a personas afectadas, favoreciendo la integración de las personas afectadas en el sistema público de salud”, que recibió D. Juan Ma-

nuel Ruiz Ros, director general de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, el día 6 de noviembre de 2012 en el Palacio de la Zarzuela de manos de la Reina Dña. Sofía.

Algunos datos que ya podemos ofrecer sobre el impacto del programa ARGOS-Murcia son muy esperanzadores:

- De 2010 a 2013 se ha formado a 712 profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud (62 por ciento).
- Un 89 por ciento de Centros de Salud convocados han participado en diferentes niveles de formación (51 CS de 57), (total CS en la región: 81).
- 1.798 usuarios han recibido consejo mediante el ensayo en las investigaciones (hasta diciembre de 2012).
- El cien por cien de los CS participan en la Campaña “Circuito usuarios de CS” (36 CS de las áreas de salud II, VIII, y VI), con 682.976 potenciales usuarios de los 36 CS de 16 municipios.
- Sobre la implantación Programa Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”, en cuanto a la aplicación de las unidades didácticas, en las Áreas de Salud II, VIII y VI: Han sido formados unos 3.000 adolescentes de 1º de ESO, el 83 por ciento de CS han participado en la formación de los alumnos que visitan la campaña (29 Centros de Salud de 35), el 46 por ciento de IES han formado a sus alumnos en el centro educativo(41 de 89 IES) y el 100 por ciento de Ayuntamientos coordinan las visitas (17 Ayuntamientos.).
- 61 por ciento de los IES de las Áreas de Salud II, VIII y VI han participado sus alumnos en el Concurso “Alcohol: conciencia con ciencia” (25 de IES sus alumnos concursaron de 41 que participaron en la formación).
- Se han atendido en la consulta específica a 977 mujeres embarazadas de alto riesgo. De ellas se han detectado 17 mujeres embarazadas politoxicómanas que han sido derivadas a atención psicológica para deshabituación.
- Ha disminuido un 13 por ciento de



manera significativa el número de mujeres que consumen algo de alcohol al inicio del embarazo (del 70 por ciento al 57 por ciento) desde 2010 a 2012.

- 95 por ciento de las embarazadas bebedoras abandonaron su consumo de alcohol tras consejo breve (consulta Pediatría medioambiental Hospital Arrixaca).
- Se aprecia una disminución global del consumo de alcohol en prácticamente en todas las categorías de consumo materno: Disminuye el consumo medio (g/d) en un 25 por ciento. Disminuye un 33 por ciento el número de bebedoras que ingieren más de 20 gr./día desde el inicio del Proyecto.
- Se ha mejorado el diagnóstico de niños con espectro alcohólico fetal (12 casos) al nacimiento [pasando de

1,8 casos/año -de 1998 a 2008- a 7 casos/año -2009 a 2012-] y enfermedad/malformación relacionada con la exposición a etanol (10 casos).

- A través de indicadores indirectos hospitalarios se va conociendo el impacto de la intervención preventiva, con una comparativa evolutiva de daños en recién nacidos debidos específicamente al consumo de alcohol de la madre (Cardiología pediátrica: Transposición de grandes vasos, Tetralogía de Fallot - tasa por nacimientos al año-, Comunicaciones interventriculares, Defectos atrioventriculares (CAV+DSAV); supervivencia de la duración de la lactancia materna completa e ingesta de alcohol; correlación (- 0.08, $p < 0.05$) entre el consumo de alcohol materno entre las bebedoras sociales y el perímetro cefálico al nacimiento; Evolución de la exposición a etanol, drogas ilegales y alcohol en las parejas embarazadas de alto riesgo; etc.).

De manera global, las acciones desarrolladas con Atención Primaria dentro del Programa ARGOS-Murcia han sido las siguientes:

- Acciones de formación de formadores para un médico y un enfermero por centro de salud.
- Formación de investigadores en consejo breve de salud sobre alcohol y metodología de investigación.
- Formación entre iguales: los sanitarios formados desarrollan sesiones formativas para sus compañeros de los Equipos de Atención Primaria.
- Participación de los sanitarios formados en el desarrollo de las siguientes tres líneas de investigación desde Atención Primaria:
 - Detección de consumo de alcohol en mujeres embarazadas e intervención motivacional breve para abstinencia de bebidas alcohólicas.
 - Detección precoz de consumos de riesgo en adolescentes e intervención motivacional breve para abstinencia de bebidas alcohólicas.
 - Estudio de prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en adultos.

- Impulso de la sistematización del consejo breve de salud sobre alcohol en entrevista motivacional a mujeres embarazadas y lactando, a adolescentes y a adultos en riesgo de abuso, en Atención Primaria.
- Campaña de verano "Sobre el alcohol, Consulta".
- Exposición de 10 carteles en Centros de Salud de la Campaña "Alcohol: conciencia con ciencia" para usuarios y distribución de dípticos informativos.
- Formación de profesionales de la salud en diferentes niveles, para la concienciación sobre la importancia de una intervención temprana en teratógenos y salud reproductiva, con especial énfasis en el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres embarazadas y madres en período de lactancia.
- Entrega de polidípticos informativos sobre los riesgos de la ingesta de cualquier cantidad de alcohol en el embarazo y lactancia a través de la canastilla del recién nacido que se entrega al salir del hospital Virgen de la Arrixaca.
- Programa educativo "Alcohol: Conciencia con ciencia" para alumnos de 1º de ESO.
- Concurso "Alcohol: Conciencia con ciencia" para alumnos de 1º de ESO.

En la proyección de futuro, el Programa ARGOS-Murcia, atendiendo a las necesidades que se van detectando, en 2013 amplía sus proyectos y actuaciones. Se está elaborando el Proyecto ARGOS-Infancia (con información y formación de Pediatría y Enfermería Pediátrica) para iniciar intervenciones preventivas con padres desde las revisiones del niño sano y el Proyecto ARGOS-Familia, con la propuesta de elaboración de un curso on-line para padres, además de ampliar la oferta formativa a los profesores de ESO dentro del ARGOS-Comunitario y desarrollar una campaña recordatorio para los profesionales sanitarios ya implicados en el Proyecto ARGOS-AP. También se trabaja en materiales multimedia para adolescentes y padres, y en la adaptación de las líneas de investigación de los sanitarios de AP a los pediatras ■



El Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales

Autor | Rodrigo Martín Hernández. Presidente del Colegio de Médicos de Santa Cruz Tenerife

Al leer el Anteproyecto, la primera impresión que se tiene es de asombro; después, se observa que sus autores no han tenido en cuenta la legislación vigente; y, finalmente, llegamos a la conclusión de que lo que se ha hecho ha sido una labor de copiar y pegar, intentando reflejar las opiniones de distintos asesores, que lo único que se nos ocurre que pueden tener en común es el desconocimiento y una gran desconfianza de la labor de los colegios profesionales.



Rodrigo Martín Hernández

Lo primero que destaca en el Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales es el intervencionismo brutal de la Administración. Desprecian la Ley Electoral a la que están sujetos los colegios, que es la misma que justifica a los políticos en sus cargos. Pretenden arrogarse la potestad de disolver las juntas directivas elegidas democráticamente con un simple informe desfavorable de la “Administración competente”. Quieren también tener un representante en las comisiones deontológicas, sin tener en cuenta que son la independencia, la pericia y la experiencia profesional lo que justifica a las personas que forman dichas comisiones.

Lo primero que destaca en el Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales es el intervencionismo de la Administración. Desprecian la Ley Electoral a la que están sujetos los colegios

Pero es esta misma obsesión intervencio-

nista la que les hace caer casi en el ridículo, pretendiendo regular por ley hasta el más mínimo detalle. Asuntos como es el caso de las contrataciones del personal, las compensaciones económicas de los cargos directivos o las incompatibilidades, temas más propios de un reglamento de régimen interno, o a lo más de los estatutos colegiales. Y al mismo tiempo que hacen esto nos obligan a autofinanciarnos, pero indicando cómo deben fijarse las cuotas...

Eso sí, nos adjudican una serie de competencias administrativas, desvinculándose de su financiación, que no sabemos si ca-

lificarlas de positivas, puesto que en teoría permiten que nos autorregulemos; o negativas, porque nos dicen cómo desarrollarlas de una manera tan detallista que dejan poco margen a la independencia colegial.

Los colegios profesionales son anteriores a la Constitución. Se crearon a partir de organizaciones provinciales, cada uno con sus particularidades propias, que confluyeron hacia una organización central donde se deciden las cuestiones que deben tener una repercusión en el ámbito estatal. Por esto es fundamental que la Ley establezca el principio de territorialidad, indicando que el médico debe colegiarse en donde tenga fijado su domicilio principal, pues de lo contrario atenderíamos incluso contra los principios de ahorro que justifican dicha Ley, puesto que el establecimiento de los controles y cooperación intercolegial encarecerían el proceso.



Por otro lado y dentro del apartado de transparencia, el Anteproyecto se excede en algunos aspectos concretos, como el que hace referencia a la obligación de que las cuentas anuales sean de dominio público a través de la ventanilla única. Es lógico que sean públicas para los colegiados que son los que financian su Colegio, pero no entendemos que una empresa privada tenga la obligación de exponer al público sus cuentas consolidadas ¿lo hacen los partidos políticos que sí cuentan con financiación pública?

Finalmente, los autores de la Ley demuestran su desconocimiento de la organización

Los autores de la Ley demuestran su desconocimiento de la organización de las corporaciones profesionales, puesto que tratan de obligar a que centralicen la mayoría de las normas

interna de las corporaciones profesionales, puesto que tratan de obligar a que centralicen la mayoría de las normas, hasta el punto de pretender que los estatutos e incluso reglamentos de régimen interno de cada Colegio provincial o autonómico se elaboren y aprueben por los órganos centrales, ignorando que en los últimos años la legislación y las costumbres nos han llevado a una descentralización autonómica. Todo esto sin perjuicio de que entendamos que algunos temas, como la deontología o

los regímenes disciplinarios, deberían ser los mismos para todo el territorio nacional.

En resumen, este Anteproyecto de Ley nos impone una serie de obligaciones, define determinados temas hasta extremos ridículos y nos obliga a costear los gastos, sin ni siquiera establecer el derecho de los cargos de los órganos de gobierno de los colegios a ausentarse de sus puestos de trabajo cuando lo desempeñan en el sector público, constrañendo por otro lado nuestra independencia organizativa. Limita la autonomía regional y provincial de la que hemos disfrutado hasta el momento, pretendiendo establecer una regulación totalmente cerrada, con escaso margen para el desarrollo estatutario y olvida que el legislador no tiene una libertad absoluta para establecer normas, pues si lo hace está cayendo en una desviación de poder ■



Por un nuevo modelo sanitario

Autor | Ignacio Para. Presidente de la Fundación Bamberg

Parece que ya sabemos qué pasa y qué es lo que hay que hacer. Ahora lo importante es saber el cómo. Sin embargo, las soluciones, el buen funcionamiento del sistema sanitario, no puede estar al albur de quien gobierna el país, el Ministerio de Sanidad, las autonomías o sus consejerías. Ni de quien gestione un servicio regional de salud, o un hospital o un centro de salud.



Ignacio Para

Quiero exponer brevemente el resultado de los trabajos desarrollados en la Fundación Bamberg con el fin de encontrar medidas de reforma de nuestro sistema sanitario que induzcan a la mejora y el mantenimiento de la salud de nuestra población.

El sistema sanitario no puede depender sólo del buenismo, ni de las buenas intenciones, ni siquiera de la mejor o peor profesionalidad de quien circunstancialmente lo gobierna en cada uno de sus estamentos.

Tenemos que definir un modelo sanitario, un sistema, que necesariamente induzca a la promoción de la salud, a que el ciudadano asuma su responsabilidad, a la realización de una Medicina preventiva, a optimizar la atención a los pacientes crónicos, a proporcionar a los ciudadanos una asistencia primaria de calidad, como cogestor de la salud de su población, e integrada con la asistencia especializada.

Un sistema sanitario que necesariamente induzca a mejorar la eficiencia y la eficacia de nuestras organizaciones sanitarias,

que proporcione una atención de calidad y una medicina de excelencia.

En definitiva, hay que ser bueno, pero ¿cómo lograrlo? Es en responder a esta pregunta en lo que hemos estado trabajando. Para ello hemos partido de cinco premisas principales:

- 1 No condicionarnos por si las medidas se ajustaban o no a determinadas leyes. Las leyes están para cumplirlas, sí. Pero también están para cambiarlas ya que las leyes deben estar al servicio de los ciudadanos.
- 2 Echar fuera los prejuicios y, por supuesto, los dogmatismos.
- 3 Tener en cuenta las múltiples opiniones vertidas por gran número de expertos en los actos de la Fundación.
- 4 Estudiar los numerosos informes aparecidos en estos últimos años sobre sostenibilidad y reformas de nuestro SNS.
- 5 Y, finalmente, aplicar el sentido común, la sensatez; de manera que

las medidas puedan ser compartidas por todos aquellos que quieran prescindir de dogmatismos o intereses inconfesables.

De esta manera, presentamos para el debate, ya en abril de 2011, coincidiendo con el 25 aniversario de la Ley General de Sanidad, nuestra propuesta de modelo de futuro de gestión de la salud. Desde entonces se ha debatido sobre bastantes de las medidas que el modelo contemplaba y algunas de ellas se han ido aplicando, como por ejemplo, avanzar en la universalización de la atención sanitaria.

El Gobierno actual del Partido Popular ha conseguido hacerla casi efectiva al amparar a los parados de larga duración y a otros grupos profesionales que no cotizaban a la Seguridad Social. Ha dado así un salto importante respecto a una situación injusta permitida por los gobiernos anteriores, incluidos los de Felipe González, Aznar y Zapatero, y que los sindicatos tampoco denunciaron.



Curiosamente el Ministerio presume, con razón, de que los parados de larga duración no tengan que pagar las recetas de medicamentos, ¡pero es que antes no tenían derecho ni siquiera a la tarjeta sanitaria!

Pero sin embargo, no ha resuelto la contradicción entre la universalización de la asistencia sanitaria a todos los españoles y su vinculación con las cotizaciones a la Seguridad Social, a pesar de que su financiación se realiza con cargo a los presupuestos generales del Estado, tal como contempla la Ley General de Sanidad.

Otro elemento para nosotros fundamental es la consideración de que la política de salud y la política sanitaria están por encima de la Sanidad pública y de la Sanidad privada.

La equidad no se consigue por la imposición de guías clínicas, ni de reglas de prescripción terapéutica, ni por la dotación de tecnologías. Hay y siempre habrá médicos

y centros mejores y peores. Por ello la equidad sólo se logra mediante la libre elección informada de médico y centro y la incentivación y premio de aquellos que son mejores.

Está claro que si no hay libertad de elección y tienes que ir forzosamente al hospital que te toque, no tienes la opción de acceder en condiciones de igualdad a los mejores profesionales, ni a los mejores tratamientos, ni a las mejores tecnologías.

La libertad de elección, que promovía nuestro modelo, se ha implantado de manera limitada en alguna comunidad autónoma, adoleciendo aún de un desarrollo de

la transparencia informativa y de las fórmulas adecuadas de reconocimiento y compensación.

En la Sanidad privada hay una aparente libertad de elección. Puedes elegir entre múltiples especialistas de toda España, pero, ¿con qué criterio? Las listas de especialistas de las aseguradoras sólo te ofrecen por especialidad y código postal. No hay más información.

Por eso, para que la libertad de elección sea efectiva, es necesario contar con información con la que ahora no contamos, información sobre los centros y los profesionales respecto a los servicios que ofrecen, actividades que desarrollan, recursos con los que cuentan y resultados en salud de cada área y patología.

Esta información es imprescindible para poder ejercer realmente la libertad de elección.

Los economistas sabemos que toda medida puede producir efectos adversos o que, medidas a corto plazo beneficiosas, a medio o largo plazo se pueden pervertir con resultados muy negativos no esperados por quienes las tomaron.

Por eso tenemos que hablar de reformas de nuestro sistema sanitario que vayan más allá de medidas puntuales, tomadas tratando de salvar una situación de apuro económico o de injusticia social.

No se ha resuelto la contradicción entre la universalización de la asistencia sanitaria a todos los españoles y su vinculación con las cotizaciones a la Seguridad Social

o de injusticia social. Tenemos que ir hacia una reforma integral del sistema.

Contamos con un conjunto de leyes nacionales que no se han desarrollado, y con incongruencias legales como

las antes expuestas respecto a la LGS. Además, tenemos un galimatías formado por leyes y disposiciones de las diferentes comunidades autónomas que hacen muy difícil y costoso el funcionamiento de nuestro sistema nacional de salud.



¿Es razonable que cada comunidad autónoma tenga una ley de derechos y deberes del ciudadano respecto a la salud? Evidentemente no. ¿Sería tan difícil que, cada vez que se prepare una ley sanitaria autonómica, se contemplara por esta Comisión de Sanidad, o por la del Senado, con el fin de ver si se puede extrapolar al resto del Estado? ¿No deberían las Cortes españolas, en el Congreso o en el Senado, a través de sus comisiones de Sanidad respectivas, tratar de consolidar esta profusión legislativa divergente proponiendo leyes nacionales que nos cubrieran a todos?

Dicho esto, voy a tratar de desarrollar nuestras propuestas para el desarrollo de un nuevo sistema sanitario para España con el que alcanzar los objetivos tan preciados de equidad, calidad, efectividad, eficiencia y sostenibilidad con excelencia en la práctica médica, farmacéutica y de la asistencia sanitaria.

La salud es un valor estratégico para un país y para una sociedad. Sin salud no hay economía, ni cultura, ni ciencia. Por ello, uno de los objetivos principales e irrenunciables del Estado debe ser el de procurar el bienestar y la salud de los ciudadanos. Para ello éste deberá promover la salud y la prevención de enfermedades, además de asegurar la atención sanitaria en términos de equidad y con la mayor calidad y eficacia posible para la prevención, curación y tratamiento de las enfermedades.

El alcance de estas actuaciones y prestaciones debe priorizarse en función de la capacidad de financiación disponible por el Estado para este objetivo. Es decir, en función del grado de riqueza alcanzado por una nación. Nadie puede vivir por encima de sus posibilidades, ni las naciones ni, las familias, ni las personas.

Pero no podemos olvidar que la salud es un bien primordial a salvaguardar, por encima de otras necesidades, y esto ha de te-

nerse en cuenta a la hora de repartir las disponibilidades financieras de la nación. En consecuencia, el sistema que nosotros proponemos para España contempla la cobertura universal de la atención sanitaria y su financiación mediante impuestos.

Es el Estado quien, mediante los recursos obtenidos a través de los impuestos, debe

asegurar servicios como la educación o la Sanidad, con el fin de conseguir una población culta y sana que sea así capaz de desarrollarse económica y socialmente. Para ello, debe establecer las reglas necesarias para la ga-

rantía de la salud pública y la correcta prestación de los servicios de los centros sanitarios independientemente de que sean estos públicos o privados.

A la hora de atender estas necesidades, lo importante no estará en si la provisión de los servicios sanitarios ha de ser más pública o privada, sino si podrá garantizar que los ciudadanos puedan gozar de una asistencia sanitaria gratuita de la máxima calidad, independientemente de quien la preste.

Por ello proponemos pasar de un modelo estatista, funcional y muy politizado, como el actual, a un modelo autogestionable en el que los profesionales sean los protagonistas, tanto gestores como médicos, enfermeros y farmacéuticos, y donde el ciudadano pueda acceder a los mejores servicios, eligiendo libremente en un entorno de transparencia informativa sin tener que depender obligatoriamente del centro que le toque. Esa es la manera de garantizar la verdadera equidad y accesibilidad.

Queremos un modelo donde la autoridad sanitaria controle que tanto los centros públicos como los privados, provean el máximo nivel de información y transparencia. Donde se cuente con todos los recursos, públicos o privados, que puedan contribuir de la manera más eficaz y eficiente a la mejora de la salud de los ciudadanos.

El sistema sanitario que proponemos para el futuro contempla y conjuga la planificación con la libre competencia, y ésta con la necesaria regulación y transparencia.

El Estado debe garantizar los servicios pero no necesariamente producirlos, ni sobreproteger a quienes los producen, sino crear las condiciones para que se desarrollen las iniciativas y decisiones personales. Defender las iniciativas personales es defender la creatividad, la innovación y el progreso.

Para garantizar esto, es necesario proteger, mediante la oportuna regulación, ese entorno de libertad y competencia ante posibles situaciones de privilegio que se puedan asentar de manera permanente. Las situaciones de monopolio, en mayor o menor grado, son indeseables pues cercenan la competitividad y, por tanto, la creatividad y la innovación y, por todo ello, el tejido industrial.

En nuestro modelo proponemos, diferenciar la financiación de la Sanidad, con cargo a los presupuestos generales del Estado, de lo que es el aseguramiento de la asistencia sanitaria, que debe cubrir a todos los españoles con una prestación sanitaria de la mayor calidad, y de

lo que es la prestación o provisión de estos servicios.

La separación de la financiación, aseguramiento y provisión requerirá una apuesta clara, valiente y decidida de remodelación

Proponemos pasar de un modelo estatista, funcional y muy politizado, como el actual, a un modelo autogestionable en el que los profesionales sean los protagonistas

La libertad de elección, la competitividad y la interfabricación promoverán que las Entidades de Gestión Sanitaria (EGS) desarrollen sus servicios con la mayor calidad posible

del sistema, implicando un gran consenso entre las partes afectadas, apostando por un verdadero Pacto para y por la Sanidad, para y por el ciudadano, que exigirá un cambio importante en el ordenamiento actual.

La financiación al estar dirigida a pagar directamente las primas del aseguramiento a la población será así necesariamente finalista, y no se destinará a formar parte de los presupuestos de las comunidades autónomas.

Proponemos así, el establecimiento de un ente asegurador público que asegure para toda la población española la cartera de prestaciones sanitarias. La determinación de la prima se realizaría en función de la geo-demografía y de los riesgos y grado de morbilidad de la población.

Con el fin de que el cálculo de esta prima no esté sometido a intereses partidistas y responda a una realidad, sería deseable permitir la concurrencia de aseguradoras privadas que se comprometan a prestar los servicios asegurados o más, a una prima equivalente o menor. De esta manera se introduce un componente de competitividad que promovería eficiencia, innovación y mayor calidad.

Aunque es la aseguradora estatal y, en su caso las privadas homologadas, las que pagan a los centros proveedores, son las CC.AA. las que tienen que planificar las áreas sanitarias que gestionarán las Entidades de Gestión Sanitaria Sanitaria (EGS) y son las CC.AA. las que deben controlar que la provisión de los servicios sanitarios se realice con arreglo a los niveles de calidad y eficacia demandados, de acuerdo con la cobertura del aseguramiento del Estado, además de ejercer el resto de competencias sanitarias.

El modelo plantea la concertación de la asistencia sanitaria de las áreas de salud a Entidades Gestoras Sanitarias (EGS) públicas o privadas, integradas por hospitales y centros de salud, auto-gestionadas y conformadas por el conjunto de centros asistenciales necesarios para ello. El pago a estas entidades sería capitativo por la po-



blación de su área con tarjeta sanitaria del ente público y no por la actividad desarrollada. El pago de esta cápita se realizaría por la aseguradora estatal. Así, el dinero del Estado va directamente a los centros proveedores asistenciales. No pasa por las consejerías.

Los ciudadanos (que son los asegurados) son los decidirían libremente a qué aseguradora quieren pertenecer, a la pública estatal o a alguna de las concertadas con el Estado. Por ello el Estado pagaría a cada asegurado la prima correspondiente a la suma de ciudadanos que la hubieran elegido.

Los ciudadanos que optaran por la asegu-

radora pública podrían acceder a cualquier centro de cualquier Entidad de Gestión Sanitaria (EGS) de cualquier punto de España. Como esto supone la libertad de elección en todo el territorio nacional, si un centro atendiera a un ciudadano de otro área de salud, se produciría una interfacturación contra el hospital o centro de referencia que cuenta entre su población al ciudadano atendido. Los que optaran por una aseguradora concertada serían libres de elegir los centros y profesionales que desearan que le atendieran, entre los proveedores concertados con la misma.

El aseguramiento de la población a un tercero, público o privado, significa que el asegurador asume el riesgo del mayor o menor gasto y, por ello, induce a que se preocupe por que la asistencia sanitaria sea lo más proactiva en la preservación de la salud y la prevención de las enfermedades.

El mismo efecto lo tiene el pago capitativo a las EGS al transferirles a ellas el riesgo. Cuanto más saludable esté la población, menos usará los recursos, con los que los costes serán menores y, además, habrá capacidad cesante para poder atender a otros pacientes de otras áreas y así incrementar sus ingresos.

La libertad de elección, la competitividad y la interfacturación promoverán que las Entidades de Gestión Sanitaria (EGS) desarrollen sus servicios con la mayor calidad posible con el fin de que sus pacientes, los de la población asignada, no se vayan a otros hospitales o a otras áreas a tratarse, pues recibirían la facturación desde los otros centros por la actividad prestada a sus pacientes, lo que resultaría más caro que la cápita recibida ■

Nota

Este artículo es un extracto de la comparecencia del firmante ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados (Subcomisión para el Análisis de los Problemas Estructurales del Sistema Sanitario) pronunciada el pasado 26 de junio.



la formación



Un déficit en la educación del médico: en habilidades

La formación del médico aprueba en conocimientos teóricos, pero suspende en habilidades prácticas. Pese a que Bolonia tiene como objetivo el conseguir que la educación superior no se base sólo en el conocimiento científico, tanto expertos como alumnos tienen claro que su implantación no ha sido un éxito, y que áreas muy necesarias para la práctica clínica diaria, como la comunicación, la gestión, o incluso la investigación, siguen siendo deficitarias en las facultades de Medicina españolas.

Texto  Silvia C. Carpallo



REPORTAJE DE PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades

La formación en Medicina en las facultades españolas es buena, satisfactoria, aceptable, o quizás cualquier otro sinónimo. Cierto, pero es suficiente? Los tiempos y las necesidades cambian, pero tanto la Sanidad como la Educación son “monstruos” que tienden a moverse más lentamente.

La realidad clínica nos sorprende día a día con mejoras en la tecnología y en los tratamientos, pero también asombra ese nuevo paciente del s. XXI, que lejos de conformarse con una relación paternalista con su médico busca muchas más respuestas. La comunicación, la habilidad en nuevas tecnologías como la telemedicina, y sobre todo, la ges-

La Orden ECI/332/2008 recoge algunos aspectos de la formación del médico, como comunicarse de modo efectivo y claro o la necesidad de formar en Salud pública y sistemas de salud

ción clínica, en un ámbito en el que la palabra “sostenibilidad” suena todos los días, entre otras, se han convertido en asignaturas de obligado conocimiento. Sin embargo, si todo el mundo parece estar de acuerdo en que, en término teóricos, la formación del médico aprueba, la duda se siembra cuando hablamos de estas cuestiones más prácticas. Hay áreas en las que los propios profesionales son conscientes de sus deficiencias.

En medio de todo esto, Bolonia, que de hecho coincide en el objetivo de conseguir que los alumnos salgan mejor formados en un nivel más práctico. ¿Pero hemos sabido

adaptar esta idea en la educación superior española?

Bolonia y marco legal

Como bien se sabe, una cosa es la teoría, y otra la práctica. Si la legislación y el Espacio Europeo de Educación Superior establecen una serie de créditos más prácticos, no todos los planes de estudio han sabido adaptarlos. Teniendo en cuenta, además, que dichos planes en las distintas facultades distan mucho unos de otros, resulta difícil evaluar si España aprueba en el terreno práctico de la educación médica. Sobre esta cuestión, Ricardo Rigual, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDFM), recuerda que “todos los planes de estudio actuales en las facultades de Medicina españolas deben conseguir que el médico que termina su periodo de grado haya alcanzado un listado de

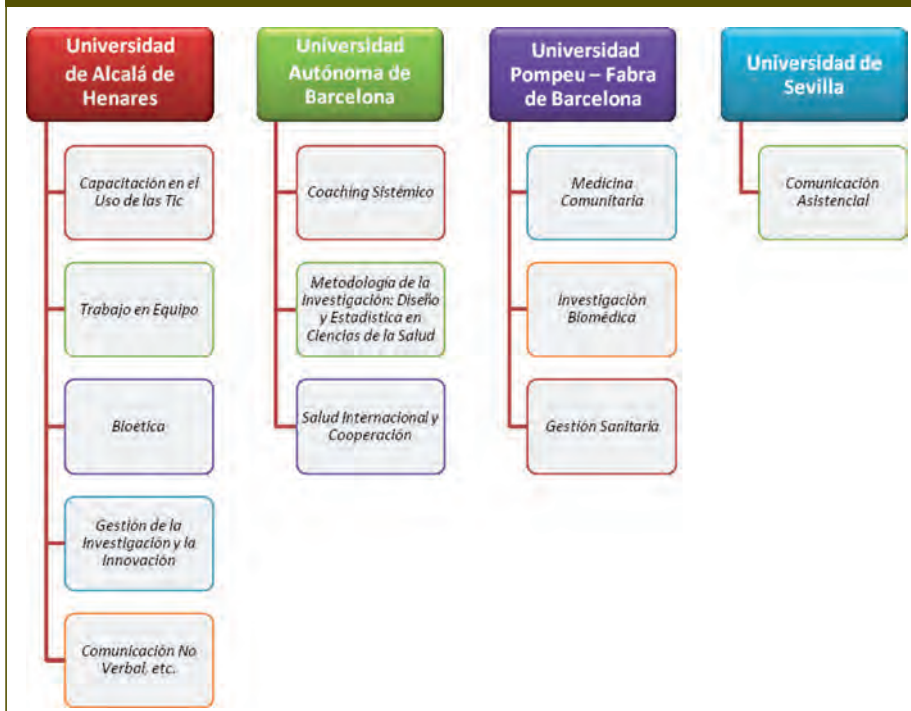


competencias básicas. Otro asunto es cómo se ha estructurado el currículo en las distintas facultades para lograrlo”.

De hecho, según establece la Orden ECI/332/2008, publicada en el BOE de 15/02/2008, entre las competencias específicas que deben de adquirir los estudiantes de Medicina, además de valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos; fundamentos científicos de la Medicina y habilidades clínicas, destaca también habilidades de comunicación, tal y como señalaba Rigual. Así, esta Orden menciona algunos aspectos como el escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información; el redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros; comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma



Tabla 1. Ejemplo asignaturas de formación en habilidades en facultades de Medicina



Como consecuencia de esta Orden ECI/332/2008 y para adecuarse a los requisitos de Bolonia, todas las universidades han incluido en sus planes de estudios de la carrera de Medicina asignaturas que complementaban los programas de estudios tradicionales con asignaturas de libre configuración y de contenido transversal en muchos casos. Sirva como ejemplo las asignaturas ofertadas por las facultades de Medicina de prestigiosas universidades a nivel nacional

oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales; y por último, establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales. Igualmente, este apartado incluye la necesidad de formar en Salud Pública y Sistemas de Salud, el aprendizaje del buen manejo de la información, y la obtención de conocimientos para poder realizar análisis crítico e investigación.

Pilar Rodríguez Ledo, co-directora cátedra de Educación Médica USC-SEMG, considera que estas habilidades sí son una realidad en las universidades europeas, donde se inició un proceso de transformación profundo, incorporándose teorías de psicología educativa, el aprendizaje integrado y el cambio de la enseñanza como proceso

pasivo, al aprendizaje como proceso activo del discente. Es por ello, que en estas facultades de Medicina, por ejemplo, la Medicina de Familia -especialidad de Rodríguez Ledo- se desarrolla como una formación nuclear a lo largo de todo el grado, tanto con asignaturas específicas, como con otras transversales e integradas.

La cuestión es si la Universidad española converge o no con el resto de Europa en este aspecto, ya que existen ciertos problemas y resistencias. Rodríguez Ledo, por su parte, observa “un desfase entre la realidad de los servicios de salud, y el reconocimiento académico, que viene condicionado por la propia idiosincrasia de la universidad española”.

Más concretamente, y en el marco del curso de verano de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM, Ricardo Rigual declaraba que “se han evidenciado algunas



REPORTAJE DE PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades

fortalezas, como que el nuevo plan contempla una mayor orientación clínica y más habilidades prácticas y menos clases teóricas, pero también ciertos problemas”. Estos serían algunos como que el descenso de presupuesto complica que se puedan atender nuevas metodologías; la incorporación tardía de los alumnos al primer curso y la simultaneidad de planes de estudio; las dificultades de movilidad; el incremento en el volumen de alumnos; el reconocimiento de materias básicas de rama y la renovación y formación de profesores preclínicos. En este contexto, Rigual subrayaba que “la formación en Educa-

ción Médica es deficitaria, el profesorado ve la docencia como una carga, con algunas excepciones en ciertas tareas investigadoras”. Así pues, el presidente de la CNDFM insistía en que para equilibrar este problema era necesario dar pasos como rebajar el *numerus clausus*, o contratar más profesores formados para la implantación de los nuevos planes de estudio. Pero estas soluciones aún están lejos de llegar.

Una carencia real

Comunicación, Economía, Bioética, Derecho sanitario, Gestión... Esas son algunas de las carencias que los diferentes expertos señalan como puntos débiles de la actual formación del médico, pese a todos los esfuerzos. Pero hay mucho por concretar, y por ello EL MÉDICO ha querido preguntar a las diferentes partes implicadas. Entre ellos destaca Óscar Gorría, vocal de médicos en formación de la Organización Médica Colegial, que echa en falta “más formación en conocimientos humanistas de la Medicina, el conocer la dimensión social de la enfermedad y la salud”, aunque en su opinión donde las facultades de Medicina deberían “implicarse con mayor ahínco” es en la práctica asistencial en los rotatorios de los hospitales universitarios.

Precisamente, respecto a esa carencia en

una dimensión más social y global de la enfermedad, es donde coinciden varios de los entrevistados. “Las mayores deficiencias recaen en la formación generalista, en todas aquellas áreas que requieren la adquisición de habilidades prácticas y la integración de conocimientos, para su aplicación a las situaciones o supuestos reales”, es el punto de vista de Pilar Rodríguez Ledo. “Sería necesario prestar espe-

cial atención a áreas comunes para cualquier especialidad tales como la comunicación, la entrevista clínica, la bioética, la seguridad del paciente, la gestión y la investigación, pero primordialmente a la atención integral del paciente e integrada desde una vertiente bio-psico-social”.

De una opinión similar es Higinio Flores Tirado, director adjunto de la cátedra UCA-SEMG, que defiende la necesidad de un extra en la formación que ya de por sí ofrecen las propias facultades. “La actual coyuntura social y económica ha provocado una serie de transformaciones en el mercado laboral, hasta el punto de que muchos recién licenciados optan por la especialización formativa como elemento diferenciador de su currículo”. En este sentido cree que la principal carencia de los estudiantes de Medicina está en que no se realiza suficiente énfasis en el abordaje multidisciplinar del paciente, así como en su trabajo dentro de un equipo de especialistas.

Por último, Jesús Millán, director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense, hace un inciso y recuerda que hay un tercer grupo de competencias que se deben considerar

en los planes de estudio, y que están relacionadas con el médico como docente y el médico como investigador. Igualmente, cabe tener en cuenta, que como formación complementaria, el médico necesita tener claro muchos conocimientos sobre gestión sanitaria, o incluso sobre el marco legal de su profesión, que le ayuden a solventar situaciones, con las que muy seguramente vaya a encontrarse en su día a día.

La visión de los estudiantes

Desde luego, los que sí que tienen mucho que decir en este asunto son los propios alumnos, que son los que deberán enfrentarse a la práctica clínica sin contar con todas las herramientas. Enrique Lázaro, presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), ve primordial que la educación médica de las universidades se adecue a la sociedad en la que está inmersa. Precisamente por ello, una de las principales carencias la observa en los conocimientos necesarios para la atención del paciente crónico, así como en aprender a tratar adecuadamente la fase final de vida, de manera que el estudiante de Medicina aprenda a verla como un proceso natural.

Coincidiendo también con las opiniones de anteriores expertos, Lázaro vuelve a men-

Expertos consideran que las cátedras son el intento de aportar el enlace del mundo académico con el mundo laboral de los futuros profesionales, completando de este modo esa vertiente teórica recibida en la facultad, con la formación más práctica

cionar que otra serie de habilidades como la comunicativa, las habilidades sociales, las habilidades clínicas prácticas, la ética y las habilidades de gestión de recursos, que actualmente quedan en un segundo plano en las facultades españolas, “y en algunas ocasiones, en un plano inexistente”. Así explica que “el estudiante no recibe formación suficiente en estos campos y debemos autoformarnos o formarnos posteriormente en la residencia”. Recuerda también que “hay carencias en las habilidades clínicas prácticas. La

mayoría de estudiantes salimos de la facultad sin saber hacer con soltura muchos procesos técnicos, como hacer una paracentesis, o algo mucho más simple como poner puntos en una herida”.

Una inversión de tiempo y dinero

En cuanto a cómo están estructurados estos contenidos, Ricardo Rigual insiste en que la formación en competencias de procedimientos básicos, de comunicación con el paciente, en la formación científica y en nuevas tecnologías y recursos para la información, debe ser obligatoria según indica las directrices para la elaboración de los nuevos planes de estudios. “Otro asunto es si se debe impartir en asignaturas individualizadas o integradas en otras materias obligatorias, y si es aconsejable la oferta de otras asignaturas optativas en las que se estudien estos aspectos con mayor profundidad”.

La realidad es que la mayoría de los citados contenidos son reforzados, si no durante el grado sí durante el periodo de formación especializada, mediante la práctica clínica diaria. Aun así, proliferan los cursos específicos, masters y cátedras en los que tanto alumnos de Medicina como postgraduados pueden completar esta formación, aún deficitaria en las facultades. De este aspecto se queja de nuevo Lázaro, presidente de CEEM, “la gran parte de ellos son para médicos, no para estudiantes de Medicina. Los cursos de formación complementaria para estudiantes son escasos, por no decir nulos, somos los propios estudiantes los que organizamos y nos movilizamos en este aspecto”.

Lázaro critica que al estudiante, el hecho de buscar este tipo de formación fuera de la facultad, le supone una inversión de tiempo, pero sobre todo de dinero. “Los propios estudiantes somos conscientes de ello, y organizamos eventos a bajo precio, con la intención de que esto no suponga un impedimento. Sin embargo, reconoce que lo ideal sería que estos cursos fueran potenciados desde la propia Universidad, y de hecho, muchos de ellos sí que cuentan con este reconocimiento oficial de la Universidad, gracias a lo cual los estudiantes pue-

den cambiar créditos de libre disposición, a cambio de hacer estos cursos, o gozan de ayuda económica para su realización.

La evaluación de la formación práctica

Pese a todas estas problemáticas, en el día a día, los estudiantes de Medicina se ven más presionados por los propios exá-

menes, que por las futuras necesidades de su vida profesional. El vocal de médicos en formación de la OMC, Óscar Gorría, considera que la obsesión por la preparación del examen MIR es creciente. “Los programas formativos se están centrando en demasía en obtener una buena calificación en la prueba de acceso a la formación sanitaria especializada, más





REPORTAJE DE PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades

Tabla 2: Algunas de las cátedras existentes en España sobre formación en habilidades

Temática	Universidad	Patrocinador
Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento	Universidad de Málaga	Janseen-Cilag
Economía de la Salud	Universidad Pablo de Olavide	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
Medicina de Familia y Economía de la Salud	Universidad Pompeu de Fabra	SEMG y Grünenthal Pharma
Gestión Clínica		Fundación Pfizer
Gestión e Innovación Sanitaria	Universidad Rey Juan Carlos	Janssen-Cilag
Docencia e Investigación en Atención Primaria	Universidad de Cádiz	SEMG
Telemedicina	Universidad de La Laguna	Cátedra UNESCO patrocinada por Telefónica
Gestión Sanitaria y Economía de la Salud	Universidad Autónoma de Madrid	ASISA
Educación Médica	Universidad Complutense de Madrid	Fundación Lilly
Estilos de vida y comunicación en salud	Universidad de Zaragoza	SEMG y Pfizer
Docencia e Investigación en Medicina de Familia	Universidad Autónoma de Barcelona	Novartis
Investigación (Cátedra Antonio Chamorro)	Universidad de Granada	
Diagnóstico e Innovación	Universidad Complutense de Madrid	Roche Diagnostics
Educación Médica	Universidad Santiago de Compostela	SEMG
Gestión Clínica	Universidad Católica de Murcia	

que en adquirir con firmeza conocimientos médicos prácticos y teóricos”.

Ante esta obsesión por el examen MIR, cabe preguntarse si es mejor verlo como un problema o como una oportunidad. Es decir, aprovechar para incluir elementos más prácticos en el examen MIR, de manera que se preste más atención a los mismos durante la universidad. Enrique Lázaro reconoce que es

un tema a debatir, pero no termina de creer que sea el mejor camino. “Si miramos la evolución del examen MIR en los últimos años, se han ido introduciendo una serie de medidas (casos clínicos, imágenes,...) con la finalidad de intentar evaluar algo más que el contenido teórico. Poco a poco, se ha ido avanzando en este terreno, pero a día de hoy el MIR continúa siendo un examen mayoritariamente teórico”. El porqué de que esto

sea así, lo deja claro: existen muchas más dificultades para evaluar las habilidades prácticas que los conocimientos teóricos.

La segunda reflexión acerca de un MIR más práctico la plantea él mismo: “¿Actualmente, todos los estudiantes serían capaces de afrontar un examen potencialmente práctico? ¿Salimos los estudiantes capacitados para un examen de habilidades clínicas prácticas? En mi opinión no, y creo que antes de hacer este cambio en el MIR, deberíamos mejorar la formación que se da en las universidades, como he comentado anteriormente”.

Dejando de mirar hacia el futuro, y centrándonos en la actualidad, la prueba que realmente evalúa estas habilidades es la “Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada”, más conocida como prueba ECOE, que de forma general es el método de evaluación que utilizan los nuevos planes de estudio para valorar este tipo de competencias. “Esto nos da una idea de la importancia que se atribuye a este tipo de competencias, que en



los planes anteriores no tenían tanta consideración”, explica de nuevo Ricardo Rigual. A este respecto añade que “en lo que estamos muy interesados, y hemos logrado un acuerdo en la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina, es en realizar una ECOE homologada según una serie de criterios en todas las facultades al final de del grado. Esta prueba, además de garantizar la formación en algunas de estas habilidades, podría ser útil para otros objetivos, si otras instituciones así lo consideran.”

Las cátedras de Medicina

Mientras se decide si los planes de estudios en Medicina abogan o no por el cambio, la oferta en cátedras de formación para los médicos mediante convenios entre universidades y laboratorios farmacéuticos, sociedades médicas u otros entes empresariales, prolifera en España, como una verdadera alternativa.

Pilar Rodríguez Ledo cree que las cátedras son el intento de aportar el enlace del

mundo académico con el mundo laboral de los futuros profesionales, completando de este modo esa vertiente teórica recibida en la facultad, con la formación más práctica. Coincide de nuevo con esta opinión Higinio Flores que considera que “las cátedras constituyen una oportunidad inmejorable para acercar a los estudiantes de Medicina a aquellos aspectos prácticos de los que adolece la formación en las facultades en este momento, y por tanto, las veo como un

complemento perfecto de la formación de pregrado”. Ambos recuerdan que en colaboración con la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) existen en este momento seis cátedras que por antigüedad son: Santiago de Compostela, Zara-

goza, Cádiz, Pompeu Fabra, Granada y Murcia, además de alguna más que se encuentra en tramitación.

Conocer el entorno sanitario y hospitalario en el que se engloba el trabajo del médico, las claves de la gestión de estos centros, y la potenciación de las habilidades personales son las áreas más demandadas por los profesionales

versidad Complutense, que está colaborando, entre otras actividades, en el proyecto de la ECOE homologada.

Precisamente, el director de dicha cátedra, Jesús Millán, analiza que tanto las cátedras

Incluso el presidente de la CNDFM reconoce que las cátedras están siendo muy útiles para aquellas facultades donde se ubican, “pero también están haciendo una labor muy importante colaborando con la Conferencia de Decanos”. Destaca entre ellas la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Uni-





REPORTAJE DE PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades

como los departamentos o unidades de Educación Médica tienen esa misión, la de contribuir a la implantación de las mejores prácticas docentes, a través del estudio de las mismas, de propuestas concretas y de ayuda a la implantación. “Se convierten, por tanto, en instrumentos para el análisis, la recomendación y el desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje de la Medicina buscando la mejora continua de la calidad”.

Cursos de formación

Otra opción especialmente valorada por los alumnos son los cursos de formación, que aportan una importante y variada oferta a la hora de complementar los conocimientos académicos. En este sentido, desde hace más de cinco años Grupo SANED desarrolla cursos de formación en habilidades tanto en el área inter/intrapersonal como gerencial dirigidos a profesionales sanitarios. En este último campo, recientemente se ha llevado a cabo el programa de formación “Habilidades gerenciales en el ámbito sanitario” para especialistas en Neumología con el aval de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Otra actividad a destacar impulsada por Grupo SANED ha sido el “Programa Especializado en Gestión de Servicios y Unidades de Oncología Médica”, en este caso con el auspicio de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Roberto Ferrandiz Gomis, colaborador de Grupo SANED, experto en gestión y coordinador académico de la Cátedra de Gestión Clínica de la Universidad Católica de Murcia, valora que, en términos generales, “los temas más demandados tienen que ver con tres grandes áreas, que son conocer el entorno sanitario y hospitalario en el que se engloba el trabajo del médico; las claves de la gestión de estos centros; y la potenciación de las habilidades personales, como la gestión de equipo, la comunicación, el liderazgo etc.”. Pese a ello, la principal carencia, como experto en gestión, la ve en que “los planes de estudio de las facultades, por lo general, no dedican ni una hora a la gestión clínica”, criticando que “la parte más dramática de esto es que no se resuelve. El sistema sigue pidiendo profesionales formados en gestión,

pero no lidera esta formación”. Aún así, sí que valora especialmente la dedicación de los propios profesionales, en cuanto a su formación. “Los médicos que asisten a los cursos ya han dado el primer paso necesario, que es reconocer la necesidad de acceder a una formación en gestión, que además de herramientas, contenidos, comparten la visión desde otra perspectiva, como es la de los gestores. Esto es admirable”.

Aporta también su visión al respecto Sergio Alonso, director in Company del Área de Executive Education de ESIC Business & Marketing School, que en conjunto con el Grupo SANED, lleva realizando cursos de formación a medida para el colectivo médico, así como para profesionales del laboratorio farmacéutico y de oficina de farmacia, durante más de cinco años. “Aunque en las diferentes facultades de Medicina existe una mayor preocupación por el ámbito social y relacional con el paciente, y se traduce en nuevas asignaturas obligatorias con sus correspondientes créditos, los alumnos requieren mayor profundidad”. De hecho, según aporta el experto, es un hecho que han podido constatar “a través de las evaluaciones de formación que entregamos en cada uno de nuestros programas de formación a medida en el sector sanitario”.

Estos cursos en concreto, dedicados especialmente a los profesionales sanitarios, se dividen en dos áreas. Por un lado, estarían los enfocados hacia el rol del médico como gestor de personas, donde, según Alonso, se imparten cursos relacionados con temas como liderazgo, trabajo en equipo, gestión de conflictos, inteligencia emocional, oratoria y presentaciones, aspectos de gestión y financieros, etc. Igualmente, se dedicarían también a otra parcela, como es la del rol del médico como comunicador. Aquí se impartirían materias relacionadas con las habilidades de comunicación médico-paciente-familiares, relacionadas con temas como la adhesión al tratamiento, o la comunicación de malas noticias.

No son las únicas parcelas en las que Grupo SANED ha volcado sus esfuerzos en formación en habilidades. También, junto con Asjusa, se imparten cursos relaciona-

dos con cuestiones de Derecho Sanitario, otra área de especial interés para el colectivo médico, que cada día cobra mayor importancia en su práctica diaria. Javier Moreno Alemán, presidente ejecutivo de Asjusa, explica que “en concreto, junto con el GrupoSANED, hemos desarrollado de manera específica cursos de formación para médicos, muy adaptados a sus necesidades reales, como por ejemplo, un curso específico de Gestión del Riesgo Legal en Medicina de Urgencias, cursos dirigidos a especialistas en Medicina Interna, en Cardiología, en Ginecología y Obstetricia, etc, en distintos módulos, profundizando en la responsabilidad profesional, en el trabajo en equipo, en la información y consentimiento, así como en la documentación clínica de manera específica”. No son los únicos, ya que más recientemente se ha realizado también una formación sobre “Derechos de los Médicos”, en el que en los distintos módulos se analizan los derechos que asisten al facultativo durante todo el proceso asistencial. Todos ellos desarrollados en EL MÉDICO INTERACTIVO.

En cuanto a la percepción de la carencia de estas habilidades en el entorno universitario, Moreno declara que, en ocasiones, “los alumnos nos trasladan su falta de formación en las mismas y la necesidad imperiosa de obtenerla”. De hecho, comenta que “es llamativo ver cómo en las jornadas de acogida de nuevos residentes, que se celebran cada año en los hospitales universitarios, encuentras salones de actos llenos de recién licenciados que se enfrentan por primera vez a la responsabilidad legal de su profesión, despertando un gran interés los aspectos jurídicos, bien por no haber concedido en el ámbito académico la importancia que esta materia puede tener o bien porque el programa formativo de la universidad, en ocasiones, no da respuesta práctica a todas las dudas que se le pueden plantear a partir de ese momento”.

Pese a lo que se pueda pensar, la formación en habilidades no está ni mucho menos dedicada en exclusiva a recién licenciados, y es que no hay que olvidar que una de las cuestiones básicas dentro de la Medicina es la necesidad de formación

continuada. Por ello, el presidente de Asjusa recuerda que “los cursos se dirigen a todos los médicos y el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el sector, si bien es necesario ir segmentando la formación jurídica por niveles asistenciales, especialidades y categorías profesionales, para que logren una plena eficacia y tengan ese componente de utilidad práctica que buscamos”.

La oferta, por tanto, es variada, y está al alcance de todo tipo de profesionales sanitarios, solo queda por resolver si esta formación en habilidades debe seguir siendo una cuestión a solventar por el propio médico o, si por el contrario, debe ser una cuestión a la que deben de prestar más atención las propias Administraciones ■

Documentación y fuentes

1. BOE 15/02/2008.
2. Entrevista con Ricardo Rigual, presidente CNDFM.
3. Entrevista con Enrique Lázaro, presidente CEEM.
4. Entrevista con Oscar Gorría, vocal de formación OMC.
5. Entrevista con Pilar Rodríguez Ledo, co-directora cátedra de Educación Médica USC-SEMG.
6. Entrevista con Higinio Flores Tirado, director adjunto de la cátedra UCA-SEMG.
7. Entrevista con Jesús Millán, director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad.
8. Entrevista con Sergio Alonso, director in Company del área de Executive Education de ESIC.
9. Entrevista con Javier Moreno Alemán, presidente ejecutivo de Asjusa.
10. Entrevista con Roberto Ferrandiz Gomis, experto en gestión y coordinador académico de la Cátedra de Gestión Clínica de la Universidad Católica de Murcia.
11. Cursos de Verano de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM.
12. EL MÉDICO INTERACTIVO.







El Sistema Nacional de Salud

precisa de cambios organizativos
y estructurales para ser sostenible,
entre otros, trasladar responsabilidad,
autonomía y riesgo a los profesionales

Antonio Sáez Aguado

Consejero de Sanidad de Castilla y León

Texto y fotos | Ana Montero



ENTREVISTA

Antonio Sáez Aguado

“El Sistema Nacional de Salud precisa de cambios organizativos y estructurales para ser sostenible, entre otros, trasladar responsabilidad, autonomía y riesgo a los profesionales”

¿Cómo valora el panorama sanitario actual? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? ¿A qué retos nos enfrentamos?

Lo más relevante es que el Sistema Nacional de Salud ha soportado momentos de crisis y, aunque se han producido medidas de ajuste, no ha habido grandes pasos atrás. El núcleo fundamental de la Sanidad pública, y también el modelo, se mantienen y, por tanto, esa es una de las mejores noticias que podemos tener. Asimismo, las propias consecuencias de la crisis han abierto debates importantes, por un lado, el que tiene que ver con su sostenibilidad, aunque éste sea un problema estructural; por otro, el relativo al modelo, a raíz de ciertas iniciativas pretendidas por algunas comunidades autónomas sobre el debate de gestión pública-gestión privada; y, por último, el referente a la financiación de la Sanidad pública, ya que, dentro del modelo de financiación autonómica, la crisis ha incrementado la percepción de que dicho modelo no es suficiente para la Sanidad. Por otra parte, es necesario avanzar en los sistemas de información, ya que los que tenemos son muy poco consistentes, de hecho, no tiene sentido que la Ley General de Sanidad se aprobara hace más de 25 años y que el contenido compatible de la tarjeta sanitaria haya sido una realidad hace menos de un mes; también en la evaluación de tecnologías sanitarias... Como fortalezas, existen numerosos ejemplos que demuestran el éxito del SNS, entre otros, el sistema de formación de especialistas y el Sistema Nacional de Trasplantes, donde no hay conflicto de competencias y donde hay servicios comunes y compartidos, y, en este sentido, éste podría ser un camino de referencia.

Al hilo, ¿por dónde tendría que ir el modelo de financiación para que fuera suficiente?

En un contexto en el que la actual situación económica del país no permite incor-



porar financiación adicional, y aunque tampoco es el mejor momento para modificar el modelo, algunos apuestan por una financiación finalista de la Sanidad. A nosotros nos parece bien, pero, concretamente, en nuestra comunidad, tradicionalmente, hemos dedicado a Sanidad más de lo que provenía del modelo de financiación, con lo cual, si se nos transfieren 100, pero nosotros dedicamos a Sanidad 110, el decir que sea finalista es indiferente y no nos aporta mucho. Por lo que se refiere a los criterios, lo que sí planteamos es que se incentive y se dé más peso en las decisiones de gasto, por un lado, a la realidad ter-

ritorial y a los criterios de dispersión, y, por otro, al envejecimiento, que, en el modelo de financiación autonómico se contempla muy limitadamente. En este sentido, hay que señalar que Castilla y León aglutina en su territorio casi al 40 por ciento del total de los centros de Atención Primaria, entre consultorios locales y centros de salud, para que la atención en el primer nivel asistencial sea accesible y, también, contamos con áreas de salud, como la de la provincia de Soria, con 93.000 habitantes, que, sobre el papel y en teoría, se evidencian como ineficientes. Desde el punto de vista de la cuantía,

quizá éste es un tema que supera a la política sanitaria y sea más de ámbito general, donde se determine qué necesitamos y qué podemos financiar. El problema es que la Sanidad ha estado infrafinanciada y los problemas de deuda han sido históricos. En este contexto, surge el debate de la incorporación de la alta tecnología e innovación farmacéutica a la Sanidad cuyos costes elevadísimos plantean la decisión política de si podemos o no financiarlo.

En esta línea, y dada la situación que estamos viviendo, decir que la Sanidad pública es universal, gratuita y de calidad, ¿es viable? ¿Qué hay que hacer para que siga siendo así?

Aunque pueda parecer que las medidas que se han tomado son muy coyunturales y lineales, lo cierto es que eran medidas para esos momentos de urgencia en los que era preciso cumplir los objetivos de déficit que como país nos venían impuestos. Esas medidas no han tocado nada del funcionamiento de la Sanidad y, en mi opinión, aunque hay que mantener el modelo sanitario que tenemos, incluida la gestión pública, sí hay que incluir cambios organizativos y estructurales. Con carácter global, algunos tendrían que darse en la conformación del Sistema Nacional de Salud, para que esté más cohesionado, y, asimismo, se debería avanzar en las políticas de recursos humanos, para que, entre otras cosas, se pueda trasladar responsabilidad, autonomía y riesgo a los profesionales. Hasta ahora, en el contexto de lo público, podríamos decir que se ha trasladado, como mucho, responsabilidad y autonomía, pero no riesgo. En nuestra comunidad apostamos por que los gestores cedan poder a los profesionales en los centros y que las organizaciones sindicales cedan parte de su capacidad de influencia, que suele ser demasiado homogénea y, a veces, encorseta mucho las cosas, en favor de los profesionales. Esto supone una transforma-

ción de las estructuras, sobre todo en los hospitales, donde se pasa de una organización vertical de unidades y servicios a una agrupación de unidades de gestión clínica. Por otra parte, en el conjunto de la organización, aunque se han realizado algunos cambios en lo que respecta a la estanqueidad de los niveles asistenciales, se debería avanzar más en dar continuidad a la Atención Primaria con Especializada, unida a los servicios sociosanitarios.

El Sistema Nacional de Salud ha soportado momentos de crisis y, aunque se han producido medidas de ajuste, no ha habido grandes pasos atrás

Ha hablado de la cohesión del sistema sanitario, ¿es una utopía?

El problema es que, derivado de otras esferas públicas, se insiste en la idea fácil de que todo se multiplica por 17, cuando, en realidad, en el ámbito sanitario, la experiencia autonómica ha sido un éxito, de hecho, la Sanidad ha mejorado mucho con la gestión autonómica. El problema no es tanto que las comunidades autónomas hayan tomado decisiones, que las tenían que tomar, como, por ejemplo, implantar su tarjeta sanitaria; sino que, durante muchos años, el Estado no ha ejercido sus competencias, que no son sólo las de coordinación sino las que tienen que ver con el establecimiento de las bases compartidas del Sistema Nacional de Salud, y esto ha hecho que el sistema, de alguna forma, se centrifugue. Probablemente, la solución ahora es más difícil, pero quizá pase por un ejercicio de mayor consenso y de mayor cohesión por parte del Estado. En este sentido, salvo competencias en materia de Farmacia y Sanidad exterior, donde el Estado sí ha ejercido su poder, en el resto, no ha existido. En cualquier caso, sí

quiero destacar que este equipo de Gobierno ha dado algunos pasos y se ha avanzado algo, concretamente, en el calendario de vacunación; en el funcionamiento en red de las agencias; en la central de compras; en la compatibilidad de la tarjeta sanitaria...

En este punto, ¿qué papel juega el Consejo Interterritorial? ¿Se le debería dotar de un carácter vinculante?

Esto es un tema complicado, yo lo vinculo más al ejercicio de las competencias. Si el Estado hubiera desarrollado las suyas y nosotros las nuestras, probablemente, la coordinación hubiera sido más sencilla. Darle un carácter vinculante al Consejo Interterritorial tiene un problema y es que altera toda la estructura y arquitectura del sistema. En este sentido, si una comunidad tiene competencias en gestión de la asistencia sanitaria y sus decisiones no son compartidas, desde el punto de vista jurídico, no pueden ser vinculantes. Por ejemplo, en materia de recursos humanos, prácticamente no se ha desarrollado ninguna norma, hasta el año pasado, que afecte de manera importante a todo el sistema. Concretamente, desde el año 2003, es decir, cuando se aprobaron la Ley de Cohesión y Calidad y la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

denación de Profesiones Sanitarias.

¿Sigue siendo nuestro Sistema Nacional de Salud un referente a nivel internacional?

Yo creo que sí porque es un sistema que ha mantenido muy bien los criterios de equidad. El modelo no ha cam-

biado y quizá lo que más se aprecia fuera es su accesibilidad. Desde el punto de vista técnico es muy eficiente, tanto en resultados como en acceso y, además, el nivel de gasto que tenemos ya no es tan bajo, está en la media de nuestro entorno europeo.

¿Cómo y en qué medida están afectando



ENTREVISTA

Antonio Sáez Aguado

los recortes en el panorama sanitario actual?

Existe un imaginario social que defiende que en Sanidad se han dado numerosos recortes, pero cuando preguntas a los usuarios, estos reconocen que han recibido los servicios sin incidencia ni impacto. Ha habido recortes, pero la percepción de los ciudadanos es que las prestaciones, los recursos, la atención de los profesionales, etc., se han mantenido. Lo que sí es cierto es que han aumentado las demoras, con carácter general, hay menos sustituciones y se han reducido las plantillas puntualmente en algún lugar, pero en el núcleo, es decir, en los hospitales de Castilla y León y en los centros de Atención Primaria, no se ha suprimido ningún servicio ni ninguna prestación.

¿Un momento de crisis como el actual es un momento de oportunidad? ¿La crisis nos ha venido bien para plantearnos una serie de cosas?

Sin duda. Las estructuras administrativas se han reducido en casi todas las comunidades autónomas y, por tanto, se han eliminado gastos no prioritarios o innecesarios. Concretamente, en Sanidad, la oportunidad viene dada, en parte, por la toma de conciencia que han hecho los profesionales. En este sentido, aunque todavía hay una fase de desacuerdo, desmotivación y disconformidad por las medidas de ajuste, los profesionales han asimilado que tenemos un sistema que no depende de otro y que el futuro de la Sanidad depende de cada uno de ellos. Es momento para poner sobre la mesa cambios organizativos en materia de autonomía de los profesionales; de gestión clínica; de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Especializada; de estrategia de crónicos...

¿Cuáles son, en estos momentos, las fortalezas y debilidades de la Sanidad en Castilla y León? Tanto desde el punto de vista de las infraestructuras, servicios, recursos materiales y humanos...

Una reivindicación histórica es la necesidad de potenciar y dar mayor peso y prota-



gonismo a la Atención Primaria y, en este sentido, Castilla y León es un referente. De hecho, es una de las comunidades autónomas que más presupuesto destina a este nivel asistencial, concretamente, el 17,5 por ciento, mientras que la media del territorio nacional está en el 12-13 por ciento. En esta comunidad, la primera también en ratio de médicos en Atención Primaria, con un médico por 960 habitantes, cuando la media española está en 1 por 1.340, hay mucha estructura, mucha accesibilidad y mucho despliegue en el territorio, concretamente, 3.660 consultorios, además de los centros de salud, lo que exige también que sea más eficiente y que sus resultados sean mejores. Esto también tiene una doble lectura y es que genera una mayor frecuentación, por encima de la media na-

cional, de ahí, que siempre nos planteemos si son compatibles eficiencia y accesibilidad. Por lo que respecta a los ciudadanos, la conciencia sobre el uso racional de los recursos aún es limitada, de hecho, deberíamos avanzar en informar sobre los costes de los servicios que se prestan. Por otra parte, en el ámbito hospitalario, en cuanto a estructuras, estamos en una situación media, razonablemente buena, con un número de camas y de plantilla ligeramente superior a la media. Y en prestaciones y recursos, somos deficitarios en el sentido de que derivamos más a comunidades vecinas, también por razones territoriales. Además, desde el punto de vista organizativo, se ha avanzado en la integración de recursos y en la programación hospitalaria compartida.

¿Cuáles son las principales preocupaciones de la Consejería? ¿Y sus prioridades?

Una de las principales preocupaciones, como he comentado, es la cuestión de la financiación. En un entorno de mayor exigencia de reducción del déficit y en el contexto de la crisis, en el que los recursos públicos no se están incrementando demasiado, vamos a tener un par de años difíciles. La prioridad es configurar un sistema que esté en manos de los profesionales, que las decisiones importantes se tomen en la clínica, y para ello hay que trasladarles la complicidad y la autonomía correspondiente. Por otra parte, aunque no ha habido grandes reducciones en el número de profesionales, concretamente, según los últimos datos del Ministerio de Hacienda, la reducción del empleo público en la comunidad autónoma, a lo largo del año 2012, era del 0,2 por ciento, lo cierto es que la cuestión del empleo está también entre nuestras prioridades.

Habla de la necesidad de trasladar autonomía y responsabilidad a los profesionales, ¿cómo se está consiguiendo eso?

Hace unos meses pusimos sobre la mesa un Decreto que regula la creación de Unidades Gestión Clínica que ha generado dos corrientes, una crítica, que generalmente se vincula a las organizaciones sindicales, en parte porque supone cierta pérdida de poder de los sindicatos y da más poder a los profesionales; y otra que se pregunta si en esas Unidades Gestión Clínica existirá autonomía y decisión plena en la gestión de los recursos humanos. A estos tenemos que decirles que no, porque estamos en un contexto público y esto es un problema, quizá el principal de la Sanidad pública. El hecho de que la Sanidad esté encuadrada en el sector público, con una relaciones labores rígidas, encorseta mucho las cosas. Un ejemplo de esto es que en la Sanidad pública española, donde trabajan medio millón de personas, en el último año no creo que se haya prescindido de más de 10 ó 20 personas por trabajar mal. En este contexto, es peor todavía que a los que trabajan bien no seamos capaces de estimu-

larles, incentivarles y motivarles como corresponde. El “café para todos” es una de las principales lacras de la Sanidad pública. Por su parte, si bien la percepción de los profesionales ante las Unidades Gestión Clínica es positiva, sí es cierto que genera dudas, más bien vinculadas al contexto actual, y provoca peticiones de que vayamos más allá de lo que podemos. Como dato anecdótico, podría decir que, por ejemplo, Valentín Fuster, el mejor cardiólogo del mundo, no podría trabajar en el SACYL porque no es estatutario, como mucho, podría sacarse una plaza de interino, y esto es significativo de la rigidez de las condiciones laborales y del funcionamiento que tenemos.

Siguiendo con la gestión de los recursos humanos, ¿cómo se puede incentivar al profesional? ¿Existe en su comunidad alguna iniciativa al respecto?

Las aspiraciones de los profesionales son ganar más dinero, como es lógico, pero también ganar más competencias profesionales y, por lo tanto, hay que combinar los dos estímulos. Esto exige un compromiso, un pacto a largo plazo y un proyecto de gestión clínica global en el que se contemplan una serie de objetivos a alcanzar en una determinada área de salud. Es decir, una serie de mejoras organizativas, tanto en términos de resultados como de indicadores de calidad, donde se fomente la integración con Primaria, con objetivos de reducción de mortalidad por reingresos, de formación, de investigación... En definitiva, unos objetivos revisados anualmente, asociados a una partida de gasto, cuyos resultados pueden revertir como incentivos. El problema que esto plantea, puesto que es

algo que no se puede regular por Decreto y además ha de ser implantado progresivamente, es que algunas Unidades de Gestión Clínica no podrán ser acreditadas como tales, porque no han avanzado o porque en el último año no han alcanzado los objetivos institucionales. En este sentido, tendremos un sistema de dos velocidades, por un lado, habrá Unidades de Gestión Clínica y, por otro, servicios tradicionales y esto será complicado de gestionar.

Según un reciente estudio de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), los médicos españoles están entre los

peor pagados de Europa y las diferencias retributivas de los profesionales entre las diferentes comunidades es alarmante. Concretamente, en su comunidad, el sueldo bruto anual de un médico de hospital, con una media de 20 años de antigüedad, es de 55.865 euros, por debajo de la media que son 56.104 euros, ¿cómo valora estos datos? ¿El médico de Castilla y León se siente bien retribuido?

Seguramente no. De ese estudio, lo que destaco es que Castilla y León, después del País Vasco, es la comunidad autónoma con menor pérdida retributiva de los profesionales. En cualquier caso, también es un hecho que a los profesionales les han quitado las guardias, la extra, la jornada... y eso ha creado descontento.

Al hilo de esto, con los recortes, ¿en qué situación se encuentra la carrera profesional en Castilla y León?

La carrera profesional en España ha sido un pequeño fracaso porque ha reconocido

Las aspiraciones de los profesionales son ganar más dinero, como es lógico, pero también ganar más competencias profesionales y, por lo tanto, hay que combinar los dos estímulos

La carrera profesional en España ha sido un pequeño fracaso porque ha reconocido muy poco el esfuerzo, el progreso y la competencia y ha retribuido más la antigüedad



ENTREVISTA Antonio Sáez Aguado

muy poco el esfuerzo, el progreso y la competencia y ha retribuido más la anti-güedad y, quizá, habría que plantear este tema a nivel nacional, pensando en una posible transformación de la misma que contemple los dos aspectos. Ahora, en estos momentos, no vamos a poder crecer en retribuciones para incentivar a los profesionales.

Listas de espera, ¿qué medidas se están tomando para paliar esta situación desde la Consejería?

En Castilla y León se han incrementado en el último año, como en el resto de España, sin embargo, estamos por debajo de la media nacional. A raíz de los datos del primer trimestre del año, donde se reflejaba un incremento sensible de las mismas, como consecuencia de la eliminación de las llamadas “peonadas”, hemos adoptado una serie de medidas, como la contratación de personal, concretamente 153 profesionales más, y la reactivación de conciertos, un total de 5.000 procesos quirúrgicos. En cualquier caso, de las listas de espera lo que me preocupa es que los medios de comunicación no profesionales las miden en términos de demora media y este dato dice relativamente poco. Para nosotros sería mucho más fácil atender patologías menos graves, que dieran un bajón importante a las listas de espera, pero hemos optado por dar prioridad a los casos graves, que estamos atendiendo en 30 días, especialmente los oncológicos y una parte de la cirugía cardiaca, y eso juega en contra de la demora media. A final de año, ofreceremos datos de las listas de espera por prioridades clínicas. En este sentido, se aportarán datos del nivel uno, aquellos que tienen que ser atendidos en no más de 30 días, fundamentalmente, procesos oncológicos, casi todos los cardiacos y una parte de Traumatología; nivel dos, con un máximo de 90 días, donde estaría gran parte de Trauma-

tología; y nivel tres, que no generan mayor gravedad, ni pérdida de calidad de vida. Por tanto, si somos capaces de atender los casos graves con rapidez no nos tiene que preocupar demasiado la demora media, si lo que contiene son cuestiones menores.

Luego, por otra parte, existe un problema importantísimo de variabilidad de indicaciones quirúrgicas entre un hospital y otro, con poblaciones parecidas, y esto es un hecho que hay que corregir y avanzar en criterios comunes y compartidos.

¿Qué opinión le merece el copago?

Más concretamente, por lo que respecta al copago hospitalario, de obligado cumplimiento desde del 1 de octubre, usted ha declarado que en Castilla y León hay problemas de gestión para su aplicación, ¿cuándo será una realidad, si es que lo es, y qué impacto tendrá su puesta en marcha?

El copago farmacéutico, aunque hemos reconocido que es un esfuerzo que se les pedía a los ciudadanos, sí consideramos que podría ser razonable, por el gasto excesivo de medicamentos que existía y porque es una medida progresiva que ha generado ahorros y, por tanto, ha contribuido a la sostenibilidad del sistema. De manera sorpresiva, el Ministerio publicó una resolución el día 1 de octubre sobre copago hospitalario que nosotros no compartimos y hemos pedido su reconsideración porque no tiene impacto recaudatorio, no contribuye a la sostenibilidad y, además, no puede tener efecto disuasorio. Así como en el de Farmacia se podría valorar, aquí, por el tipo de medicamentos que son,

no puede ni debe tenerlo. A esto hay que añadir los problemas de gestión y de adaptabilidad que se derivarían de aplicar esta norma. En Castilla y León, según nuestras estimaciones, la aplicación de esta resolución supondría una recaudación de 200.000 euros al año y nuestro gasto en medicamentos de Farmacia es de 570 millones de euros y, en hospital, más de 200 millones, por lo tanto, nos parece absurdo. Del mismo modo, hay que reconocer que el impacto a los enfermos no va a ser tal y como rezan algunas voces. En cualquier caso, nosotros insistimos en que se reconsidere, pero como somos un Gobierno serio, si la norma sigue en vigor, la cumpliremos.

Cambiando de tema, ¿cómo cree que debería ser la relación entre la Sanidad privada y la pública?

La utilización de los recursos sanitarios privados en Castilla y León es limitada y complementaria, de hecho, estamos en niveles de gasto por concierto en menos del 5 por ciento, cuando la media nacional está en torno al 9 por ciento. Concretamente,

en Castilla y León no hay una implantación del sector privado demasiado importante. En cualquier caso, tenemos la obligación de demostrar que, en lo público, la gestión pública puede hacer mejor las cosas.

No compartimos la medida del copago hospitalario y hemos pedido su reconsideración porque no tiene impacto recaudatorio, ni contribuye a la sostenibilidad

Algunas comunidades, como el caso de Madrid, pretenden una privatización del sector, ¿es una vía que se plantea en Castilla y León?

No, no se ha planteado en ningún caso. Nuestro compromiso es mantener y fijar el modelo sanitario público, bajo los criterios de universal, público y gratuito. De hecho, hemos firmado un acuerdo con el sector sanitario público, incluidas 45 sociedades científicas, 11 colegios profesionales y los

tres sindicatos profesionales más importantes, para garantizar la gestión pública de los centros sanitarios. Esto ha trasladado tranquilidad y certidumbre a los profesionales y, además, nuestro compromiso es mejorarlo. Por otra parte, las ventajas que ese modelo de privatización pudiera tener en Castilla y León serían muy limitadas por la distribución de los recursos. En este sentido, cuando hay un único hospital en un área de salud, la posibilidad de jugar con la competencia entre centros o con la elección del mismo no tiene mucho sentido. El Gobierno de Castilla y León cree en la Sanidad pública, que funciona bien y que lo que hay que hacer es mejorarla para garantizar su futuro. Además pensamos que tiene muchos valores que no puede tener el sector privado.

Por otra parte, también hay regiones que tienen en marcha modelos de gestión basados en la colaboración público-privada, ¿cómo valora esta forma de gestión? ¿Castilla y León es partidaria y susceptible de profundizar en esa fórmula? ¿Hay alguna experiencia en este sentido?

Hemos desarrollado una experiencia positiva de colaboración público-privada y es la construcción y equipamiento del nuevo hospital de Burgos. En líneas generales, la empresa adjudicataria del contrato construyó y equipó el hospital, nosotros le adjudicamos la gestión de 14 servicios no asistenciales, entre otros, cocina, lavandería, limpieza, seguridad, etc., y la retribución por la inversión que se ha hecho será a 30 años. Es un modelo contractual previsto pero que no afecta a la gestión de la asistencia.

Desde el punto de vista de la financiación, ¿cómo valora los procesos de compra centralizados? ¿En Castilla y León hay alguna experiencia al respecto?

La agregación en el conjunto del sistema es fundamental porque una de nuestras debilidades es la interlocución con la industria farmacéutica y con los proveedores. El Ministerio es quien negocia y se coordina con ellos para algunos temas, como la



fijación de precios, y las comunidades autónomas para otros, por lo que una interlocución del sistema con la industria sería una cosa distinta. Parece mentira que hasta ahora no se hayan hecho compras centralizadas porque las ventajas son evidentes, por ejemplo, en vacunas, la compra agregada ha supuesto en dos años un ahorro de más del 25 por ciento. Internamente, en nuestra comunidad tenemos procesos, que no son de agregación exactamente sino que son de acuerdo marco, por los cuales se establece un coste unitario máximo para determinados productos y, a partir de ahí, cada uno de los centro negocia sus adquisiciones, que suele ser a la baja.

En otro orden de cosas, en Castilla y

León se ha implantado un modelo de gestión única de área, ¿resulta ser un mecanismo más eficiente que otras fórmulas para gestionar la asistencia?

Esto responde a dos hechos, por un lado, en el ámbito de la clínica, para que exista continuidad entre la Atención Primaria y Especializada, y también integración, puesto que el paciente es el mismo y la estandarización de los niveles asistenciales es foco de ineficiencia, y, por otro, en el ámbito de la gestión, donde existe un responsable que visibiliza y se responsabiliza de todo ese proceso. Además, este modelo genera unas economías de escala y mejoras puesto que se necesitarán menos estructuras administrativas. En Castilla y León, aunque hay



ENTREVISTA Antonio Sáez Aguado

tres áreas de salud -Soria, Valladolid Oeste y Zamora- que, sin haber cambiado la norma, ya cuentan con un único responsable de área, sin embargo, en ellas, aún no se han integrado todas las estructuras.

Una de las grandes apuestas de la Consejería que usted dirige ha sido desarrollar una estrategia para mejorar y agilizar la atención a los pacientes crónicos, ¿qué se ha conseguido hasta la fecha? ¿Cuáles son las principales líneas de actuación y las directrices de dicha estrategia? ¿Se está trabajando en algún plan novedoso al respecto?

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León tiene pocos meses todavía pero sí ha habido avances en las relaciones con las asociaciones de pacientes y, en este sentido, hay mayor nivel de participación y de integración. Además, hay un "Portal Salud", en el que se ha incluido ya el Aula de Pacientes de Castilla y León. Asimismo, desde el punto de vista organizativo, se están creando las comisiones de continuidad y, desde el punto de vista de los sistemas de información, hemos cerrado el sistema de clasificación de pacientes. Actualmente, podemos clasificar a los casi dos millones y medio de habitantes de la comunidad autónoma en función de la complejidad de sus problemas y patologías: situación catastrófica; terminal; crónicos pluripatológicos; crónicos; con alguna enfermedad; y grupo de sanos. Y eso lo podemos desagregar a partir de datos de visitas a Atención Primaria, de la historia clínica, de consumo de medicamentos y de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Ahora estamos en fase de explotación de esa información, de ver qué hacemos con ella; qué tipo de información trasladamos; a quién; cómo la utilizamos, globalmente y en cada área de salud... Al hilo, esta in-

formación nos valdrá incluso para modificar algunos aspectos retributivos de los profesionales que, hasta ahora, vienen determinados por los grupos de edad, y para calcular las cargas asistenciales, que, en ocasiones, sufren desviaciones de

hasta el 30 por ciento, por el tipo de paciente que atienden.

Del mismo modo, otro gran reto ha sido la puesta en marcha del Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, ¿en qué consiste? ¿Con qué objetivo nace?

Se está desarrollando en estos momentos y se está trabajando, especialmente, en el sistema de notificación de reacciones y efectos adversos y en el sistema de bacteriemia zero.

¿Qué impulso se da a la investigación desde su comunidad? ¿Existe alguna prioridad en este ámbito?

En Castilla y León tenemos muy buenos centros de investigación, concretamente, hay una importante concentración en Salamanca, donde está uno de los mejores centros de investigación del cáncer. Además, hemos construido un Instituto Biosanitario, en el entorno del Hospital Universitario de Salamanca, en el que se han asociado la mayoría de los equipos del centro de investigación del cáncer, el Instituto de Neurociencias, la propia universidad, el Centro Superior de Investigaciones Científicas y algunos equipos de Atención Primaria. El objetivo del Instituto Biosanitario es atraer al ámbito clínico la investigación biosanitaria, para que la investigación básica pase a la

clínica en el menor tiempo posible. En este contexto, vamos a modificar la regulación de los ensayos clínicos para potenciar los multicéntricos y vamos a solicitar el apoyo de las empresas biotecnológicas, fundamentalmente, en el ámbito de la Oncología. Asimismo, cerramos el círculo, con un programa de detección de cáncer de colon, que se va a regular dentro de las prestaciones del sistema, y que nosotros llevamos haciendo con carácter universal desde el mes de noviembre del pasado año, y con un programa de atención a largos supervivientes de cáncer, en colaboración con la Sociedad Española de Oncología Médica en Salamanca, a través del cual, desde Atención Primaria ya se están asumiendo determinados casos. En estos momentos, el Instituto Biosanitario se encuentra en proceso de acreditación por el Instituto de Salud Carlos III y será un revulsivo importante.

Por último, ¿para su Consejería son una prioridad los Médicos Internos Residentes (MIR)?

En Castilla y León hemos reducido ligeramente la oferta a residentes, pero esto se debe a que tenemos que acoplarla a las salidas laborales y a la demanda. Hemos sido la primera comunidad en regular la figura y las funciones de los tutores, una demanda histórica por su parte. Según datos del Ministerio del pasado año, la nuestra ha sido la comunidad que más

Hemos sido la primera comunidad en regular la figura y las funciones de los tutores de los Médicos Internos Residentes

ha incrementado el gasto en formación de residentes. Además, en el ámbito de la Enfermería tenemos unidades acreditadas de las cinco especialidades que están desarrolladas y,

concretamente, vamos a impulsar experimentalmente la especialidad de Salud Mental en Enfermería. Quizá nos hace falta un poco más de conexión con los estudios universitarios para coordinar los últimos años de carrera con los primeros de formación. En este sentido, la transición debería ser mucho más intensa ■

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Médicos

Enfermería

EQUIPO

Taller

Farmacia

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo





Hemos logrado vencer el
distanciamiento
entre
juristas
y profesionales
sanitarios

Ricardo De Lorenzo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Texto | Jorge Sánchez Franco

Foto | Jesús Mendo



“Hemos logrado vencer el distanciamiento entre juristas y profesionales sanitarios”

Tras más de dos décadas de existencia, la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS) ha alcanzado con creces la principal finalidad con la que se creó: el acercamiento adecuado entre juristas y profesionales sanitarios. Su fundador y actual presidente, Ricardo De Lorenzo, ya piensa en un relevo generacional que continúe la gran labor asociativa emprendida en 1992 y que consolide el carácter multidisciplinar del Derecho Sanitario. El prestigioso abogado hace balance de su mandato al frente de la AEDS, con especial alusión al recién creado Premio Nacional de Derecho Sanitario, y analiza los asuntos jurídico-sanitarios más candentes del momento.

¿Qué destaca de su balance al frente de la AEDS?

Principalmente, se ha propiciado el encuentro entre dos grandes humanismos, como son el Derecho y la Medicina, de tal manera que hoy se reconoce al Derecho Sanitario como una ciencia multidisciplinar, donde no sólo hay médicos y juristas, sino también farmacéuticos, personal de Enfermería, economistas, etc., unidos todos ellos por el concreto interés que suscitan las actividades de nuestro objeto social: el derecho y la salud. Hace veinte años, era absolutamente impensable celebrar reuniones científicas en las que participaran conjuntamente profesionales sanitarios y juristas, y ya no digo jueces o fiscales. Hoy verá que es absolutamente habitual, como también lo son las publicaciones jurídicosanitarias. Creo que se ha vencido un distanciamiento que estaba basado en la incomprensión y el desconocimiento. Esto se ha superado gracias al

Creo que es un hecho positivo el que se mantenga el principio de colegiación obligatoria para las profesiones sanitarias

deseo de comprender recíprocamente las informaciones, las novedades y los avances técnicos y jurídicos, generándose entre los profesionales sanitarios la necesidad de conocer las implicaciones jurídicas de su ejercicio profesional, y entre abogados, jueces y fiscales la necesidad de conocer igualmente las circunstancias en las que dicho ejercicio profesional se desenvuelve. La confluencia del derecho y de la ciencia sanitaria era fundamental para muchos aspectos de la vida social, tal y como se ha demostrado, y hoy es una realidad esa aspiración personal en la que estos dos grandes humanismos, servidos por sus respectivas profesiones, pueden coincidir y comprenderse. Por último, destaco la intensa actividad divulgativa que se ha llevado a cabo y la importante aportación que se ha realizado al desarrollo del Derecho Sanitario a nivel nacional e internacional, al haber propiciado en 1999 el nacimiento de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, en la que se han ido vertebrando asociaciones nacionales de países hermanos como Chile, Argentina, Perú, Méjico, Portugal o Brasil, en colaboración con otras entidades europeas.

¿Cuáles son sus objetivos a corto y largo plazo como presidente de esta sociedad?

En estos momentos se está a la espera de que, en noviembre, se haga público el fallo de la primera edición del Premio Nacional de Derecho Sanitario. A largo plazo, es importante conseguir la continuidad de nuestra labor asociativa a través del relevo generacional que, por lógica, debe producirse para que se siga entendiendo que la salud no es sólo Medicina, y que alcanzarla como objetivo no es sólo un derecho. Para ello, se necesaria la coexistencia de profesionales sanitarios y juristas.

¿Qué amenazas ve en el anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales? ¿Y aspectos positivos?

El anteproyecto no es una amenaza, sino todo lo contrario. Creo que es un hecho positivo el que se mantenga el principio de colegiación obligatoria para las profesiones sanitarias, puesto en cuestión por algunas administraciones autonómicas contra el criterio del Tribunal Constitucional. Es absolutamente necesario porque la normativa vigente, previa a la Constitución Española, se había quedado fuera de contexto y no era consecuente ni con el marco normativo comunitario sobre libertad en el ejercicio profesional ni con el principio de transparencia en el desempeño de funciones públicas. Sin embargo, la actual redacción del anteproyecto requiere una profunda revisión, porque en su versión actual no se ha acertado en la formulación de un planteamiento capaz de articular de forma ponderada la función de tutela administrativa con los principios de autonomía y de independencia de los órganos de gobierno colegial, que se deben salvaguardar y revisar. Con respecto al desempeño de cargos directivos en las entidades de previsión social para profesionales sanitarios, se pretende instaurar un régimen de incompatibilidades más intenso y riguroso incluso que el establecido para el personal que se encuentra al servicio de la Administración pública, cuando aquellos no tienen la condición de “cargos públicos” a efectos del ejercicio del derecho fundamental reconocido en el artículo 23.2 de la Constitución Española. Es una medida carente de realismo y por completo inaceptable. En suma, el anteproyecto es necesario para cubrir algunas normativas, actualizar otros aspectos que se habían quedado anticuados y dar transparencia a las organizaciones profesionales colegiales, pero su redacción actual incurre en excesos que, si no se corrigen, podrían suponer un retroceso notorio en perjuicio de los profesionales sanitarios.

¿Qué valoración hace de las diferentes ini-



ciativas que vienen poniendo en marcha las comunidades autónomas para la adquisición de medicamentos? ¿Cuál de todas ellas le parece la más correcta/adeuada desde un punto de vista legal?

Las dificultades presupuestarias constitu-

yen un signo de identidad de la Sanidad en crisis. Por ello, no es de extrañar que las administraciones autonómicas exploren vías para conseguir ahorros en el gasto sanitario y, en especial, en el farmacéutico. Esto ha dado lugar a algunas decisiones polémicas desde el punto de vista jurídico

que han generado tensiones indeseables entre el Estado y algunas autonomías. En espera de que lo que diga el Tribunal Constitucional, entiendo que debe quedar a salvo el principio de igualdad de trato de los pacientes y su plena garantía de acceso a los medicamentos incluidos en el catálogo del SNS, por encima de las disputas competenciales.

¿Cómo podría el Ministerio de Sanidad poner orden en todo esto de cara a evitar desigualdades regionales en el acceso a los medicamentos?

Creo que lo está haciendo en el seno del Consejo Interterritorial y ante el Tribunal Constitucional.

¿En qué sentido ve necesaria la colaboración público-privada para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)? ¿Qué límites debe tener dicha colaboración?

El conocido como “Informe Abril”, de junio de 1991, formuló numerosas recomendaciones en el ámbito sanitario que contemplaban reformas muy importantes del sistema. Muy pocas de ellas se llevaron a la práctica y la mayoría no fueron efectivas. Sin embargo, tras la transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las comunidades autónomas, muchas de ellas acometieron importantes reformas fundadas en las recomendaciones de dicho informe. Hoy resulta imposible concebir una prestación de servicios sanitarios exclusivamente pública. La interoperabilidad entre Sanidad pública y privada resulta hoy imprescindible, no sólo por las dificultades de financiación pública, sino también porque los medios públicos resultan insuficientes. Buena prueba de ello es el hecho de que las administraciones públicas sanitarias suscriben convenios de colaboración, contratos marco o conciertos singulares con el sector privado a lo largo de todo el territorio nacional, en base a los cuales se instrumentaliza la atención a los pacientes que son remitidos a la Sanidad privada. En la Ley General de Sanidad, de 1986, está prevista la colaboración del sector privado con el SNS como algo positivo



ENTREVISTA

Ricardo De Lorenzo

en tanto en cuanto contribuye a reforzar la capacidad de respuesta asistencial del sector público. La colaboración público-privada no tiene que ser una cuestión ideológica, sino una herramienta de eficacia en favor de los pacientes, y los límites no deben ser otros que la necesidad de transparencia, el control público, la eficiencia y los niveles de calidad.

¿Qué opinión le merece lo que está ocurriendo con el proceso de externalización de Madrid desde el punto de vista judicial?

El ejercicio de los derechos busca procurar satisfacción al interés del titular, que es precisamente lo que justifica el otorgamiento del derecho subjetivo de que se trate, pero la satisfacción del propio interés no autoriza cualquier acto de ejercicio del derecho, sino que, por el contrario, existen límites que restringen las modalidades del ejercicio de los derechos. Debemos desterrar la idea de que los derechos subjetivos otorgan a su titular una capacidad de actuación ilimitada o un poder infinito. Por lo tanto, hay aspectos positivos y otros que no lo son tanto. De una parte, el control judicial de los actos administrativos es algo natural en un Estado de Derecho; de otra el ejercicio indiscriminado de las acciones ante los tribunales puede contribuir a crear un clima nada deseable de inestabilidad, como es el caso. Deseo que se supere cuanto antes esta situación, que resulta muy perjudicial para el sistema sanitario madrileño.

¿Qué medidas considera necesarias para hacer efectiva, de una vez por todas, la ansiada y necesaria coordinación sociosanitaria?

Aunque todo el mundo considera positiva la coordinación sociosanitaria para una atención integral de los pacientes y un mejor funcionamiento del sistema, las culturas organizativas de los servicios socia-

les y de la Sanidad han caminado en permanente incomunicación, dando lugar a lagunas y solapamientos. Creo que ahora, por exigencias derivadas de la austeridad presupuestaria, se están tendiendo puentes antes impensables entre instituciones y órganos administrativos. Por su parte, en el

plano político, el Ejecutivo está auspiciando un pacto sociosanitario que puede ser muy útil a estos efectos.

¿Cómo ve el futuro de la salud? ¿De qué manera debe afrontarse el reto de la seguridad del

paciente en la integración de este tipo de tecnologías dentro de la práctica diaria de los profesionales sanitarios?

A día de hoy, cabe decir que no es posible avanzar en Sanidad sin ir de la mano de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Conseguir la interconexión e interoperabilidad es una meta indiscutible en términos de eficiencia en la gestión y de calidad asistencial. Creo que la aprobación de la tarjeta individual sanitaria, anunciada recientemente por el Gobierno, viene a simbolizar un paso decidido en la buena dirección. Otro dato positivo se refiere a las historias clínicas electrónicas, de las que ya hay cerca de 20 millones en nuestro país. Garantizar la protección de datos y el recto manejo de la información de los pacientes es, sin duda, un desafío importante al que hay que dar respuestas inequívocas.

¿Qué valoración hace de la política de recursos humanos llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad de Ana Mato? ¿Y del registro de profesionales?

El Ministerio de Sanidad está intentando recuperar el tiempo perdido, que no es poco. Así, por ejemplo, se están empezando a superar los diez años de congelación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Por su parte, el Real Decreto Ley 16/2012 y los acuerdos con mé-

dicos y enfermeros van en la buena dirección. El registro de profesionales, que está pendiente de desarrollo reglamentario, permitirá llevar a cabo una planificación de los recursos humanos del SNS, lo que evitará improvisaciones y disfunciones en este capítulo tan sensible de la política sanitaria.

¿Considera válido entonces el pacto sanitario firmado recientemente entre el Gobierno y la profesión médica y enfermera al no haberse contado con pacientes, oposición y comunidades autónomas? ¿Por qué seguimos siendo incapaces de alcanzar un Pacto de Estado por la Sanidad?

Creo que los acuerdos con médicos y enfermeros constituyen un hecho inédito e histórico, ya que afectan positivamente a más de medio millón de profesionales. No sustituye al Pacto por la Sanidad, sino que lo favorece. A él deberían sumarse comunidades autónomas, partidos políticos y pacientes. Al parecer, la ministra de Sanidad les ha hecho un ofrecimiento formal para ello. Confiamos...

¿Cómo valora la polémica exclusión de los inmigrantes sin papeles del sistema sanitario?

Creo que nuestra Sanidad necesitaba ponerse al día. Así nos lo pedía la Comisión Europea, la OCDE y el sentido común, y a esto responde el RDL 16/2012. A pesar de la letra de la normativa y de muy diversas "interpretaciones", la asistencia sanitaria básica a este grupo de población está garantizada en todo caso por el RDL 16/2012, respondiendo a consideraciones éticas, deontológicas y humanitarias. A dicha asistencia se tiene acceso sin necesidad de tarjeta sanitaria, al tratarse de una medida excepcional para situaciones transitorias de personas que se encuentran en nuestro país al margen de la legislación de Extranjería. Comprende la atención de urgencias, embarazo y parto. Cuando se trata de menores, la asistencia se extiende a todo tipo de prestaciones. Corresponde a las comunidades autónomas facilitar esta atención, organizándola de la manera más efectiva y ágil



posible. En Europa no existe una norma específica común sobre la asistencia sanitaria a inmigrantes ilegales e incluso hay algún país europeo donde la decisión final de esa atención recae en el propio médico. La Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (UE), órgano consultivo de la CE creado para ampliar el mandato del Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, y cuyo objetivo es brindar asistencia y asesoramiento en materia de derechos fundamentales a las instituciones comunitarias y a los Estados miembros, ha hecho público un informe en el que denuncian las grandes diferencias existentes entre estos países, debido a factores tales como el presupuesto, la Salud Pública y la propia política de inmigración. Se pone de manifiesto que las dos únicas directivas sobre tratamiento sanitario a inmigrantes ilegales en la UE se refieren al retorno obligado y a las condiciones de recepción de refugiados. La llamada Directiva de Retorno establece que los inmigrantes ilegales obligados al retorno deben recibir atención médica en casos de emergencias o enfermedades crónicas. Por su parte, la Directiva de Condiciones de Recepción de Refugiados establece que los solicitantes de asilo deben obtener cuidados de emer-

gencias y tratamiento “esencial” para sus enfermedades. Nuestra normativa es similar a la de otros Estados miembros de la Unión Europea. En cualquier caso y ante la ausencia de marco legal común, la ley respeta los criterios a los que responde la regulación comunitaria en materia de prestaciones a cargo de los sistemas sanitarios públicos. Hay que compatibilizar solidaridad y sostenibilidad en el marco de nuestro sistema sanitario público. El RDL 16/2012 inicia esta senda reformadora y lo hace con buen tino, aunque todavía queda mucho por hacer. Esperemos que prosiga y que lo haga con acierto. Sería bueno para todos.

¿Qué balance hace del último Congreso Nacional de Derecho Sanitario?

Desde comienzos de esta legislatura se está abordando un importante proceso de reformas en muy diversos ámbitos, pero especialmente en el sanitario, cuyo tratamiento y estudio han estado presentes en

todas nuestras mesas. Tal es el caso de la prestación farmacéutica, que ha sido objeto de medidas de muy distinto alcance y contenido en los dos años precedentes, aunque sin un diseño suficientemente preciso a la hora de articularlo con el conjunto de actuaciones que son, por completo, indispensables para la sostenibilidad y consolidación del sistema sanitario público. Analizar la reforma de la prestación farmacéutica desde la perspectiva de la industria farmacéutica, de las

oficinas de farmacia y de los pacientes resultaba, totalmente, necesario. Del debate han surgido ideas, propuestas y valoraciones que se espera contribuyan a que esta prestación clave dentro de la Sanidad espa-

ñaola sea objeto de la regulación más conveniente para el buen funcionamiento del sistema sanitario, la adecuada atención a los pacientes y la viabilidad de la industria farmacéutica, cuya capacidad de innovación y de aportación a la salud debe ser reconocida ■

Creo que los acuerdos con médicos y enfermeros constituyen un hecho inédito e histórico. No sustituye al Pacto por la Sanidad, sino que lo favorece





La Nefrología

es una especialidad

en renovación constante,
pero tiene que luchar y competir

para atraer a los

jóvenes

Alberto Martínez-Castelao

Presidente de la Sociedad Española de Nefrología

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | Jaume Cosialls



ENTREVISTA Alberto Martínez-Castelao

“La Nefrología es una especialidad en renovación constante, pero tiene que luchar y competir para atraer a los jóvenes”

Acaba de finalizar en Bilbao el congreso de la SEN, ¿qué balance hace de esta reunión científica?

Era nuestro 43º congreso, con aproximadamente 1.000 inscritos y una acogida magnífica de la ciudad de Bilbao. Respecto a los avances científicos, destacó la conferencia inaugural fue dictada por María Blasco, que nos habló de senescencia, del envejecimiento. El enfermo renal crónico tiene problemas de envejecimiento prematuro, por lo que fue muy interesante: nos explicó sus experiencias primero en el CSIC y después en el CNIO. Está haciendo experimentos muy interesantes fundamentalmente en modelos animales, para después intentar trasladarlos al humano respecto a telómeros y telomerasas. Con el mismo tema, el profesor Kuro-O nos habló de Kloto, una sustancia disminuida en pacientes renales crónicos, lo que significa que probablemente favorece el envejecimiento prematuro.

¿Qué destacaría desde el punto de vista de la Nefrología clínica?

La conferencia del profesor español Vicente Torres, que trabaja en la Clínica Mayo y que nos habló de la poliquistosis renal, que causa el 9-10 por ciento de insuficiencias renales que obligan a ingreso en diálisis cada año. Se están aplicando tratamientos para intentar frenar los quistes de forma prematura.

¿Y desde el punto de vista de la diálisis?

Destaca la autodiálisis, una técnica en la que el paciente en hemodiálisis es entrenado y puede hacerse él mismo la diálisis en

un centro con menor enfermería y sin médicos. La ventaja que presenta es que es más barata, lo que contribuiría a la sostenibilidad del tratamiento sustitutivo renal en un momento en el que tenemos problemas importantes para sostener el sistema sani-

Hay una serie de facetas en la Nefrología que hace que nos subdividamos mucho pero, de todas maneras, el nefrólogo sigue teniendo que tener una visión integral

tario. Otro aspecto muy interesante es que se están desarrollando aparatos portátiles similares a riñones artificiales. Son una especie de chalecos que pueden trasladarse y que se conectan a una vía venosa o arterial del paciente de forma continuada. Ya hay pacientes con ellos en EEUU e Italia.

¿Se registran avances en trasplante?

Sí, en inmunosupresión, en tolerancia: para que la persona que reciba un trasplante de riñón desarrolle menos rechazo o con menos facilidad. El doctor Oriol Bestard, del Hospital de Bellvitge, impartió una conferencia sobre cómo determinados biomarcadores permiten establecer pautas sobre qué pacientes van a ser más sensibles al rechazo que otros y poder personalizar tratamientos más o menos ajustados de la inmunosupresión, que siempre tienen efectos adversos como neoplasias o infecciones. Otra conferencia muy interesante se centró en la inducción de tolerancia y el trasplante de médula ósea previo al trasplante renal.

¿En qué consiste?

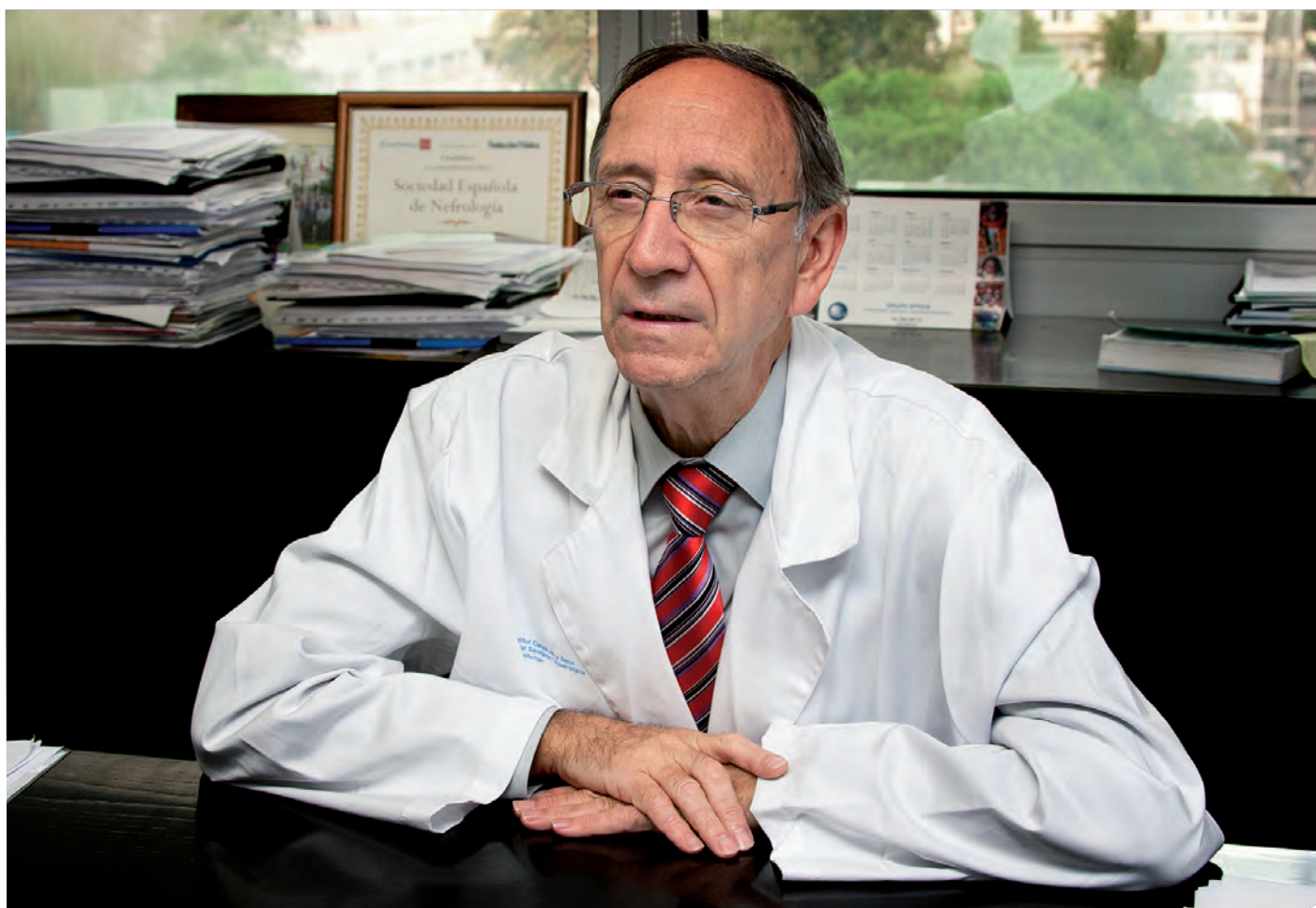
Se están realizando diferentes ensayos y estudios en los que, al realizar el trasplante de médula previo, se le cambia el ‘carnet de identidad inmunológico’, lo que favorece que haya menos rechazo y se tolere mejor la inmunosupresión.

Por lo que comenta, el nefrólogo no

sólo tiene una estrecha relación con el cardiólogo, sino que comienza a trabajar mano a mano con otras especialidades. ¿Cómo enriquece este abordaje pluridisciplinar del paciente?

La Nefrología es una especialidad muy internista, tenemos que saber un poco de todo dentro de la Medicina Interna. Entre otras cosas, porque nuestros pacientes se complican en muchos ámbitos de la Medicina interna y no podemos estar pidiendo consulta todo el rato para nuestros pacientes, especialmente los que están en diálisis, al internista, al neumólogo, al digestólogo, al hematólogo, al cardiólogo... Pero, por otra parte, la enfermedad renal crónica no da la cara muchas veces y hay que buscarla: es lo que llamamos la insuficiencia renal oculta y nos ha llevado, desde hace un tiempo, a establecer planes de salud renal. Dentro de ellos, uno de los aspectos importantes que hemos promovido es la renovación de los documentos de consenso y de las guías clínicas. Y, en diciembre, se cumplirá un año de la publicación del documento de consenso con 10 sociedades científicas –Medicina Interna, Diabetes, Cardiología, Endocrinología, Hipertensión, las tres sociedades de Atención Primaria, Química Clínica y Nefrología– para la detección de la enfermedad renal crónica y el manejo adecuado. Nuestros pacientes son cada vez más multidisciplinarios y muy multifactoriales, porque tanto las causas que llevan a la insuficiencia renal como las complicaciones del enfermo renal son múltiples. Por eso acudimos a guías clínicas y documentos de consenso con médicos de otras especialidades, lo que es muy interesante para captar lo más precozmente a los pacientes y para manejarlos entre todos de la forma más adecuada, de cara a evitar complicaciones, morbilidad y que mueran de forma prematura.

¿El diagnóstico precoz continúa siendo



La asignatura pendiente de la especialidad?

Sí, pero cada vez hacemos más acciones. De hecho, en el congreso de Bilbao hemos presentado los datos del registro de los pacientes que llegan al estadio 5, la etapa más avanzada de diálisis, que requiere tratamiento sustitutivo (diálisis y/o trasplante). Y, al analizar los datos de 2012, hemos visto que vamos disminuyendo poquito a poco la incidencia, es decir, los pacientes nuevos que cada año han de entrar por estadio 5 en insuficiencia renal terminal: hemos visto que desde 1994 hasta ahora hemos ido bajando desde 139 pacientes por millón de habitantes año a 120, lo que significa que probablemente estamos aplicando mejor los conocimientos que tenemos, las guías y los documentos. Y eso significa que, seguramente, estamos empezando a hacer prevención, porque captamos a los pacientes en las fases más tempranas de la enfermedad

renal crónica antes de que lleguen a la insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, estamos mejorando lo que estamos haciendo, pero necesitamos que el Sistema Nacional de Salud siga siendo sostenible y que eso, de alguna manera, nos ayude a captar estos pacientes precozmente y a seguir haciendo mucha prevención, que es lo más importante.

¿Cómo ha cambiado la Nefrología desde que usted era residente al día de hoy?

Ha cambiado mucho, realmente: cuando yo era residente –estamos hablando de hace 38 años– algunas cosas siguen siendo muy parecidas, pero otras han cambiado mucho. Por ejemplo, el trasplante ha revolucionado el tratamiento curativo de las enfermedades renales y las técnicas de

diálisis han mejorado muchísimo. También los dializadores, la posibilidad de hacer diálisis peritoneal automática a pacientes que entonces estaba en ciernes... y muchos aspectos de la Nefrología clínica como el manejo de la hipertensión arterial, del paciente diabético, de la dislipemia o de la proteinuria, que se han ido perfeccionando con nuevos fármacos, con nuevas maneras de hacer diagnóstico, con biomarcadores y, sobre todo, desde el punto de vista de la prevención. Porque

estamos haciendo más prevención ahora que la que se hacía en aquel momento.

¿Cómo cree que está considerada la Nefrología española en el contexto mundial?

Está muy bien considerada, los especialistas nefrólogos españoles tenemos mucho

Los nefrólogos españoles tenemos mucho prestigio en el entorno internacional



ENTREVISTA Alberto Martínez-Castelao

prestigio en el entorno internacional. En algunos campos, como en trasplante, somos pioneros y se nos llama para muchas conferencias. De hecho, estamos participando en muchos estudios internacionales y en ensayos clínicos multicéntricos. Pero seguimos teniendo dificultades como el inglés porque los que somos de mi edad y mi generación no lo aprendimos porque no había profesores y lo hemos tenido que adquirir después, lo que siempre es una rémora. Pero creo que nos hemos incorporado plenamente al concierto internacional y somos muy apreciados en general. No digamos en Latinoamérica, donde se nos llama continuamente para impartir docencia y para protocolos conjuntos de tratamiento.

¿Qué retos cree que afronta la especialidad?

El primero es el contexto sanitario actual porque la pobreza y las dificultades económicas traen todo tipo de males y uno de ellos es el sostenimiento del sistema sanitario en España. Es difícil este sostenimiento, pero somos un país que ha llegado a tener una Sanidad puntera: leía ayer una estadística que me enviaban del extranjero, en un concierto internacional de más de 100 países, donde España sigue siendo considerada el quinto país con la mejor Sanidad del mundo. El problema está en cómo mantener esto, porque no hay dinero suficiente y todos los españoles tenemos que ser conscientes de que tenemos que 'cambiar el chip', supongo que necesitamos más dinero y eso tiene que venir de algún lado. El segundo reto es que la Nefrología es una especialidad en renovación constante, pero que tiene que luchar y que competir para atraer a los jóvenes, a los médicos que acaban su graduación en las universidades y que van a hacer una

Es una especialidad muy atractiva desde el punto de vista del ejercicio para el médico joven, pero tenemos que garantizar que haya plazas hospitalarias para que se cubran las jubilaciones que se están produciendo en este momento



especialidad. Y atraerles no es fácil, porque tienen que tener una especialidad con la que tengan unas ciertas garantías de que van a encontrar trabajo cuando la acaben, y eso hoy en día no es fácil. Nuestro reto, fundamentalmente, es ir cambiándola para hacerla atractiva a los jóvenes y que logremos que vengan a nosotros y que quieran hacer esta especialidad. La Nefrología es una especialidad apasionante, con facetas muy di-

ferenciadas: Nefrología clínica, hipertensión, hemodiálisis, diálisis peritoneal, otras técnicas sustitutivas, trasplante, riesgo vascular... es una especialidad muy atractiva desde el punto de vista del ejercicio para el médico joven, pero tenemos que garantizar que haya plazas hospitalarias, que se cubran las jubilaciones que se están produciendo en este momento -que no se están cubriendo en su totalidad ni mucho menos- y que haya un asentamiento en general de la política. Porque los políticos tienen mucho que ver en esto, aunque parezca mentira. Y un asentamiento de la sociedad en general: que sepamos que el sistema sanitario es sostenible y, a partir de ahí, que sepamos atraer a los jóvenes, porque la especialidad es muy bonita, es preciosa.



Comentaba que cada vez se subespecializan más, ¿acabarán formándose varias ramas dentro de la especialidad?

De hecho tenemos subespecialidades y algunas están más en contacto con otras especialidades que otras. Por ejemplo, el riesgo cardiovascular está en continuo contacto para protocolos, estudios y tratamientos con Medicina interna, con cardiología y, para el acceso vascular para hemodiálisis, con los cirujanos vasculares. Es una especialidad muy multifactorial en la que los contactos con otras especialidades son muy importantes. Y eso hace que algunas facetas de la Nefrología estén más en contacto con otras. Por ejemplo, en España el trasplante lo realizan los urólogos y en otros países lo

hacen los cirujanos generales o vasculares. O en inmunosupresión, en el que el contacto con especialidades como inmunología o Medicina infecciosa es fundamental. En fin, hay una serie de facetas en la Nefrología que hace que nos subdividamos mucho pero, de todas maneras, el nefrólogo sigue teniendo que tener una visión integral: no se puede ser muy especialista en un área y olvidar el resto. Por eso formamos a nuestros residentes primero en las especialidades de Medicina Interna, después en la formación general de lo que es la Nefrología y, en las últimas etapas, a aspectos más concretos y a la investigación, que es un punto muy importante. Porque formar para que tengan herramientas para poder moverse en el mundo de la investigación básica y clínica es importantísimo para la progresión de la especialidad y para su propia progresión como investigadores jóvenes.

¿Qué balance hace de su presidencia de la SEN?

Llevo un recorrido con mi junta directiva de cinco años, ahora en octubre nos queda un año de la segunda legislatura. Creo que hemos hecho cosas interesantes: hemos incidido mucho en la detección precoz de la enfermedad renal oculta, el Plan de Atención Renal y en la salud renal. Y el documento de consenso de 10 sociedades médicas es un hito que no habíamos logrado antes, creo que es muy importante. También hemos intentado afianzar el programa de formación, y por tanto, introducir nuestros criterios en la Comisión Nacional de la especialidad para que la formación de nuestros jóvenes residentes sea lo más completa posible. Y hemos intentado afianzar los 24 grupos de trabajo dentro de la sociedad: están trabajando para lograr los mejores

avances y la conjunción con otras especialidades. Por ejemplo, el grupo de diabetes –que yo coordino directamente– trabaja muy en contacto con otras especialidades para lograr frenar esta enfermedad, porque es la primera causa de

enfermedad renal crónica. Hemos hecho trabajos muy interesantes y, en general, hemos aportado un afianzamiento de la especialidad.

¿Cómo se plantea su último año como presidente?

Ya hay una nueva junta directiva y una presidenta electa, la doctora María Dolores del Pino, que tomará posesión en Barcelona en el próximo congreso, dentro de exactamente un año. Creo que, fundamentalmente, vamos a dejar un buen sabor de boca, porque hemos intentado actuar con toda transparencia –lo que es muy importante– y afianzando las bases de la Nefrología en un mundo bastante cambiante, de un mundo muy difícil por la situación económica. Hemos intentando mantener, y creo que lo hemos logrado, el número de becas y de ayudas importantes a la investigación a pesar de la crisis económica y de la crisis de la industria farmacéutica. También hemos mejorado el grupo editorial Nefrología y la revista Nefrología, que en seis años ha pasado a tener un factor de impacto del doble, de 0,6 a 1,274. Y todo ello trabajando codo a codo entre todos e intentando poner unas bases sólidas de futuro.

¿Quiere añadir algo más para concluir?

En Barcelona, dentro de exactamente un año, celebraremos nuestro 44 congreso, que conmemorará también el 50 aniversario de nuestra sociedad. Esperamos que sea un gran congreso científico, en el que se puedan poner de manifiesto más avances aún en el tratamiento de nuestros pacientes ■



Claves

del sistema sanitario frente al

cáncer

Diversas personalidades se han reunido en Valencia en la jornada “El sistema sanitario frente al cáncer”, organizada por la Fundación Bamberg y que ha contado con la colaboración de la Revista EL MÉDICO, para hablar de algunos retos en Oncología como son los largos supervivientes, el equilibrio entre innovación y sostenibilidad, la implicación de Primaria para la prevención de la enfermedad, y la eficiencia de los programas de cribado.

Texto y fotos | Silvia C. Carpallo



El debate no es si integramos la innovación, sino cómo equilibramos innovación y sostenibilidad”, así era como José Luis Poveda, jefe del servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario de la Fe definía el principal conflicto que se planteaba en la jornada “El sistema sanitario frente al cáncer”, organizada por la Fundación Bamberg y patrocinada por Novartis. En este encuentro se discutía, además, la necesidad de realizar un cambio de modelo en el abordaje de la enfermedad oncológica de una manera urgente. No hay que olvidar que si el aumento en la esperanza de vida supondrá un aumento de la incidencia, el camino hacia la cronicidad de la enfermedad, supondrá además un reto en cuanto al tratamiento de los largos supervivientes.

Es por ello, que iniciativas como los Planes Oncológicos realizados en la Comunidad Valenciana, que ya han obtenido resultados favorables, suponen un ejemplo a seguir por el resto de autonomías. Precisamente, el consejero valenciano, Manuel Llobart, era el encargado de clausurar esta jornada, recordando la importancia de los programas de screening. “La detección precoz es una de las herramientas fundamentales en la lucha contra la enfermedad, y una de las principales preocupaciones de esta comunidad”. De hecho, gracias a los programas de cribado poblacional en Valencia se han llegado a cifras de un 91 por ciento de supervivencia de cáncer de mama a los 3 años. Igualmente, el consejero destacaba su apuesta por el cribado en cáncer colorrectal, recordando que “a día de hoy el 58 por ciento de la población está incorporada en los programas de diagnóstico precoz”, que según estudios suponen un descenso de alrededor del 30 por ciento en la mortalidad de los pacientes.

En cuanto al copago en Farmacia Hospitalaria, que también afectará a los pacientes

oncológicos, era José Luis Trillo, de la dirección general de Farmacia y Productos Sanitarios, quien recordaba que aún no se ha decidido una fecha para su implementación en Valencia.

Una mejor continuidad asistencial es el reto para conseguir afrontar el futuro de los largos supervivientes.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en España y el coste de su tratamiento sigue siendo una de las preocupaciones para la sostenibilidad del sistema sanitario

Ese, y el entender que el cáncer no es sólo responsabilidad del oncólogo, sino del todo sistema, y por ello es necesario un abordaje multidisciplinar. Así, por ejemplo, Dolores Salas Trejo, de la dirección general de Salud Pública de la

Oficina del Plan del Cáncer, recordaba la necesidad de centrarse no sólo en el tratamiento, sino también en la prevención, que debe realizarse desde la Atención Primaria. “Uno de cada tres cánceres es prevenible”, citaba la experta, recordando que cuestiones como la alimentación o el ejercicio físico son condicionantes en algunos tipos de cáncer.

Aunque ya se ha demostrado que el diagnóstico precoz resulta fundamental, Vicente Guillem Porta, del Instituto Valenciano de Oncología, explicaba que también hay margen de mejora. Así, centrándose en el cáncer de mama, recordaba que si bien ha demostrado disminuir la mortalidad, todavía quedan por resolver temas como el sobrediagnóstico y el alto porcentaje de falsos positivos. Por otra parte, ponía de manifiesto que ya existen estudios sobre el screening en cáncer de próstata y de pulmón, aunque aún no se han obtenido resultados relevantes al respecto.

Por su parte, Salvador Peiró, jefe del área de investigación de salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, subrayaba otra de las cuestiones principales, el alto coste de la innovación. A su entender, los precios de los fármacos deberían adecuarse en mayor medida al beneficio real que aportan al paciente, para “pagar

según su valor real y no según el coste de su producción”. Emili Esteve, director del departamento técnico de Farmaindustria, defendía, por su parte, que hay que dejar de ver el gasto farmacéutico “como un problema”, ya que en vez de celebrar la entrada de 35 nuevos fármacos al año, “parece que autorizamos 35 nuevos problemas”. Lo que quedaba claro es que el alto coste de los nuevos fármacos oncológicos, tanto para la industria, como para las administraciones, necesita una nueva perspectiva que permita afrontar la innovación dentro de un entorno más sostenible.

Por el contrario, Antonio Llobar Cussac, jefe del servicio de Oncología Médica del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, reflexionaba sobre la necesidad de atender, a la hora de la financiación, a criterios de calidad de vida del paciente, “y no sólo de supervivencia”, como se hace en otro tipo de patologías.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en España y el coste de su tratamiento sigue siendo una de las preocupaciones para la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, se estima que el coste total del cáncer supone entre el 4 y el 6 por ciento del gasto sanitario total de nuestro país, y alrededor del 6,6 por ciento del gasto en medicamentos. Ante los cambios sociales y poblacionales, se nos plantea un futuro de cambios y de retos por abordar en el manejo de esta patología, dentro de un entorno que ha de ser mucho más sostenible. Así, algunas de las propuestas para conseguir este objetivo son las siguientes:

- Se plantean dos grandes frentes a los que buscar soluciones. Por un lado, el hecho de que el aumento de la esperanza de vida va a suponer un aumento en la incidencia de esta enfermedad. Por otro, que el camino hacia la cronicidad tendrá como resultado un aumento de largos supervivientes, y por tanto, un aumento en el gasto sanitario.
- Los Planes Oncológicos suponen una herramienta real de mejora a este respecto, sobre todo, debido a la implica-

ción de los profesionales. Ejemplo de ello son los últimos tres planes de la Comunidad Valenciana, elaborados desde 2002, que han conseguido buenos resultados.

- En el abordaje de los pacientes oncológicos no sólo hay que tener en cuenta el tratamiento, sino también la prevención. Se calcula que uno de cada tres cánceres es evitable, y a día de hoy se conoce que la mejora de los hábitos de vida, sobre todo en lo referente al tabaco, la alimentación y el ejercicio físico, son factores clave en algunos tipos de cáncer. Por ello, la implicación de la Atención Primaria resulta fundamental en la educación sanitaria del paciente para ayudar a disminuir el número de casos.
- El diagnóstico precoz es una de las claves en la lucha contra esta enfermedad. Si bien la educación sanitaria puede aportar mejoras a este respecto, son los programas de cribados poblacionales los que están aportando mayores beneficios. Aunque es cierto que no en todos los tipos de cáncer se consiguen resultados mediante el screening poblacional, en otros, como en cáncer de mama, colorrectal y cérvix, los cribados ayudan no sólo a disminuir la mortalidad de la enfermedad, sino que además suponen una mejor atención al paciente, gracias a los protocolos de actuación. En cuanto a posibles mejoras dentro de los mismos, destaca la necesidad de disminuir el porcentaje de diagnóstico excesivo y de falsos positivos, sobre todo en cáncer de mama.
- La formación, no sólo de los pacientes sino también de los profesionales, resulta fundamental en la mejora de la calidad asistencial. Hay que tener en cuenta que el conocimiento en materia oncológica aumenta cada día, y por ello es necesario que los profesionales tengan acceso a una formación continuada que les permita hacer frente a un paciente cada día mejor informado. Igualmente, la formación en habilidades, como la comunicación y la gestión clínica, ayudarán en este sentido.



- Sigue sin existir una buena coordinación entre los niveles asistenciales, aun siendo conscientes de la necesidad de tratar la enfermedad oncológica desde una perspectiva multidisciplinar. Por ello, se propone la creación de protocolos de actuación que permitan definir un circuito rápido y eficaz con Atención Primaria, tanto para el diagnóstico, como para el seguimiento de los largos supervivientes.
- Por otra parte, se estima necesario definir y determinar hospitales de referencia, ya que se considera que no todos los centros deben tratar todo tipo de patologías complejas, apostando, por tanto, por la especialización y por el trabajo en red como herramienta de eficiencia.
- La financiación de los tratamientos y la eficacia terapéutica de las innovaciones oncológicas es uno de los centros del debate, teniendo en cuenta que el conflicto no está en cómo integrar la innovación, sino en cómo equilibrar innovación y sostenibilidad.
- Existe la necesidad de que en la financiación de los nuevos fármacos oncológicos se tenga en cuenta no sólo el aumento de la supervivencia, sino también la mejora de la calidad de vida del paciente, como se hace en otro tipo de patologías. De esta manera, sería necesario la presencia de nuevos actores, que actuaran como moduladores en la decisión de las agencias reguladoras, para aportar un mayor conocimiento técnico en este sentido.
- Algunos expertos señalan, igualmente, la necesidad de que los fármacos innovadores adecúen sus precios en relación con los beneficios clínicos reales para el paciente.
- Por su parte, la industria farmacéutica apunta a la importancia del sector como motor de innovación, al igual que plantea la necesidad de dejar de ver el gasto farmacéutico como un problema, apostando por ser más eficientes en todos los ámbitos, y no sólo centrándose en los recortes en este sector, que al final afectan también al propio paciente.
- En cuanto a la equidad en el acceso a los fármacos se debate la conveniencia o no de las comisiones autonómicas de evaluación de fármacos, teniendo en cuenta que las CC.AA. ya participan activamente en la realización de los Informes de Posicionamiento Terapéutico y en la Comisión de Precios. Evaluando pros y contras, se valora que si bien estas comisiones generan equidad dentro de cada comunidad, podrían producir inequidad en el conjunto del territorio español. Así, se plantea la necesidad de un trabajo en conjunto con las comisiones de los propios hospitales, y una redefinición de sus funciones, quizás más centrada en el seguimiento ■





La fama, la promoción,
la estabilidad en el empleo
y la financiación,
factores que conducen al cada vez más extendido

fraude científico

Los científicos reclaman organismos con capacidad de investigar y sancionar unos delitos que crean alarma social y que despiertan grandes esperanzas a enfermos a la espera de un milagro curativo.

Texto | Carmen Villodres



REPORTAJE

La fama, la promoción, la estabilidad en el empleo y la financiación, factores que conducen al cada vez más extendido fraude científico

El fraude científico ha existido desde que se inventó la Ciencia. No obstante, el aumento de la cantidad y la frecuencia con que se producen las malas praxis o la falta de integridad científica está creando alarma en la propia sociedad científica que pide una educación basada en la ética y la creación de organismos con capacidad sancionadora. Son los propios científicos, que ven peligrar su credibilidad en la sociedad y por tanto la efectividad de su labor, los que denuncian las pocas sanciones habidas en la historia del fraude y cómo los colegas que juegan sucio a veces continúan publicando, con un simple cambio de residencia. La fama, la promoción, la estabilidad en el empleo y la financiación son factores diabólicos que conducen al fraude.

Así se ponía de relieve en una jornada denominada “El fraude científico a examen”, celebrada en la Fundación Rafael del Pino y organizada por la Fundación Ciencias de la Salud. Como representante del Ministerio de Economía y Competitividad, Juan María Vázquez, director general de Investigación Científica y Técnica, manifestaba la necesidad de comunicar el fraude en cuanto es conocido con el objetivo de que no se repita sucesivamente, “llegando a evitar el avance en los conocimientos”.

La causa de que se cometan cada vez más fraude la buscó en que cada vez resulta más fácil “acceder a la información de los avances científicos en general y a los experimentales en particular”; circunstancia a la que sumó el que cada vez es más fácil identificar las irregularidades. Consideró que desde el colectivo científico la comunicación es un acto natural, dada la necesidad de difundir los trabajos.

Analizó el fraude desde diversas perspectivas, es decir, como engaño al contar algo que ya ha sido contado, o contar algo que no existe a través de la falsificación de los datos científicos.

Alarma social y creación de falsas expectativas de curación

En cuanto a las consecuencias, Juan María Vázquez apuntó además de la posibilidad de que se enlentecan avances científicos y médicos, la creación de alarma social, sobre todo, en temas de seguridad alimentaria, o de crear falsas expectativas a pacientes esperanzados en conseguir ayudas en salud.

Como autoridad sanitaria, Vázquez aseguró que “nos proponemos articular un sistema que incluya recomendaciones y que incluso se legisle en relación con este aspecto”.

Recordó que la Ley de la Ciencia, la Tecnologías e Innovación ya recogía la creación del Comité Español de Ética de la Investigación, un órgano consultivo entre cuyas funciones está la elaboración de los principios generales que deben existir en un código de buenas prácticas, así como emitir informes, propuestas y recomendaciones.

Anunció que el Consejo Asesor de la Ciencia Tecnología e Innovación está trabajando en él y que concretamente en estos momentos se está definiendo cuántos vocales lo deben componer y qué perfil han de tener estos vocales para que estén representados los científicos de las diferentes áreas, así como la sociedad civil. Este comité, especificó, debe tener un grado de coordinación máximo con otros comités que existen como es el caso del Comité Español de Bioética o la propia Red de Comités de Ética en territorio nacional, así como los organismos internacionales donde haya representación española.

La falta de organismos sancionadores

Reconoció que queda mucho por hacer y que no hay, en muchos muchos casos, mecanismos que garanticen las sanciones que deben recaer sobre los que infringen las normas éticas en ciencias para su beneficio personal; aunque reconoció que en muchos casos es la

propia comunidad científica la que se encarga de identificarlos y sancionarlos.

Apuntó concretamente a las rectificaciones o retirada de las revistas donde han sido publicados los estudios fraudulentos como uno de los elementos más potentes de que dispone el sistema actualmente. Se refirió a las revistas *Science* o *Nature*, como medios que aunque prestigiosos, disponen de poco tiempo para evaluar y tomar decisiones, por lo que consideró que los sistemas de evaluación, han de incrementarse analizarse y mejorarse por parte de los editores de dichas publicaciones.

El presidente del CSIC, Emilio Lora Tamayo, evaluó que dada la credibilidad y el reconocimiento alcanzados por científicos y médicos ante la sociedad, “el fraude científico sería una bomba de relojería colocada en el epicentro de la diana del prestigio de nuestra profesión”. Por ello, sentenció que “si un científico miente, se inventa datos; manipula pruebas; o se olvida citar sus fuentes; se apropia de ideas ajenas; o miente en general y de manera deliberada, está haciendo daño a todos sus colegas, a la Ciencia misma, a los sistemas de I+D, a la financiación de los proyectos, a las becas y a los procesos de selección de personal. En suma, está cometiendo un delito contra todo y contra todos porque pone en cuestión la honorabilidad de la profesión, sobre la que descansa su credibilidad”.

Pese a todo ello, denuncia el presidente del CSIC, cuando el falsario es pillado en falta las consecuencias son muy leves, apenas un descrédito entre sus colegas. Pero tras un breve período, denuncia, el investigador deshonesto puede volver a presentar proyectos y enviar artículos.

Analizó que el coste del fraude científico en Europa, en general, y en España, en particular, es generalmente modesto, si bien es grande el daño que los falsarios causan al sistema.

Implacables en la persecución del fraude

Explicó que en el organismo que preside,

el CSIC existe un Comité de Ética “en el que se tratan estos desagradables asuntos”. Prosiguió aseverando que “los presidentes no debemos interferir en sus deliberaciones pero mi punto de vista como un científico más es que se debe ser muy estricto e incluso implacable en la persecución del fraude, y no sólo porque atenta contra nuestro prestigio profesional sino porque va contra la naturaleza misma del quehacer científico que consiste en ensanchar el campo del conocimiento humano, y eso solo se puede hacer con inteligencia y con una escrupulosa honradez”.

Posteriormente dio el detalle de que el Comité de Ética del Consejo fue creado en julio 2008, con un máximo de 12 miembros, que nunca ha alcanzado, y que actualmente consta de once. Aclaró que “estos se han ido renovando, con lo que hasta la fecha han participado 17 personas”. En cuanto al papel desempeñado por el organismo citó que ha tratado 25 conflictos por fraude, declarándose competente para informar en 18 de ellos; especificó que en 11 casos se han tratado de reclamación de derechos por plagio; en 6 ocasiones el conflicto ha sido de falsedad o fabricación de datos y en una ocasión el fraude ha venido causado por el aprovechamiento indebido de la cesión de datos.

En cuanto a la labor realizada por el Comité apuntó a la elaboración de un Código de Buenas Prácticas Científicas, referente de integridad científica, así como otros documentos de referencia como una Guía sobre la Responsabilidad de los Autores en Publicaciones Multidisciplinares y un documento sobre el Procedimiento para la Tramitación de Conflictos por el Comité de Ética. Actualmente, reveló, el Comité elabora una guía sobre el conflicto de intereses.

La verdad, la honestidad y la integridad científica como principios

“El fraude en la Investigación Básica” fue el tema elegido por el presidente del Comité de Ética del CSIC, Miguel García Guerrero, quien también realizó algunas consideraciones sobre la alta estima que tienen en la sociedad a médicos y a científicos, si



bien mencionó que en el otro lado de la balanza existen opiniones que dicen que se trabaja para satisfacer la propia curiosidad y que los científicos pueden ser considerados peligrosos, despistados, o que “realizamos investigaciones que exceden los límites de la ética aceptable y que mentimos sobre nuestras investigaciones para conseguir algún beneficio personal”. Como principios de la Ciencia apuntó a la verdad, a la honestidad y a la integridad científica.

En cuanto a la definición de fraude explicó que sería una acción contraria a la

verdad y a la rectitud cuyo objetivo es conseguir un beneficio en perjuicio de otros, pudiendo ser ese otro una persona, una organización, una comunidad, o la propia Ciencia y matizó que cuando se habla de fraude en Ciencia se entiende cualquier forma de mala práctica en investigación que tenga el interés primario de engañar o que se corresponda con ejercer una conducta contraria a la deontología o ética científica.

Aquí se refiere a un cambio de terminología, aclarando que en la actualidad se lo suele llamar integridad científica.



REPORTAJE

La fama, la promoción, la estabilidad en el empleo y la financiación, factores que conducen al cada vez más extendido fraude científico

LOS PRINCIPALES FRAUDES CIENTÍFICOS

Aunque no todas las listas coinciden se ha tratado de componer una con los casos que se repiten siempre en las distintas clasificaciones fraudulentas, y que quedaría así:

- ▶ El que se lleva el palmarés, sin duda, es el investigador surcoreano Hwang Woo-Suk, que junto con su equipo hicieron creer a todo el mundo en 2004 que habían conseguido clonar por primera vez embriones humanos. El fraude le costó 2 años de cárcel y la suspensión.
- ▶ El segundo puesto podría ser para el hombre de Piltdown, que se remonta, nada menos que a 1912, cuando aparecieron en Inglaterra un cráneo y su correspondiente mandíbula “de una especie desconocida” que llevó a algunos a hablar, nada menos, que del “eslabón perdido” y que resultó ser una falsificación. El fraude fue descubierto en 1949.
- ▶ Otro fraude de paleontólogos consistió en la presentación de un extraño animal, mitad dinosaurio mitad ave, que lucía en la portada del National Geographic, como el eslabón perdido entre los dinosaurios y las aves. Un escáner fue suficiente para detectar que se trataba de un pequeño dinosaurio al que habían trasplantado partes de un ave.
- ▶ Los vestigios arqueológicos también tienen su lugar en los fraudes famosos. Se trata del arqueólogo japonés que en el año 2000 aseguró haber encontrado utensilios y agujeros que se retrotraían a la friolera de 600.000 años atrás. El hallazgo se acabó cuando lo pillaron recomponiendo el lugar.
- ▶ Uno de los casos más dramáticos, puesto que acabó con el científico defraudador pegándose un tiro, es el de Paul Kammerer, uno de los biólogos más importantes de la primera mitad del siglo XX, empeñado en demostrar que las habilidades de los animales se pasan a sus descendientes. El científico habitó a los sapos parteros a aparearse en el agua (como lo hacen las ranas). Y Kammerer aseguraba que a la progenie de estos sapos les salían las mismas espinitas que a las ranas cuando se apareaban, afirmación que le llevó a aparecer en la publicación *Nature*. Un colega descubrió que las características de los sapos no eran naturales y que Kammerer les había inyectado tinta china en sus patas.
- ▶ Otro engaño relacionado con animales ocurrió en 1973 y vino de la mano de William T. Summerlin, quien aseguró haber obtenido un trozo de piel sin rechazo en unos ratoncillos. Bastó limpiar a los roedores con alcohol para demostrar que habían sido pintados.
- ▶ Los átomos también tienen su lugar en la falta de *fair play* científico y el siguiente caso data de 1999 cuando la revista *Scientist* publicó el descubrimiento del elemento 118, el átomo más pesado conocido hasta el momento. Pronto se descubriría que uno de los componentes del equipo había falsificado los datos.
- ▶ Ocurrió en 1989 y consistió en que los investigadores Stanley Pons y Martin Fleischmann anunciaran la invención de la “fusión fría” como un sistema tan barato como sencillo de producir energía nuclear. El tema quedó como una simple confusión.

Hay sospechas de que varios científicos, hoy iconos de la ciencia, cometieron fraude en alguna etapa de su trayectoria profesional.

- ▶ Una investigación sobre las pesquisas de nada menos que Louis Pasteur descubrieron diferencias entre los apuntes de laboratorio y lo posteriormente publicado sobre las vacunas de la rabia y el ántrax, que contaban con financiación del Gobierno francés.
- ▶ Gregor Mendel tampoco está libre de sospechas. Varios colegas apreciaron que las proporciones utilizadas por el fundador de la genética eran sospechosamente perfectas para ser reales.
- ▶ Y de Isaac Newton se sospecha que organizó sus ecuaciones de forma que los resultados respondieran a lo que se esperaba exactamente de ellos.

Las consecuencias del divorcio entre Ciencia y Humanidades

Se mostró crítico con el divorcio que se ha producido entre Ciencia y Humanidades y citó al físico y novelista Charles Percy Snow, quien en los años 50 dio una influyente conferencia titulada “Las dos culturas” que provocó amplia difusión y debate. Posteriormente publicó “Las dos culturas y la revolución científica”, en la que argumentaba que la ruptura entre las dos culturas de la sociedad moderna, la Ciencia y las Humanidades, fue un obstáculo importante para la solución de los problemas mundiales.

Siguiendo con las distintas definiciones de fraude, aclaró que en EE.UU. la definición federal aceptada es “mala praxis en investigación” y que la clasifican en fabricación, falsificación y plagio. Puntualizó, además, que los norteamericanos no incluyen como mala praxis errores honestos o diferencias de opinión; sin embargo, añadió como un aspecto importante que los norteamericanos incluyen a la hora de definir mala praxis es que tiene que haber una desviación significativa de la prácticas aceptadas por la comunidad científica, deliberadamente o imprudentemente, y además que se pruebe la preponderancia de las pruebas, de acuerdo al hecho.

Con respecto a Noruega comentó que El Comité Noruego de Deshonestidad Científica entiende como mala praxis toda desviación seria de las prácticas de las investigaciones aceptadas como éticas a la hora de hacer la investigación en alguna de sus facetas.

En cuanto a la idea británica indicó que introduce el comportamiento del investigador, sea el fraude intencionado o no. Los británicos también incluyen aspectos como el no estar a la altura, o no dar la talla de estándares de ética científica adecuada.

Los científicos pecadores y la punta del iceberg

Citó a la revista *Nature* que ha publicado que 1 de cada 3 científicos peca. En referencia a una encuesta realizada a casi 8.000 científicos en la que se les hacían

preguntas acerca de faltas cometidas y el resultado básico fue que de 2.000 que contestaron el 0,3 reconocía que había falsificado; en cuanto al plagio, un 1,4 por ciento confesó haber plagiado o haber realizado un cambio en el diseño, la metodología o el resultado del estudio. La conclusión a la que llegan algunos investigadores es que un tercio dice que ha estado implicado en algún mal comportamiento.

En referencia a un estudio realizado por la agencia Gallup para la Oficina de la Investigación Científica de EE.UU. en 2006 y revisado en 2008 entre 4.000 investigadores de hospitales y otras organizaciones dio como resultado que 120 casos implicaban fabricación o falsificación y otros 73 que incurrían en plagio. Hay que reseñar que solo contestaron la mitad de los encuestados. En base a esta cifra calcularon que el fraude se da en un 3 por ciento por año. Según las cuentas de la agencia Gallup saldrían casi 5.000 incidentes al año. Aunque teniendo en cuenta que solo habían contestado la mitad, Gallup se puso en el mejor de los escenarios y concluyó que los que no contestaron fue porque no cometieron ningún tipo de tropelías. Así que lo dejaron en un 1,5 por ciento; lo que quiere decir, unos 1.500. No obstante, un metaanálisis que incluía 21 estudios, que englobaban las respuestas de 11.647 científicos, concluyó que el 2 por ciento de los científicos habían cometido fraude al menos una vez a en su carrera.

Aunque estas cifras “chirrían” y son desproporcionadas en comparación con la gran cantidad de denuncias que llegan a la Oficina norteamericana cada año; circunstancia esta que hace pensar a los estudiosos que solo sale a la luz la punta del iceberg del problema.

Otro estudio de 2009, citado por Miguel García Guerrero, refleja que cuando los científicos hablan de mala praxis referida a otros colegas, aseguran conocer falsificación en un 14 por ciento de los casos.

El presidente del Comité de Ética del CSIC asegura que en todo el mundo se dan casos de mala praxis o de faltas de integri-

dad científica. No obstante apunta a China, a Japón y, en general, a los países asiáticos, como los lugares donde más artículos fraudulentos se dan.

El fraude, una cuestión de sexo

Como dato curioso hizo mención a un estudio- realizado entre 1994 a 2012- que concluía que los hombres cometen más fraude que las mujeres y que las malas prácticas se dan a todos los niveles, desde estudiantes a decanos. También hizo mención a un artículo de la revista *Nature* de 2009 que reflejaba que se defrauda con asiduidad en investigación clínica, farmacológica y médica, si bien el área biomédica también quedaba muy bien representada.

En cuanto al por qué ocurre la mala praxis o la falta de integridad científica, las razones que esgrime Miguel García Guerrero son muy similares a las que exponen sus colegas. No obstante, introduce el dato de que estudiosos de fraude coinciden en que fama, promoción, estabilidad en el empleo y financiación son incentivos diabólicos para el fraude.

Los premios y las recompensas al éxito son considerados también como importantes incentivos para defraudar y existen casos ya evaluados al respecto, si bien algunos objetan que en ciencia la competición tiene aspectos positivos.

El llamado “efecto Mateo” también entra en juego como un incitador a la hora de pecar contra la ciencia; se trata de la conocida parábola de los talentos que dice que “al que tiene se le dará y se le dará en abundancia y al que no tiene, aun lo que tiene se le quitará”. Sociológicamente consiste en el fenómeno de acumular riquezas, bienes o fama y lo utilizó por primera vez en un artículo en la revista *Science* el sociólogo Robert K. Merton.

Una de las recomendaciones del presidente del Comité Ético del CSIC para evitar las malas prácticas es la publicación de guías para fomentar las conductas responsables en investigación, así como las guías de buenas prácticas y, si esto no basta y aparece el defraudador, se impone la sanción.

Como recomendaciones citó la prevención, el estableciendo de una cultura de la honestidad en el trabajo, en la institución y en el laboratorio. El seguimiento del trabajo y del progreso de la investigación por parte de los mentores, así como discutir sobre resultados crudos e informar y educar en ética científica, los consideró fundamentales para progresar en el *fair play* científico.

La importancia de difundir el fraude

En cuanto a los mecanismos de detección aseguró que hoy existen muchos, especialmente de plagio de programas informáticos. Eso sí, insistió en que una vez detectado el delito, hay que investigarlo cuidadosamente, reprimir o sancionar. Y desde luego, difundir el hecho.

Otro hecho fraudulento comentado por Miguel García Guerrero es el del psicólogo social holandés Diederik Stapel, tan famoso en su país que logró publicar en *Science* un llama-

mativo artículo. En esencia, aseguraba que la gente sometida a entornos y vidas desordenados tiende a despreciar a los extranjeros. Una investigación encabezada por Pim Levelt, antiguo presidente de la Academia Holandesa de Ciencias, concluyó con que el psicólogo inventó los resultados de su tra-

bajo. Todo. Desde las encuestas a la recopilación de datos era falso. Ante la evidencia del fraude, Stapel reconoció su culpa y pidió ayuda. Este profesional fue suspendido de empleo y sueldo por su Universidad y posteriormente perdería también el contrato.

Cuando el falsario es pillado en falta las consecuencias son muy leves, apenas un descrédito entre sus colegas. Pero tras un breve periodo puede volver a presentar proyectos y enviar artículos



REPORTAJE

La fama, la promoción, la estabilidad en el empleo y la financiación, factores que conducen al cada vez más extendido fraude científico

Un científico defraudador en prisión

Como caso reciente mencionó el de Eric Pohlman, un experto en obesidad y envejecimiento que ha sido el primer científico condenado a prisión en Estados Unidos por falsificar datos en una solicitud de beca. Tras ser denunciado y reconocer que había falsificado 17 solicitudes de becas financiadas por el *National Institute of Health*, además de inventarse resultados en al menos 10 trabajos, fue condenado en 2006 a un año y un día de cárcel, a no solicitar más becas en su vida, y obligado a enviar cartas de retractación y rectificación a varias revistas científicas en las que había publicado sus trabajos.

Por ello, tras reconocer que para darle respuesta al fraude se requiere una infraestructura, como un comité nacional porque “los comités locales ni son suficientes ni tienen ánimos”, se preguntó qué pasa en España con la Ley de la Ciencia, la Tecnología y e Innovación de 2011 que preveía la creación de un Comité Ético que lideraría estas cuestiones y que no acaba de llegar.

El director del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CBM), Santiago Lamas Peláez, dedicó su intervención a “La integridad científica en el ámbito de la investigación clínica: Mecanismos de Prevención y Lucha contra el Fraude”. Empezó por explicar que la integridad científica es un concepto bastante amplio que afecta al ámbito individual o institucional. En lo referente al plano individual de la investigación científica distinguió cuatro pilares fundamentales: imparcialidad, rigor transparencia, objetividad e independencia.

Uno de cada 1.000 trabajos, retractado

En cuanto a la retractación de trabajos científicos publicados elevó la incidencia

de uno por cada mil trabajos. Matizó que el índice de retractaciones tiene mucho que ver con el impacto de la revista (concretamente el número de veces que esa revista es citada a los largo del tiempo), percibiéndose el máximo prestigio cuando se publica en una revista reconocida.

El coste del fraude científico en Europa, en general, y en España, en particular, es generalmente modesto, si bien es grande el daño que los falsarios causan al sistema

El CSIC investiga si Jesús Ángel Lemus, veterinario contratado en la Estación Biológica de Doñana (Sevilla), alteró o inventó datos en decenas de estudios durante años. Lemus fue denunciado por jefes y compañeros en 2011. El investigador había trabajado con anterioridad en el Museo Nacional de Ciencias Naturales y en el Instituto de Investigación en Recursos Cinegéticos y ha firmado una veintena de estudios en revistas prestigiosas como *Science* o *Plos One (Public Library of Science)*, por lo que la retirada de estos artículos sería un duro golpe para la ciencia española que actualmente no pasa por uno de sus mejores momentos.

Como un caso que despertó especial alarma y controversia mencionó el artículo que, publicado por revista británica *Lancet* y firmado por un equipo liderado por Andrew Wakefield en 1998, relacionaba la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y paperas) con el autismo. Varios expertos aseguraron que tales tesis eran falaces pero muchos padres británicos no va-

cunaron a sus hijos y ese miedo a las vacunas se contagió a Estados Unidos, Canadá Y Nueva Zelanda y como consecuencia se produjo un rebrote de sarampión en estos países.

La tardanza en rectificar

Lo terrible del retractamiento es que llega muchos años después, puesto que ese artículo no fue totalmente retractado hasta 2010; circunstancia esta que es frecuente y que fue denostada por prácticamente todos los participantes de la jornada “El fraude científico a examen”.

En el año 2000 se observaron anomalías en los resultados del anestesista Yoshitaka Fujii. Han sido necesarios más de diez años para que se retiren 17 de sus artículos y existen más de un centenar bajo sospecha que podrían ser retirados de las revistas en las que fueron publicados.

Del “Fraude en la publicación científica” se encargó Fernando Cossío, presidente de Ikerbasque, que puso el acento en como muchas revistas publican correcciones de datos, situación que diferenció de la retirada del artículo completo.

La Ley de la Ciencia ya recogía la creación del Comité Español de Ética de la Investigación, órgano consultivo entre cuyas funciones está la elaboración de los principios generales que deben existir en un código de buenas prácticas

Como una forma de fraude “increíble” citó los casos en que un científico introduce su nombre en trabajos de otros. En estos casos reconoció que, aunque es una falsificación muy burda, a veces cuela “porque en la comunidad científica hay muchos puntos basados en la confianza y se piensa que nadie se va

a dar cuenta”. Por ello indicó la obligación de firmar todas páginas de un currículum.

Filtros que previenen

Como una forma de prevenir fraude explicitó que “en muchas revistas ya se incluye

al final la intervención de cada uno de los autores”. Esto puede evitar que personas que aparecen en los agradecimientos, o bien en calidad de una contribución honorífica, pretendan haber participado activamente en los trabajos.

Otro tipo de fraude expuesto por Fernando Cossío es el relacionado con que el autor pase un par de semanas en un centro y lo incluya en una publicación como si el trabajo se hubiera realizado allí; o el caso del investigador que va a un destino nuevo y para adquirir méritos sitúa el trabajo en esa nueva ubicación, en detrimento, en ocasiones, del organismo donde realmente se ha desarrollado el trabajo, circunstancia que genera, explicitó, competencia institucional.

Como otro tipo de fraude se refirió al autoplagio; problemas que advirtió que se pueden evitar citando la procedencia de ciertos datos. También valoró como de gran utilidad publicar una nota haciendo saber que el artículo está siendo sometido a revisión.

Echó mano del viejo *adagio* de que “la confianza está bien; pero verificar es mejor” y abundó en la importancia de verificar una y otra vez los datos y la trazabilidad de los trabajos.

Según un artículo publicado en la revista PNAS el fraude científico se ha multiplicado por 10 desde 1975. Ese estudio mostraba además que la gran mayoría de los trabajos retirados no se debían a errores sino a engaños intencionados de sus autores. Otro estudio elaborado por Thomson Reuters para *The Wall Street Journal* señalaba que, mientras el número de artículos publicados en revistas científicas solo ha crecido un 44 por ciento desde 2001, el de artículos retirados se ha multiplicado por 15.

Dos investigadores responsables de casi el 26 por ciento de fraude

Uno de los datos a tener en cuenta es que en 2011, solo dos investigadores, el anestesista alemán Joachim Boldt y el investigador japonés de cáncer Naoki Mori, fueron los responsables del 25,9 por ciento de todos los artículos retirados. La buena noti-



cia es que hasta 2002 eran necesarios de media más de cuatro años (49,8 meses) para detectar un artículo fraudulento y retirarlo. En cambio, desde esa misma fecha ese tiempo se ha reducido a menos de dos años (23,8 meses).

Diversos estudios han detectado igualmente que las revistas con un factor de mayor

impacto detectan y retiran con mayor celeridad los artículos fraudulentos

Y en un artículo publicado en PNAS, se había descubierto que de todas las revistas analizadas, las más influyentes y respetadas como *Science* y *Nature*, son también las que tienen más artículos anulados por fraude, aunque la publicación matiza que esta circunstancia no tiene por qué significar que sus filtros sean burlados con más frecuencia, sino todo lo contrario. Invita, además, a tener en cuenta que los trabajos publicados en las grandes revistas son sometidos a un escrutinio mucho mayor por muchos más científicos en todo el mundo que en las de menor impacto.

Aunque las cosas vistas desde el otro lado pueden ser distintas como lo demuestra unas declaraciones de Oscar Marín, el español descubridor de los llamados pasillos neuronales, y miembro del consejo editorial de *Science*, que ha declarado a una publicación española que hoy en día es prácticamente imposible detectar un fraude científico. Y sin dudar, añade que “es fácil inventar una historia y crear evidencias para justificarla”, si bien matiza que el sistema científico funciona porque “el tiempo viene a poner las cosas en su sitio” ■

Documentación y fuentes

1. Jornada “El fraude científico a examen”, celebrado en la Fundación Rafael del Pino de Madrid y organizado por la Fundación Ciencias de la Salud.
2. Web del Consejo Superior Investigaciones Científicas (páginas Comité Ético).
3. BOE (Ley de la Ciencia de la Tecnología e Innovación).
4. Artículos *Science* y PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences).
5. “Historia reciente del fraude en la investigación Biomédica”, estudio de Xavier Bosch.
6. El Top Ten de los fraudes más famosos de la Historia.



Profesionalización
e independencia,
claves de una buena

gestión en Salud

El Aula de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) ha celebrado unas jornadas en Granada donde los profesionales han analizado los nuevos retos de la gestión clínica y sus diferentes modelos. El análisis y la comparación de resultados, la profesionalización, la autonomía y la adaptación a los cambios de la sociedad han sido los ejes principales de este encuentro.

Texto y fotos | Ángeles Huertas



La necesidad de un mayor protagonismo y autonomía en la gestión de los profesionales ha quedado patente en la última reunión del Aula de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), celebrada en Granada durante los días 26 y 27 de septiembre. El encuentro, que ha tenido lugar en el Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (Genyo), ha servido para poner de manifiesto cómo la mejora de la gestión clínica y la evaluación de resultados son cruciales para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Dra. Marta Aguilera, presidenta de la SEDAP, relataba durante la presentación de estas jornadas de intercambio de experiencias que, aunque se han dado importantes pasos en la Gestión Clínica, aún quedan retos esenciales a los que hacer frente como son “la autonomía de los profesionales, la profesionalización de los directivos, la atención a la cronicidad y el avance en los resultados de salud y en los modelos de provisión de servicios”. La evaluación de estos resultados debe hacerse, según Aguilera, “tanto en el ámbito hospitalario, de Atención Primaria como en la Salud Pública”. Todo ello en un ámbito en el que hay que evaluar la provisión de servicios para lograr una mayor transparencia y adaptar el papel del directivo a las nuevas necesidades.

El aumento de la cronicidad es, según Aguilera, una de estas realidades. “Es un hecho desde hace muchos años, y el sistema de salud debe adecuarse a ello”, afirma. Actualmente se estima que 85 de cada cien consultas de Atención Primaria y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios están relacionados con las patologías crónicas. Así que para la

presidenta de la SEDAP, “esta situación debe representar una prioridad en las políticas sanitarias y reflejarse en las estrategias de la Administración estatal y autonómica”.

En este sentido, Aquilino Alonso Miranda, viceconsejero de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, aprovechó su presencia en el Aula SEDAP para reivindicar el papel de los profesionales de Atención Primaria, que son, en su opinión, “los que más cerca están del ciudadano y los que deben intentar ayudarles a pasar estos momentos de crisis lo mejor posible”. El responsable político, que destacó en su presentación el hecho de haber estado 24 años como director de un distrito de Atención Primaria, denunciaba el retroceso que se ha vivido en la Sanidad en los últimos cinco años y cree que hay que luchar contra el “no desmantelamiento del sistema”. “Debemos trabajar por todos esos derechos que hemos adquirido, para que no los perdamos”. Alonso, igualmente, animaba a los profesionales “a sacar el mejor rendimiento posible de lo que están haciendo” y conseguir “una mayor implicación en la gestión para lograr mejores resultados”.

El modelo catalán

En Gestión Clínica aún quedan retos esenciales a los que hacer frente como son la autonomía de los profesionales, la profesionalización de los directivos, la atención a la cronicidad y el avance en los resultados de salud

y partiendo de esta base hay que estar preparados para el futuro y especializarnos en nuestro rol para hacerlo bien”. Este camino pasa, para el gestor catalán, “por la separación de funciones, ya que proveedor necesita tener autonomía de la gestión”.

El escenario del cambio, asegura Cunille-

ra, viene marcado por unos nuevos pacientes, nuevos roles profesionales, una revolución tecnológica y un nuevo escenario económico y social. “Este escenario además está marcado porque el crecimiento se ha interrumpido y desde hace tres años estamos en retroceso, hay una crisis de confianza en la que a los gestores públicos se les pide más transparencia, hay que llegar a más con menos (llegar a la eficiencia) y existe una limitación de la inversión pública porque es necesario una búsqueda de participación de terceros. Además, hay una necesidad de coresponsabilización de todos los actores (Administración, proveedores, ciudadanos y bioindustrias)”.

El nuevo perfil del paciente pasa, según la



argumentación de este especialista, “por un empoderamiento a través de la red, un ahorro con criterio clínico, un paciente polimedcado, el manejo ambulatorio del paciente frágil complejo que provoca nuevos paradigmas de la gestión clínica y la efectividad a partir de la adecuación”. Los profesionales también tienen roles diferentes en este nuevo escenario en el que “la gestión debe profesionalizarse y para ello se exige que cuenten con nuevas habilidades con mayor flexibilidad, versatilidad y habilidades comunicativas”. Además, deben estar más comprometidos y trabajar con sus organizadores.

La revolución tecnológica significa en todo este proceso que “pasamos del Internet en las personas al Internet en las cosas, a la

atención a través de la red, al control clínico a domicilio, a la telemedicina y al bigdata en el icloud”. En definitiva, “la Medicina personalizada”, -apostilla Ramón Cullera-, “ha llegado”.

Todo esto lleva, augura, a un nuevo planteamiento del servicio público en el que los roles del sistema sanitario de financiador, planificador, comprador y proveedor no pueden ser llevados por un solo actor. “Cada uno debe hacer su trabajo”. Desde este planteamiento “creemos que los proveedores deben ser diversos para poder tomar sus

propias decisiones y no depender del comprador”.

Cataluña es una de las comunidades donde esta reflexión se ha llevado a cabo con la existencia de fórmulas alternativas. “Alrededor del 65 por ciento frente al 35 por ciento de gestión directa”. Y es que para el experto catalán lo que está ocurriendo es que se está externalizando, “que es proveer el servicio a través de terceros, algo muy diferente a la privatización”.

Según este experto, los hospitales de estos modelos alternativos tienen menos costes y la calidad es igual al de los modelos directos. Pero todo ello debe pasar porque los proveedores tengan autonomía para poder tomar sus propias decisiones. “Esto permite la mejora de la eficiencia, mayor flexibilidad, una dinámica permanente de rendición de cuentas, más rigor, despolitización de la función gestora, desburocratización y agilidad”. Para que todo este sistema tenga éxito es esencial, además, que el comprador una tenga suficiente capacidad reguladora y de control.

En Andalucía

En el otro extremo se encuentran las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Andalucía. José Cabeza, director de la UGC de Farmacia de Granada, fue el encargado, en este encuentro, de explicar su funcionamiento y sus logros. Frente a los modelos alternativos de Cataluña, Cabeza relató las señas de identidad andaluzas que se basan en una mejora en la gestión con los recursos existentes, lograr un mayor desarrollo del profesional, más producción y transferencia del conocimiento y los pactos de consumo y alianzas estratégicas. Cabeza, además, apunta un eje esencial en el futuro de la gestión sanitaria: La participación ciudadana con lo que ello supone más allá del empoderamiento del paciente.

Bajo el lema “¿Sumas o multiplicas?”, la

Hay que evaluar la provisión de servicios para lograr una mayor transparencia y adaptar el papel del directivo a las nuevas necesidades





Neuroliderazgo

El encuentro de Directivos de Atención Primaria también contó con una conferencia destinada a mostrar qué necesita tener un buen gestor líder. El encargado de esta misión fue Carlos Herreros, *Honorary Dean en Santander Business School*, quien centró su ponencia 'Neuroliderazgo' en el cambio de paradigma. Para el experto "aunque la neurociencia parezca muy alejada de las preocupaciones inmediatas de la gestión, esta abre un mundo nuevo y diferente que cuestiona muchas ideas preconcebidas, de tal modo, que incluso nos fuerza a revisar la naturaleza de la realidad". De este modo, el presidente de la Escuela de Coaching On line, explicó cómo el pensamiento estratégico es fundamental para asegurar la permanencia de la empresa y lo relacionó con la inteligencia emocional y la historia de la gestión de las organizaciones.

En un recorrido que comenzó con el Taylorismo y Henry Ford para finalizar con Daniel Goleman, Carlos Herreros mostró la importancia de las emociones, "algo que creíamos servían de adorno en el cerebro y que sin embargo son un componente esencial para su funcionamiento, ya que las mismas áreas que procesan emociones son las que hacen lo propio con la memoria". Así, existen dos grupos de emociones, "las que nos protegen y las que nos activan". Las primeras son las que alertan de un peligro, al que el ser humano puede reaccionar de tres modos: luchando, huyendo o quedándose parado. Estas emociones, dice Herreros, segregan el cortisol que en situaciones normales es absorbido por el cerebro. Sin embargo, en situaciones de estrés las emociones son las mismas y las grandes cantidades de esta sustancia hacen que el ser humano tenga menos nivel de salud y por lo tanto produzca menos.

Esta idea fue el eje principal de la conferencia unida al concepto de apego, "el nutriente más importante para el cerebro y el pegamento social que nos permite trabajar y asociarnos con las personas". Los directivos, según Herreros, "deben tener el apego como condición fundamental", ya que deben ser capaces de generar algo más que empatía con sus trabajadores captando su atención, repitiendo sus mensajes y generando esperanza y racionalidad en sus empleados. A partir de aquí, el cerebro será capaz de cubrir sus cinco necesidades básicas: status, certidumbre, autonomía, relaciones y juego limpio.

Unidad de Gestión Clínica de Farmacia de Granada se creó en 2010 para lograr que unificar los criterios para todos los procesos farmacéuticos de un área que abarca a una población de 900.000 usuarios y que gestiona 263 millones de euros en medicamentos. La misión de este modelo es, según el gestor sanitario, "proveer una farmacoterapia segura, integral y eficiente teniendo en cuenta al ciudadano, así como la calidad y la salud". Así, "600 pacientes se benefician de tratamientos personalizados" y se han logrado dos millones de ahorro anuales con la individualización de dosis.

El modelo presentado por José Cabeza "funciona" tras marcar objetivos comunes, también presentes en la Atención Primaria

como son el uso seguro de medicamentos, la revisión por parte de los distritos de los pacientes con posibles problemas potenciales de prescripción, la optimización del uso de antimicrobianos, continuidad asistencial y conciliación de la medicación, adecuar el gasto de la prestación farmacéutica, recetar por principio activo y la prescripción de la receta electrónica". De

este modo, dice, la receta electrónica funciona casi completamente en las Urgencias y unidades de Salud Mental y el 93,2 por

ciento de las prescripciones en Granada se realizan ya por principio activo.

Todo ello además parte de otro de los retos de la gestión presentados en este encuentro: El fomento de la autonomía y el desarrollo profesional y la puesta en marcha de reuniones periódicas, junto con la creación de una Comisión de Participación Ciudadana. El modelo andaluz, -destaca el director granadino-, "es horizontal, descentralizado, busca el empoderamiento profesional y la responsabilidad y liderazgo en cada línea estratégica que se activa en función de sus objetivos". Gracias a este modelo en esta Unidad de Gestión Clínica se ha conseguido además la unificación de procedimientos y protocolos, tener una visión general de la gestión del medicamento, ganar en la seguridad del paciente, la acreditación de los servicios de Farmacia, la eliminación de las discrepancias de criterios entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria y la continuidad asistencial, entre otros logros. Para este año, además, la UGC de Farmacia de Granada se ha propuesto mejorar su línea de conciliación.

La importancia de un buen estudio

Todos estos objetivos alcanzados deberán seguir pasando, sin duda, por el análisis de resultados, uno de los factores fundamentales en la mejora de la gestión. Miguel Ángel Casado, director general de *Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia* (PORIB), fue el encargado de explicar la importancia de un buen estudio. Así, bajo el

85 de cada cien consultas de AP y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios están relacionados con patologías crónicas, por lo que esta situación debe representar una prioridad en las políticas sanitarias

título 'La necesidad del análisis de resultados en salud para el empoderamiento de la gestión clínica', el experto explicó que muchas veces se mide de forma adecuada, "pero no se explotan los resultados". Basándose en esta teoría, Casado, comen-

zó su exposición matizando que existen valores añadidos diferentes para cada agente y que todos deben ser tenidos en cuenta



según la decisión y el objetivo a seguir. Por lo tanto y respecto a los medicamentos, el valor para el paciente o el clínico prescriptor será diferente, al igual que para el financiador del producto, “todo dependerá de si hablamos de coste y efectividad o de valor humanístico”, apostilla. El objetivo, sin embargo, debe ser el mismo, “mejorar los resultados en salud para el paciente”.

Las mediciones, según el también fundador de PORIB, son importantes, “pero más aún es comparar”. Los resultados en Salud suelen tenerse con resultados de efectividad, como adherencia al tratamiento o satisfacción. Sin embargo, todo esto cambia, afirma, cuando la eficiencia no es suficiente. El futuro está en la comparación de resultados, en la efectividad comparada, y en medir eficacia, efectividad, eficiencia e impacto presupuestario. Sólo de esta forma se está ayudando a la toma de decisiones porque, para el experto, “la medición económica nos ayuda a mejorar la gestión de los medicamentos, pero hay que tener en cuenta otros agentes como es el empoderamiento del paciente que mejora los resultados y por lo tanto reduce costes o la im-

portancia de las nuevas tecnologías”. Los pagadores, dice Casado, “necesitan esto”. Ya que en el futuro la toma de decisiones en torno a los medicamentos debe pasar por “la corresponsabilización de los profesionales, la promoción del uso eficiente de los recursos, la necesidad de criterios explícitos para definir que es un medicamento innovador y la transparencia en la presentación e interpretación de resultados”.

El análisis del estudio de los resultados sirvió para cerrar el encuentro de los directivos de Atención Primaria en el que

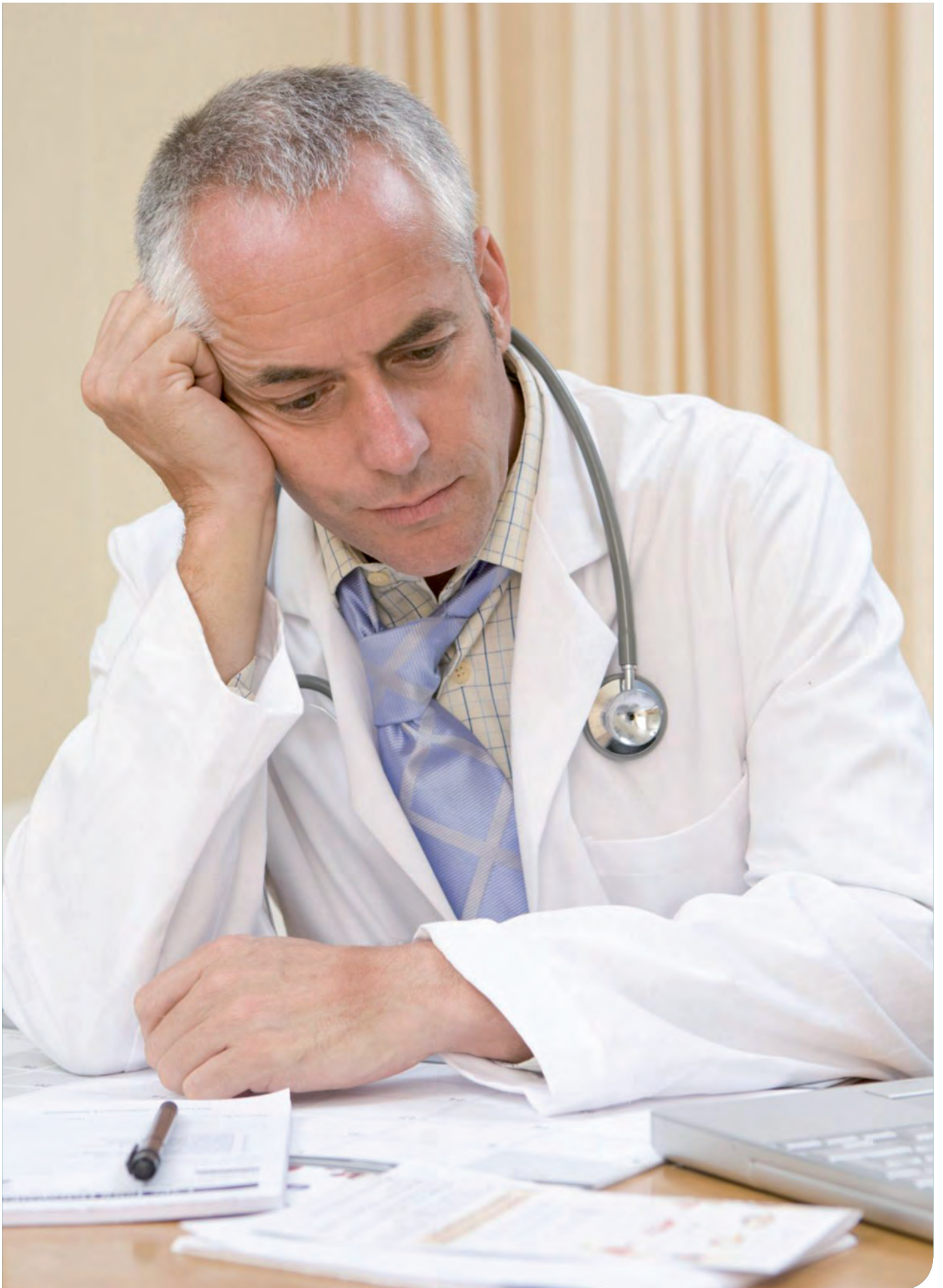
quedó claro, según Marta Aguilera, presidenta de SEDAP, que son varios los factores para alcanzar una mayor eficiencia: “la sensibilización y la formación de los profesionales sanitarios en gestión; el cambio de los estilos de dirección hacia aquellos más facilitadores y de apoyo a las Unidades de Gestión Clínica, y la apuesta decidida de los políticos al cambio de modelo de la organización sanitaria en el que haya más protagonismo de los profesionales, dándoles mayor participación en la toma de decisiones y mayor autonomía en la gestión” ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



Formar en gestión sanitaria: una apuesta por la profesionalización directiva

La Fundación SEDISA y la Universidad Europea de Madrid han puesto en marcha un nuevo máster en gestión sanitaria, que tiene como objetivo impulsar la profesionalización de los directivos sanitarios, pero también apostar por la sostenibilidad del sistema, impartiendo conocimientos básicos para una mejora de la gestión global del mismo.

Texto | Silvia C. Carpallo



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Formar en gestión sanitaria: una apuesta por la profesionalización directiva

Profesionalizar la gestión sanitaria, insistir en la necesidad de hacer reformas en la gestión de los centros para salvaguardar la sostenibilidad del sistema, y conseguir una formación reglada. No es nada nuevo que estos son tres de las grandes reivindicaciones de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios (SEDISA), pero si bien ya han trabajado en diferentes jornadas y en la realización de diversos documentos, faltaba dar un salto cualitativo hacia un terreno más práctico. Es por ello, que la Fundación SEDISA, en conjunto con la Universidad Europea de Madrid, y en colaboración con Roche Farma y Deloitte, expertos en formación de profesionales, se han embarcado en una nueva iniciativa: un máster de gestión sanitaria.

No es un capricho, sino que es una necesidad que tiene que ser liderada por verdaderos expertos. Los profesionales sanitarios salen formados ampliamente en cuestiones teóricas, pero la realidad es que adolecen de formación en cuestiones más prácticas, como es la gestión. Hoy, sin embargo, queda claro que la gestión clínica es una herramienta indispensable, que comienza a ser una prioridad y no sólo un valor añadido. La formación en habilidades sigue siendo una de las carencias en los planes de estudio de las facultades de Medicina de la universidad española, y es por ello que cursos, cátedras y, sobretudo, másters de posgrado están recogiendo este guante, ofreciendo a los alumnos esta formación necesaria para su práctica diaria.

Si bien es cierto que la gestión clínica es uno de los temas predilectos en este tipo de formación, la realidad es que a la hora de

que un médico pueda convertirse en un líder de la dirección sanitaria hace falta una formación mucho más específica y especializada. Es por ello, que en una apuesta por la necesidad de una formación reglada para los gestores sanitarios, este máster pretende ofrecer unos conoci-



tos que marquen la diferencia en este sentido.

Avanzando en conocimientos sobre gestión

No hace falta que lo diga ningún experto, porque es una cuestión obvia, pero en todos los debates es uno de los temas protagonistas: a día de hoy, mejorar la gestión del sistema sanitario es la necesidad más imperante para garantizar su sostenibilidad. Sin gestores formados es difícil abordar todas

las reformas necesarias, y sin embargo, la gestión no ha sido, hasta ahora, un tema considerado básico en la formación del médico. Si bien es cierto que, en la oferta de numerosos cursos o cátedras la gestión clínica

comienza a cobrar un valor importante, la otra cara de la moneda es que, en la formación reglada del médico, esta materia todavía no está del todo regulada. El sistema sanitario pide que los médicos sepan de gestión, pero no les da herramientas suficientes para que así sea.

Sobre la importancia de la gestión clínica, habla también Joaquín Estévez, presidente de SEDISA. “La implantación de la gestión clínica es un objetivo de todas las comunidades autónomas. Y lo es por una razón, y es que no se puede gestionar la Sanidad de manera eficiente sin la implicación de los profesionales sanitarios”. El problema es que, al igual que otras muchas cuestiones sanitarias, el grado de desarrollo de la gestión clínica es diferente en cada territorio, “pero existen experiencias y resultados muy satisfactorios en determinadas comunidades autónomas que están siguiendo unos objetivos claros”. Estos serían algunos como fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros; reforzar la continuidad asistencial entre niveles de atención; mejorar la organización del trabajo; suprimir duplicidades de servicios; y, por supuesto, elevar la satisfacción de los pacientes. “Es necesario que el profesional participe en la definición de los objetivos de la organización, que los conozca y los comprenda, para tener claro lo que desea hacer”, aclara Estévez, añadiendo que “la meta de un médico debe ser resolver los problemas de los pacientes con el mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados”.

Pero la realidad es que resulta difícil hablar de los conocimientos de gestión de los médicos cuando, en muchas ocasiones, ni si quiera los propios gestores tienen una formación adecuada a este respecto, y es que la gestión ha sido por tradición un área muy descuidada. “La gestión se ha considerado, tradicionalmente, como algo alejado del proceso asistencial y los conocimientos en gestión sanitaria no estaban incluidos en los planes de estudio de las titulaciones”, concluye Jesús Sanz, presidente de ANDE, y director de la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Europea. Afortunadamente estamos cambiando, “en la actualidad, todas las titulaciones de grado del ámbito de la salud incluyen en sus planes de estudio la adquisición de conocimientos y competencias en gestión y planificación sanitaria, lo que posibilitará que los futuros profesionales se incorporen al sector con una formación básica”.

Necesidades generales en la formación sanitaria

Sobre cuál es la formación que necesitan hoy los profesionales del s. XXI opina José Luis Martínez Meseguer, responsable de salud de Deloitte. El experto explica que, si hay algo básico, es formar a los alumnos en “una forma de pensar que les permita innovar en la gestión en los próximos años, ya que será necesario introducir nuevos esquemas, nuevas herramientas y nuevas formas de gestión para afrontar el difícil reto que tiene la Sanidad por delante”. En este sentido es importante no partir de cero, y aprovechar todo ese conocimiento que, también en parte gracias a la crisis, y sobre todo, gracias al aprendizaje y al rodaje de nuestro sistema sanitario, se ha ido generando. “Pero también hay que explorar nuevos caminos, que lleven a cambios estructurales en la financiación y la provisión de servicios sanitarios, y en la comercialización de los productos y equipos que se utilizan para la atención sanitaria”, apuntilla Martínez Meseguer.

Como experto en formación de profesionales a nivel internacional, valora que por lo general la formación en España, en un sentido amplio, es buena. Sin embargo, aunque considera que la formación universitaria tiene una base sólida y de calidad, cree que “quizás adolece de poca aproximación a la gestión real y a la casuística específica de cada sector”. En este sentido valora que los másters deberían cubrir esa aproximación hacia la gestión diaria y alejarse de los conceptos teóricos, ahondando en sectores o temas más específicos, de manera que sean apreciados en el mercado. “El tema de la Sanidad es un buen ejemplo- explica el representante de Deloitte- ya que el nivel de singularidad y especialización es elevado, y resulta difícil acceder a responsabilidades de gestión después de una carrera más generalista”. Es por ello que el recibir experiencias y conocimientos concretos de directivos, que ya tienen recorrido en empresas del ámbito de Salud, ayuda a cubrir ese espacio que se genera entre la salida de la universidad y la realidad de las empresas.

La aportación de la industria farmacéutica

Cuando hablamos de la formación del médico, hablar de la industria farmacéutica es casi una obligación, y es que al fin y al cabo la industria ha sido siempre una de las principales implicadas en la formación continuada del profesional sanitario y, actualmente, pese a la crisis, sigue muy implicada en cantidad de cursos y cátedras para la formación en habilidades en gestión. Rosario Vivancos, directora de Gestión de Clientes de Roche Farma, aclara que “la industria farmacéutica ha jugado, y sigue haciéndolo, un rol esencial en la formación médica continuada, asumiendo probablemente una responsabilidad que no le corresponde, ya que es el propio sistema sanitario quien debería asegurar los mecanismos, para garantizar la formación continuada de los profesionales sanitarios”. Pero parece que alguien tiene que hacerlo, porque no hay que olvidar que la formación médica continuada es fundamental para adaptarse a los conti-



La gestión clínica es una herramienta indispensable, que comienza a ser una prioridad y no sólo un valor añadido

nuos cambios del conocimiento en Medicina, sobre todo a lo que innovaciones farmacológicas y tecnológicas se refiere, pero también para adaptarse a un paciente cada día más exigente y más informado. “El compromiso de la industria con la formación de los médicos tiene por fin último proveer a los pacientes del mejor tratamiento posible para su enfermedad. En el caso de Roche nuestro principio fundamental es hacer hoy lo que los pacientes necesitan mañana, aportando constantemente innovación en enfermedades con necesidades médicas no cubiertas. Y los pacientes necesitan unos profesionales bien formados y actualizados en los avances de la Medicina para ofrecer las mejores opciones para el cuidado de su salud”.

Es por ello que la compañía no ha dudado en embarcarse en este máster de gestión sanitaria, y es que según Vivancos, “en Roche queremos convertirnos en el mejor compañero de nuestro sistema sanitario en el cuidado de la Salud, liderando nuevos modelos de colaboración con las Administraciones públicas”. Según su perspectiva, es necesario cambiar la mentalidad de que la industria son sólo proveedores de fármacos, y avanzar hacia la idea que deben y pueden ser socios del sistema sanitario. “No sólo aportamos tratamientos innovadores que salvan vidas, sino que podemos aportar muchísimo en investigación, programas de gestión de la enfermedad y gestión sanitaria, medición de resultados de salud y otros muchos ámbitos. Este máster es una muestra más de la apuesta de Roche por aportar más valor a nuestra Sanidad. Un gestor bien formado gestionará mejor los recursos y una gestión eficiente de los recursos es muy importante para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario”.

Dejando de lado cuestiones generales sobre la formación en general, y sobre la formación en gestión en particular, lo que



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Formar en gestión sanitaria: una apuesta por la profesionalización directiva

este nuevo máster en gestión sanitaria quiere abordar es la formación especializada del directivo sanitario, una materia pendiente en España. Insiste en ello Joaquín Estévez, como impulsador del proyecto: “la formación del médico es muy específica y concreta, pero también lo es la del directivo sanitario”.

Es por ello que este máster tiene una orientación y un objetivo muy claro, y por ello va

dirigido especialmente a aquellos profesionales que estén implicados de alguna manera en la gestión y quieran ampliar sus conocimientos para, en el presente o en el futuro, liderar proyectos innovadores. Tal y como lo manifiesta Estévez, prueba de ello es que “el contenido del programa incluye aspectos no sólo de gestión económica y de costes, sino también de derecho sanitario, ética empresarial, responsabilidad de los profesionales, dirección de empresas, liderazgo, redes sociales, etc”.

Pero lo más importante es que esta apuesta por la formación de los gestores supone también una apuesta por la salvaguarda del sistema sanitario y por su sostenibilidad económica. “En mi opinión, todo lo que sea aportar conocimiento y profesionales formados para la gestión y que sepan implicar a los profesionales sanitarios tiene que ayudar a la sostenibilidad del sistema”, afirma el presidente de SEDISA.

No es único de esta opinión, Rosario Vivanco también insiste en que este máster puede aportar mucho a la mejora de la sostenibilidad del sistema. “El programa está orientado a la formación en una gestión eficiente de los recursos, para que sea uno de los pilares fundamentales de la sostenibilidad del sistema”. Por lo tanto, en su opinión, “el máster en sí marca una línea, una corriente a seguir para muchos profesionales. Esta corriente de formación en gestión será la que en el medio plazo mejorará la sostenibilidad, sin duda”.

Máster en gestión

La Universidad Europea de Madrid ya es especialista en formación especializada en gestión. Así, entre su oferta formativa ya contaban con un máster de gestión centra-

do en el ámbito de los cuidados y un máster universitario en dirección y gestión de enfermería, “a pesar de lo cual, sentíamos la necesidad de ofrecer una formación de cali-

dad en gestión sanitaria, con un mayor espectro y con un enfoque multidisciplinar”, narra Jesús Sanz. Es por ello que la oferta de la Fundación SEDISA “se presentaba como una excelente oportunidad”.

Al hablar de esta iniciativa, Joaquín Estévez insiste en que SEDISA tiene un importante posicionamiento a favor de la profesionalización del directivo sanitario, debido a “la necesidad que tiene el sistema de ser gestionado con criterios de empresa, en los aspectos relacionados con la gestión económico-financiera y contable, análisis de actividades y control de gestión, y no con las ataduras del sistema administrativo, de

manera que los recursos sean gestionados por profesionales con capacidades directivas y conocimientos para ello.”

Es por ello, que para este máster cuentan con más de 50 profesores procedentes del mundo universitario, líderes de empresas multinacionales tecnológicas y de laboratorios farmacéuticos, directores y gerentes de hospitales públicos, privados y de empresas concesionarias. “Por tanto, los asistentes podrán experimentar un proceso comparativo sobre las posiciones que se mantendrán respecto a las materias que serán objeto de estudio y discusión durante la duración del máster”.

Entre los temas más destacados que se impartirán en el mismo se profundizará en el análisis del SNS, no sólo en España, sino también a nivel de otros sistemas europeos. Igualmente, se abordarán temas como la Salud Pública y la promoción de la salud, las tecnologías de la información, o las redes sociales, etc.

“Esta formación que se ha diseñado para dar respuesta a la evolución, y por lo tanto a las nuevas realidades del sistema sanitario español”, sugiere por su parte Jesús Sanz. Las competencias y habilidades que se irán adquiriendo a lo largo del máster “posibilitarán el éxito en la dirección de organizaciones del sector en este proceso de transformación acelerada, generando procesos innovadores en la gestión y colaborativos entre los múltiples agentes que participamos en la realidad diaria del sector”.

El curso comienza este noviembre, y para esta primera edición se cuenta con una promoción de 20 alumnos, para los cuales “los contenidos del máster responden a un enfoque de máximo interés”, según Sanz. Así, está dirigido especialmente para profesionales con responsabilidad directiva en el sector salud, tanto del ámbito privado como público, entendido de forma amplia. Incluyendo, por lo tanto, a todos los agentes que deberán colaborar de forma activa en el nuevo escenario: grupos hospitalarios, aseguradoras y mutuas, industria farmacéutica y fitosanitaria, de tecnologías médicas y de la información, concesiona-



rias de gestión integral de servicios, de productos sanitarios, de logística. Adicionalmente, el programa es también de interés para potenciales inversores en el sector salud, que deseen conocer el racional estratégico y de negocio de los nuevos modelos.

Precisamente, uno de sus valores añadidos es unir la experiencia de los diferentes colaboradores para poder aportar una perspectiva mucho más global de la gestión sanitaria. Por ejemplo, desde Deloitte se aporta una visión innovadora en temas relacionados con las nuevas tecnologías, o nuevas formas de gestión desde una perspectiva internacional. Roche, por su parte, destaca el compromiso con la sostenibilidad del sistema que supone este tipo de formación. Más en concreto, señalan como diferencia con otros máster “la amplitud de temas cubiertos”. Según explica Vivancos, “se abordan conceptos y herramientas de gestión sanitaria desde múltiples áreas de decisión, por lo que lo considero un máster con una formación integral, que va a aportar mucho valor a los participantes”.

Otro de los puntos más diferenciadores, que ya ha sido destacado anteriormente, lo vuelve a poner sobre la mesa Joaquín Estévez, y es precisamente el profesorado, “que ha sido seleccionado entre los líderes de cada ámbito de actuación, y cada uno de ellos con su enfoque sobre los temas de actualidad, dada su distinta procedencia, bien del sector público o privado, lo que facilitará al alumno elementos

de comparación sobre cada una de las materias que se traten”. Insiste en esta idea Jesús Sanz, como representante de la Universidad Europea de Madrid, destacando que este claustro está formado por profesores “con experiencia relevante en sus ámbitos de conocimiento en entornos nacionales e internacionales. La mayoría de ellos están en activo en su ejercicio profesional



y la metodología docente del máster potenciara el abordaje en el aula y en el trabajo autónomo del alumno el análisis de la experiencia práctica”.

También es relevante valorar la calidad del programa, que incorpora ocho módulos diferenciados en las siguientes áreas: El análisis del Sistema Nacional de Salud, centrán-

dose en los modelos de provisión y en la financiación y la sostenibilidad del SNS; el derecho y la ética profesional; la dirección y el liderazgo; la calidad de la asistencia; las finanzas y el área de compras y almacenes; la gestión de la salud; la investiga-

ción y la docencia; los nuevos espacios de colaboración entre la Industria y el Sector Sanitario; y por último un trabajo de fin de máster. “Creo que hemos conseguido unos buenos partner, un plantel de profesores magníficos y un programa atractivo que incorpora los temas más demandados por los profesionales sanitarios que desean implicarse, cada vez más, en la gestión de lo que

es este apasionante mundo de la Sanidad que todos admiramos, apreciamos y luchamos cada día por su mantenimiento y mejora”, incide Estévez.

Profesionalización

Pero desde luego, el objetivo último de SEDISA y de este máster es contribuir a una verdadera profesionalización de la dirección sanitaria, demostrando una vez más su implicación con este reto. “Nos parece que va a suponer una buena iniciativa, coherente con los objetivos que nos hemos fijado en SEDISA y que están también incorporados en los fines fundacionales de la Fundación SEDISA”, explica su presidente.

Este es, por tanto, un primer paso para impulsar de una forma más directa una necesidad cada día más urgente de la Sanidad española, que sirve también como mensaje para los profesionales, pero también para las autoridades sanitarias. “El que una asociación de profesionales tome este tipo de iniciativa es un mensaje, en mi opinión, de que el marco actual debe adaptarse a los nuevos tiempos y por muchos motivos, no sólo el económico, aunque también este aspecto lo hemos de tener presente en nuestros planteamientos”.

Por último, la directora de gestión de Clientes de Roche Farma, aporta desde su perspectiva que “está claro que unos gestores, con una formación reglada, serán garantes en sus áreas de responsabilidad de influenciar e impulsar una gestión más eficiente de los recursos sanitarios, en beneficio de nuestro sistema sanitario” ■

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







Las
organizaciones
humanitarias
tenemos un papel de
respuesta
y
denuncia,
que en ocasiones realizamos bien
y en otras nos confundimos

Esperanza Santos

Enfermera de Médicos sin Fronteras

Texto y fotos | Ana Montero



PERFILES MÉDICOS

Esperanza Santos

“Las organizaciones humanitarias tenemos un papel de respuesta y denuncia, que en ocasiones realizamos bien y en otras nos confundimos”

Esperanza Santos es enfermera y desde el año 2006 está trabajando con Médicos sin Fronteras (MSF), concretamente, dentro de la Unidad de Emergencias. Durante el tiempo que ha permanecido en el terreno, entre otros destinos, Sudán, Sri Lanka, Nigeria, Kenia, Haití, Congo o Zambia, ha estado inmersa en diferentes proyectos ofreciendo apoyo quirúrgico en las zonas de conflicto, llevando a cabo programas de vacunación de meningitis o dando respuesta a temas relacionados con la malaria, el sarampión o la desnutrición. Su labor es puramente vocacional y, para ella, su trabajo es una responsabilidad ciudadana.

¿Qué supone manejar la asistencia sanitaria en un entorno de estas características?

Es complicado, claro está... sobre todo en algunos contextos donde la asistencia sanitaria es muy precaria y el personal sanitario cualificado difícil de encontrar. Por otro lado, se debe entender muy bien la cultura de la población donde vas a trabajar y entender el concepto de la salud y la enfermedad que tienen y la relación previa con las estructuras sanitarias para poder definir bien las actividades que debes realizar y pasar la información de manera correcta para obtener buena aceptación por parte de la población y del personal de salud.

¿En qué consiste exactamente su trabajo?

Yo soy enfermera y formo parte de la Unidad de Emergencias. Mi trabajo consiste en ir allí donde surge una necesidad y definir, preparar y realizar la respuesta a la emergencia lo más rápido posible. Los escenarios son muy variados, puede ser desde una crisis nutricional, a una epidemia, una catástrofe natural o una crisis humanitaria causada por algún conflicto.

Como organización médica, nuestro objetivo es disminuir la morbi-mortalidad de las poblaciones en un momento de crisis. En muchas ocasiones, durante una emergencia, las capacidades locales son inexistentes o están desbordadas de manera que lo que intentamos es asegurar la asistencia sanitaria a estas poblaciones en crisis.

¿Se sigue algún protocolo especial?

Sí. Afortunadamente, MSF es una organización con muchos años de experiencia en la que existen protocolos y herramientas para afrontar cualquier tipo de emergencia. Por supuesto que hay que adaptar las estrategias a cada contexto, pero tenemos mucha documentación y material listo para resultar lo más eficaces posible. Estos protocolos aseguran además la calidad y la continuidad en el trabajo aunque los equipos o las circunstancias varíen.

¿Con qué tipo de dotación tecnológica, materiales y equipos, cuentan?

Trabajamos con todo tipo de material médico y logístico. El material que se utiliza se adapta a las necesidades y a la capacidad del sitio donde trabajas. Desde luego, no es

el mismo equipamiento tecnológico el que puedes tener en un hospital de una zona rural de Níger, donde atiendes niños desnutridos, que el que tengas en un hospital de Siria, donde realizas cirugía de guerra. Tenemos desde equipo muy básico, que no necesita personal especializado ni grandes recursos energéticos para ser utilizado, hasta equipamiento sofisticado de cirugía, diagnóstico o laboratorio.

Junto al médico, ¿qué otros profesionales intervienen?

De todo. A nivel sanitario, cubrimos todos

los perfiles: enfermeros, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, psicólogos, agentes de educación sanitaria... Y todo el equipo médico va acompañado de logistas (transporte, construcción, electricidad, agua y saneamiento, comunicaciones...), de responsables de administración, financieros, responsables de recursos humanos...

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

Es recomendable tener conocimientos de Medicina tropical porque muchas de las enfermedades que vas a encontrar en estos contextos no se ven en nuestros países de origen.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria? ¿Quién la proporciona?

Lo fundamental, idiomas (inglés o francés), para poder comunicarte con el equipo.

Antes de comenzar a trabajar con MSF, todo el mundo recibe un curso introductorio donde se te explica cómo funciona la organización, qué es lo que te puedes encontrar, cuáles son las herra-

mientas de las que dispones en el terreno y se comienza a trabajar en equipo. Una vez que estás trabajando en la organización, se realizan formaciones internas y/o externas para potenciar la especialización de los distintos profesionales. Hay cursos de especialización técnica (sanitaria o logística), pero también de gestión y coordinación. Puede ser un curso organizado y financiado por MSF o un curso externo y que MSF facilite parcial o completamente el acceso.

¿A qué clase de incidentes violentos están expuestos los médicos que pres-

tan asistencia sanitaria a los refugiados y población desplazada?

Pues depende del contexto. Pero en MSF, antes de comenzar cualquier intervención se hace un análisis de contexto, de riesgos y vulnerabilidades para tomar las medidas de seguridad necesarias para reducir al mínimo la posibilidad de cualquier incidente violento. Una de las medidas más eficaces es la aceptación de la que he hablado antes: si todos los distintos grupos que habitan en el entorno entienden por qué estamos ahí y cuáles son nuestros objetivos, los riesgos disminuyen automáticamente.

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

En los contextos donde trabajamos, donde las condiciones de vida y la asistencia sanitaria son muy precarias, encontramos muchas enfermedades intestinales, respiratorias, malaria, infecciones y complicaciones gineco-obstétricas.

¿Algunas son evitables?

Prácticamente todas. Con agua potable, vivienda en condiciones, vacunas y acceso a servicios sanitarios se solucionarían la mayoría de las patologías que encontramos.

En este sentido, en materia de prevención, ¿qué se está haciendo?

Depende del proyecto, pero se intenta siempre tomar medidas preventivas acorde a la situación de la población: desde mejorar las condiciones de agua y saneamiento, a vacunación de los niños, distribución de mosquiteras, consultas prenatales y postnatales, educación sanitaria...

¿Cuáles son las prioridades en materia de Salud Pública tanto en población adulta como infantil?

A nivel global, asegurar la vacunación completa de todos los niños que atendemos en nuestras estructuras, realizar consultas prenatales a todas las mujeres embarazadas para evitar complicaciones y





PERFILES MÉDICOS Esperanza Santos



evitar la transmisión del VIH de madre a hijo, distribución de mosquiteras y quimioprevención de la malaria, educación sanitaria sobre higiene y alimentación. Estas en general, pero, luego, depende de cada país y contexto.

¿Qué necesidades hay en los campos de refugiados en los que ha prestado asistencia?

Normalmente la población desplazada no tiene nada, han huido de sus casas con lo poco que les ha dado tiempo a coger y se encuentran en un medio en muchas ocasiones inhóspito (por ejemplo, en Darfur, estaban en medio del desierto). Necesitan agua, vivienda, comida, medicamentos... todo.

Sin duda, la suya es una labor vocacional, ¿qué le lleva a una profesional sa-

nitaria como usted a asistir aquí?

Siempre me había llamado la atención y después de un par de experiencias cortas de voluntariado en India y Perú, decidí que quería dedicarme a esto de una manera más continuada y a nivel profesional. Lo considero una responsabilidad como ciudadana del mundo. Creo que tenemos

muchas cosas que cambiar en este mundo para que todos podamos desarrollarnos en igualdad de condiciones y oportunidades. Hay mucho trabajo que hacer desde cada lugar del mundo, pero yo me siento más capacitada para hacerlo de esta manera.

¿Las organizaciones humanitarias están respondiendo adecuadamente a

las incesantes situaciones de emergencia?

Creo que esta pregunta no se puede responder con un SÍ o un NO rotundo. Creo que no sólo es responsabilidad de las organizaciones humanitarias, sino que todos los gobiernos y organizaciones internacionales deberían implicarse, no sólo en la respuesta sino en la prevención y causas de las mismas. Creo que las organizaciones humanitarias tenemos un papel de respuesta y denuncia, que en ocasiones realizamos bien y en otras nos confundimos. Los contextos van cambiando y actualmente los conflictos son cada vez más complejos y hacen que el acceso a la población sea muy complicado. Cada vez tenemos más mecanismos de alerta para prevenir grandes catástrofes humanitarias.

Está claro que no siempre se hacen las cosas de la manera óptima, pero de todas aprendemos e intentamos seguir mejorando para responder mejor a futuras crisis, eso es lo importante y debería ser nuestro objetivo ■

El entorno formativo del farmacéutico



- Cursos de **formación acreditada** • Programa formativo **AULA SEFAC**
- **Suplementos** • **Noticias** • Titulares **semanales** • **Talleres** prácticos

tu
aliado
en
todos
tus
proyectos

saned.
GRUPO

www.gruposaned.com

➔ www.auladelafarmacia.org

Madrid

Capitán Haya, 60 1º. 28020
T +34 917 499 500 • F +34 917 499 501

Barcelona

Anton Fortuny, 14-16. 08950 Esplugues de Llobregat
T +34 933 209 330 • F +34 934 737 541



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

26 de septiembre

El nuevo Concierto de Asistencia 2014 mantiene las prestaciones sanitarias de Muface. El Consejo General de Muface, la mutualidad que agrupa a los funcionarios de la Administración adscritos a este régimen de Seguridad Social, conocía los detalles de la renovación del nuevo Concierto para la Asistencia Sanitaria en territorio nacional para el año 2014, que supone una mejora sustancial del actualmente vigente con el mantenimiento de la prestación sanitaria de Muface y plenas garantías de los derechos de los mutualistas, además de adaptarse a las circunstancias económicas y sociales actuales, homogeneizando las prestaciones de este régimen con las del resto del SNS ■

2 de octubre

El Ministerio da flexibilidad a las CC.AA. para que apliquen "cuando estén preparadas" el copago de farmacia hospitalaria. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dará a las comunidades autónomas flexibilidad en la fecha de aplicación del copago de fármacos hospitalarios ambulatorios, que dependerá de que estén preparados para gestionar su implantación, según se informaba en la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial de Salud, que reúne a responsables del Ministerio y a comunidades autónomas. Según fuentes del Ministerio, en la reunión se podrían haber barajado varias fechas, entre ellas se ha hablado de noviembre, diciembre o incluso enero, sin embargo "no se ha establecido ninguna fecha" como límite para su aplicación; por el contrario, señalan las mismas fuentes, "las CC.AA. irán poniendo en marcha esa aportación del usuario a medida que vayan estando preparadas" ■

3 de octubre

"Con la puesta en marcha de la central de compras se ha conseguido ahorrar 37 millones de euros". El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad va a licitar a finales de 2013 dos grandes procesos de centralización de compras por un valor de 500 millones de euros, según adelantaba la secretaria general de Sanidad y Consumo, Pilar Farjas, durante su comparecencia en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para detallar el presupuesto de su departamento para 2014. Allí recordaba que con la puesta en marcha de la central de compras se ha conseguido ahorrar 37 millones de euros ■

4 de octubre

CC.00 denuncia la alarmante pérdida de plazas de formación sanitaria especializada: 846 menos en los últimos cinco años. La tendencia se confirma en la oferta de 2014 con una pérdida de 240 plazas, un 3,59 por ciento menos respecto al año anterior; junto

a la disminución de recursos humanos en los centros asistenciales, se destaca la falta de previsión que traerá escasez de profesionales. Por CC.AA. destaca la pérdida en Castilla-La Mancha, que en cinco años ha perdido el 40'63 por ciento de sus efectivos (128 plazas); en cifras absolutas, Andalucía es la que más pierde (180); y la especialidad que más plazas pierde es Medicina Familiar ■

11 de octubre

Sanidad trata de corregir la inequidad en el acceso a algunos fármacos oncológicos. La ministra de Sanidad, Ana Mato, reconocía, en la rueda de prensa posterior al Congreso de Ministros, que hay comunidades autónomas que están limitando el acceso de sus ciudadanos a algunos fármacos contra el cáncer ya autorizados y aprobados en España, por no querer pagarlos, y ha avanzado que están tratando de "corregir" esta situación, que ha sido denunciada por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El Consejo de Ministros aprobaba también el Real Decreto sobre Distribución de Medicamentos de Uso Humano que incorpora medidas para evitar la entrada de medicamentos falsificados y garantiza el abastecimiento ■

El presidente de la OMC reclama confianza a las instituciones y ser "autoridad competente" en la transposición europea sobre los derechos de los pacientes. La OMC organizaba una sesión informativa, celebrada en la sede del



Parlamento Europeo en Madrid, sobre "La aplicación en España de la normativa europea sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza". La Jornada -inaugurada por Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad- suponía un gran reto para todos los implicados y ponía en valor el trabajo conjunto de todas las organizaciones profesionales. El presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, daba la bienvenida a una directiva que llevaban "nueve años esperando", y que pone los cimientos para el acceso a una historia clínica única y a la receta electrónica. "Permitirá dar cohesión a la Unión Europea, y demostrar que ésta va más allá de los mercados y los mercaderes". Para Sendín el sector sanitario es "sustancialmente importante porque es generador de bienestar y distribuidor de riqueza" ■

14 de octubre

Más de 1,12 millones de parados de larga duración y pensionistas no copagan por sus medicinas. Así se desprende los datos del departamento de Ana Mato publicados en una respuesta parlamentaria del PSOE en el Congreso para conocer el número de ciudadanos que estaban exentos de este nuevo sistema de copago en el que, según destaca Sanidad, "aporta más el que más tiene y menos o nada el que menos tiene" ■

Políticos analizan la Reforma Sanitaria valorando que la Sanidad pública ha perdido universalidad, calidad y equidad, aunque la situación es reversible. Cuando se cumple más de un año de la aplicación del Real Decreto de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, la izquierda política, los sindicatos y diversas organizaciones humanitarias y sociales, en defensa de la Sanidad pública, se reunían en la sala Clara Campoamor del Congreso de los Diputados para analizar las consecuencias de los recortes, copagos y externalización, cuyos efectos, en este último caso, creen haber parado con la suspensión cautelar de los seis hospitales previstos para ser externalizados por la Comunidad de Madrid ■

15 de octubre

Mato reitera el compromiso del Gobierno "para movilizar los medios disponibles para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades raras". Para la mayoría de estas enfermedades no existe un tratamiento curativo y, por tanto, los avances en la investigación siguen siendo cruciales para los afectados. Por ello, la ministra de Sanidad, Ana Mato, firmaba un convenio de colaboración con el presidente de la Corporación de RTVE, Leopoldo González-Echenique, para emitir el Telemaratón del Año Español de las Enfermedades Raras. Este evento, que verá la luz en los primeros meses del año 2014, destinará todos los fondos recaudados a la investigación en estas patologías ■

16 de octubre

La ministra de Sanidad manifiesta su asombro por el rechazo de las CC.AA. al copago de fármacos hospitalarios aprobado por ellas en el CISNS. Ana Mato ha admitido estar asombrada por la "sorpresa" que ha generado la resolución sobre el copago de fármacos hospitalarios ambulatorios, ya que esta medida fue conocida y "aprobada por mayoría" en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde se cuenta con la participación de todas las comunidades autónomas ■

Rajoy asegura que los Presupuestos de 2014 dan solución a los problemas del CSIC, el ISCIII y el CERN. El presidente del Gobierno aseguraba que los Presupuestos Generales del Estado (PGE) para 2014 dan solución a algunos problemas "que estaban ahí" como la situación del CSIC, la del Instituto de Salud Carlos III y la del CERN. También insistía en que su política llevará al crecimiento y a crear empleo frente a esta situación de crisis ■

18 de octubre

El Gobierno acuerda con varias CC.AA. la compra centralizada de fármacos inmunosupresores y epoetinas. En concreto, se trata de un acuerdo, autorizado por el Consejo de Ministros, para adquirir inmunosupresores, indicados para pacientes trasplantados y para tratar enfermedades autoinmunes, que se suma a otro,

autorizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para adquirir epoetinas, indicadas para la anemia asociada a la insuficiencia renal y para la anemia en pacientes en quimioterapia. ■

El Ministerio hace una apuesta por nuevos modelos de colaboración con la industria farmacéutica para la introducción de innovaciones terapéuticas. La financiación a riesgo compartido ya no es sólo una idea, sino una realidad. Agustín Rivero, director general de Cartera Básica del SNS y Farmacia, así lo declaraba durante la celebración del XX Congreso de Derecho Sanitario, explicando que un laboratorio español, cuyo nombre no ha querido dar a la prensa, ya ha acordado un contrato de riesgo compartido para la financiación de una terapia avanzada. Las condiciones de dicho contrato establecen que el laboratorio debería pagar el cien por cien de los costes si el tratamiento fracasara en el primer año, el 75 por ciento si lo hace en el segundo, y el 50 por ciento si lo hace en el tercero. Igualmente, se compromete a hacer un certificado anual de las ventas del medicamento desglosado por CC.AA., y presentar el precio vigente en los otros países de la Unión Europea ■

21 de octubre

Ana Mato afirma que nuevas profesiones sanitarias se sumarán próximamente a los Pactos para la Sostenibilidad y Calidad del SNS. "Tenemos ante nosotros una tarea que vale la pena, todos tenemos sitio en el Pacto por la Sanidad, y todos somos necesarios, nadie debería eludir su responsabilidad". Con estas palabras la ministra de Sanidad inauguraba la Conferencia de Presentación de los Pactos para la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se firmaron junto con los representantes de médicos y enfermeros, el pasado verano. Pero parece que no serán los únicos profesionales en llegar a acuerdos con el Ministerio en busca del ansiado Pacto. Mato afirmaba en esta cita que "a médicos y enfermeros se van a sumar próximamente otras profesiones sanitarias", entre las que citaba a los farmacéuticos. Además, la ministra invitaba a unirse a las asociaciones de pacientes. No es el único anuncio que Ana Mato realizaba durante esta comparecencia, y es que también adelantaba la constitución de un "Foro de las Profesiones Sanitarias Tituladas", con el que se trabajará en el nuevo paquete de 60 propuestas sobre política y gestión de recursos humanos, que se llevarán en los próximos meses al Consejo Interterritorial ■



NOTA: Cronología del 26 de septiembre al 21 de octubre de 2013.

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



inst



La
antánea
médica



El CSIC resuelve la estructura de un complejo proteico que protege de agentes patógenos

Investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han determinado la estructura tridimensional del complejo Properdina-C3 convertasa, un modelo que explica su papel esencial en la lucha frente a las infecciones bacterianas. El estudio, publicado en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS), aporta información sobre los mecanismos de destrucción de patógenos por el sistema de complemento, que consiste en un conjunto de proteínas del sistema inmune innato que, al activarse por componentes en la superficie de los patógenos, deposita sobre ellos complejos enzimáticos denominados C3 convertasas, que causan su destrucción y acti-



van la respuesta inflamatoria. "La properdina es una proteína fundamental en este proceso, ya que estabiliza la C3 convertasa depositada sobre los patógenos y recluta C3 convertasas adicionales, amplificando y aportando especificidad a la actuación del complemento", explica Óscar Llorca, investigador del CSIC en el Centro de Investigaciones Biológicas. "Hoy en día sabemos que la properdina es un componente esencial en la defensa contra las infecciones bacterianas y el único regulador que promueve la activación del complemento sobre las superficies de los patógenos. Sin embargo, hasta ahora no se conocía de qué forma realizaba esta tarea", aclara Llorca. Los investigadores del CSIC han demostrado que la properdina forma moléculas de formas triangulares, cuadradas y pentagonales. Las esquinas de estas estructuras son capaces de reclutar y estabilizar la C3 convertasa sobre las superficies de los patógenos, lo que lleva a su eliminación por células fagocíticas. "Los resultados nos permiten avanzar en el conocimiento de los mecanismos moleculares que regulan el complemento y la respuesta inmune frente a patógenos, y esta información será de utilidad para el desarrollo de nuevas estrategias tera-

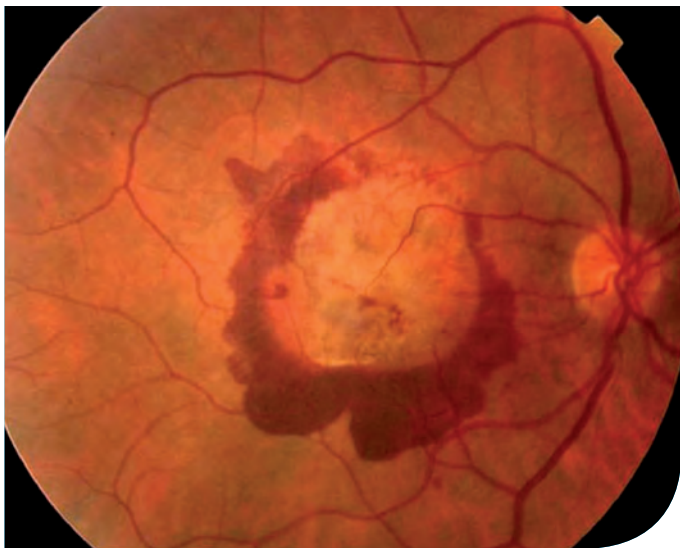
péuticas", señala el investigador del CSIC Santiago Rodríguez de Córdoba ■

CIEC incorpora un ecocardiógrafo 3D que permite diagnósticos más precoces y precisos y reduce el tiempo de las pruebas

El Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares (CIEC), ubicado en el HM Universitario Montepíncipe, ha incorporado el ecocardiógrafo 3D de nueva generación, llamado 'EPIQ' y fabricado por Philips, que mejora la calidad y definición de la ecocardiografía, permite realizar un diagnóstico más precoz y preciso, posibilita la integración de todas las modalidades de imagen cardíaca y reduce el tiempo de las pruebas. Esta tecnología se ha instalado en el CIEC coincidiendo con la puesta en marcha de la Unidad de Valvulopatías, dirigida por el doctor Jorge Solís, y se pondrá a disposición de todos los pacientes del grupo sin coste añadido para ellos. "Este nuevo equipo es un ejemplo más de nuestra apuesta por poner al alcance de todos nuestros pacientes el acceso a la última tecnología sanitaria sin que ello les repercuta coste alguno ni suponga un coste extra tampoco para las aseguradoras, ya que la indicación de uso de este ecocardiógrafo será únicamente el criterio médico", ha asegurado el director general de HM Hospitales, Juan Abarca Cidón. La principal novedad de este equipo es la incorporación de un sistema de 'inteligencia anatómica' que permite reconocer y medir automáticamente los órganos y las estructuras que interesan a los cardiólogos y ofrece nuevos niveles de información clínica sobre ellos con mayor rapidez, reduciendo el tiempo de las pruebas entre un 30 y un 50 por ciento. Una vez obtenidas las imágenes, el sistema permite cortarlas para ver las secciones que interesan y cuantificarlas, obteniendo niveles de información clínica hasta ahora inalcanzables. De esta forma, el sistema marca una "nueva etapa" en



la tecnología de ultrasonidos, ya que supone pasar de los tradicionales sistemas pasivos existentes a un sistema de ecografía activo que no sólo muestra los órganos, sino que los mide, y permite visualizarlos con una extraordinaria resolución ■



Sólo un 43 por ciento de los casos de degeneración macular asociada a la edad están diagnosticados

Sólo un 43 por ciento de los casos de degeneración macular asociada a la edad (DMAE) están diagnosticados, a pesar de que es una enfermedad que causa el 9 por ciento de los casos de ceguera en el mundo. Se trata de una enfermedad degenerativa que, progresivamente, deteriora la visión central, provocando un alto impacto en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen y su entorno. De hecho, en España se calcula que hay más de 300.000 casos, pero sólo 130.000 están diagnosticados. En concreto, a nivel mundial, se calcula que de los 25 a 30 millones de personas que padecen la enfermedad, casi un 9 por ciento ya han derivado en ceguera, por falta de tratamiento o por una terapia inadecuada. En fases iniciales, la visión se vuelve borrosa y las líneas rectas se perciben torcidas u onduladas. Así, a medida que va pasando el tiempo se va creando una mancha negra en el centro de la visión que impide ver con claridad. En este sentido, el tabaquismo, la edad y la predisposición genética son tres de los factores de riesgo principales a la hora de desarrollar la DMAE. Y es que, esta enfermedad afecta a la mácula, una pequeña parte de la retina en la parte posterior del ojo, en la que crecen vasos sanguíneos anómalos que exudan líquido. Esto acaba generando problemas en la visión central y, si la enfermedad no se trata o se hace inadecuadamente puede conllevar la pérdida de visión ■

Hallan un biomarcador capaz de identificar a los niños obesos que pueden sufrir anomalías metabólicas de adulto

Miembros del Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), han podido demostrar, por primera vez, que algunas de las estructuras moleculares implicadas en la regulación de la expresión génica, denominadas microRNAs, aparecen desreguladas en los niños obesos, lo que les convierte en un biomarcador capaz de identificar quienes sufrirán anomalías metabólicas de adultos. Este hallazgo, publicado en la revista *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, convierte a los microRNAs circulantes en plasma, estructuras muy estables que hacen relativamente fácil su determinación, en valiosos biomarcadores de enfermedades metabólicas y potenciales objetivos terapéuticos. Concretamente, el estudio, que ha sido dirigido por el doctor José Manuel Fernández-Real desde el Hospital Josep Trueta de Girona, en colaboración con el doctor Abel López-Bermejo, del Servicio de Pediatría del Hospital Josep Trueta, demuestra que 15 microRNAs circulantes presentan un comportamiento anormal en niños y preadolescentes obesos y deduce que la detección temprana de esta anomalía. "Haber identificado los 15 microRNAs que están alterados en los niños obesos nos permite detectar marcadores de diagnóstico o pronóstico y dianas terapéuticas para la predicción o tratamiento de la obesidad", explica Fernández-Real. El investigador explica que el estudio partió de una muestra de 125 niños (80 normopeso y 30 con exceso de peso), así "pudimos constatar que 15 microRNAs circulantes específicos estaban liberalizados en la obesidad prepuberal, asociándolos a un índice de masa corporal y a otros parámetros de obesidad como el porcentaje de masa grasa, circunferencia de cintura, o la distribución localizada de la grasa, entre otros" ■





La FDA regulará las aplicaciones sanitarias para smartphones

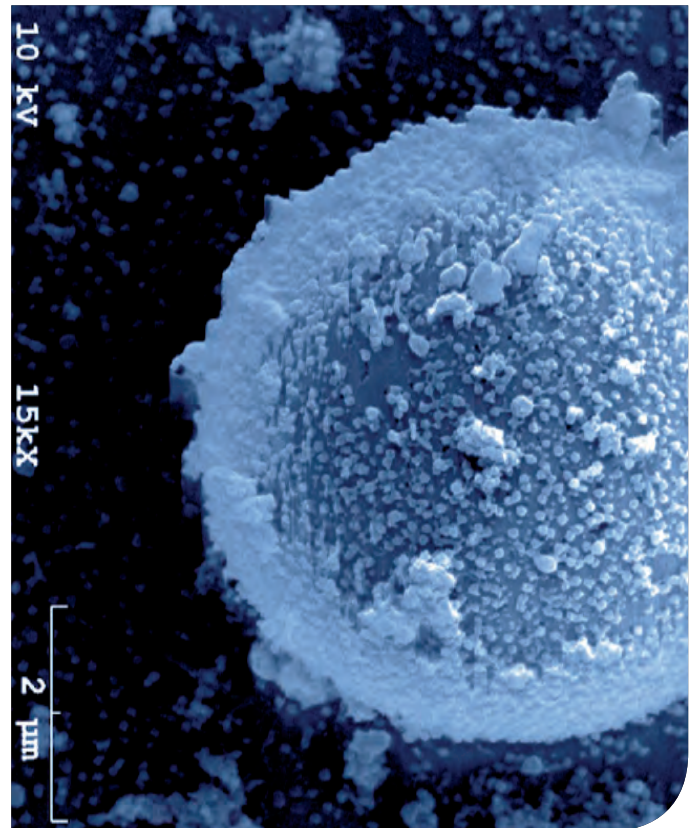


La Agencia Americana del Medicamento (FDA) ha anunciado que va a comenzar a regular las aplicaciones sanitarias que "transforman" los smartphones en dispositivos médicos como, por ejemplo, máquinas de electrocardiogramas que determinan si un paciente está sufriendo un infarto de miocardio. Esta agencia ha anunciado que también va a regular las aplicaciones que se utilizan como accesorios a los dispositivos, tales como aquellas que muestran las imágenes utilizadas por los médicos para diagnosticar. Ahora bien, la FDA no va a regular la venta o el uso general de las plataformas de descarga de aplicaciones, 'iTunes Store' o 'Google Play Store', ni aquellas herramientas personales sanitarias como, por ejemplo, podómetros o monitores de ritmo cardíaco. "La regulación de un producto dependerá de su función y de su riesgo. Los dispositivos cardíacos que se utilizan en los hospitales están regulados, por lo que una aplicación móvil también debe estarlo", ha asegurado el director de la división de dispositivos médicos de la FDA, Jeffrey Shuren. De esta forma, las nuevas herramientas médicas que se desarrollen para ser utilizadas en teléfonos inteligentes deberán ser aprobadas antes de salir al mercado. No obstante, la FDA ha insistido en que no va a regular aquellas herramientas que considere seguras para los pacientes y que consistan en organizar y realizar un seguimiento médico, promover estrategias para mantener un peso saludable o la adhesión a los tratamientos ■

Las infecciones por VIH han descendido en adultos y en niños entre 2001 y 2012 en todo el mundo

Las infecciones por VIH han descendido un 33 por ciento en adultos y un 52 por ciento en niños desde el año 2001 hasta 2012, según muestra el informe anual sobre esta enfermedad elaborado por ONUSIDA que, además, ha reflejado una disminución del 30 por ciento de las muertes relacionadas con el sida,

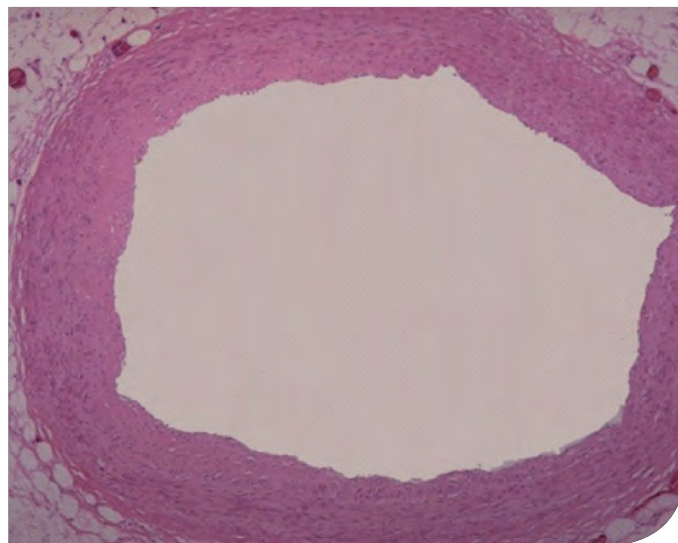
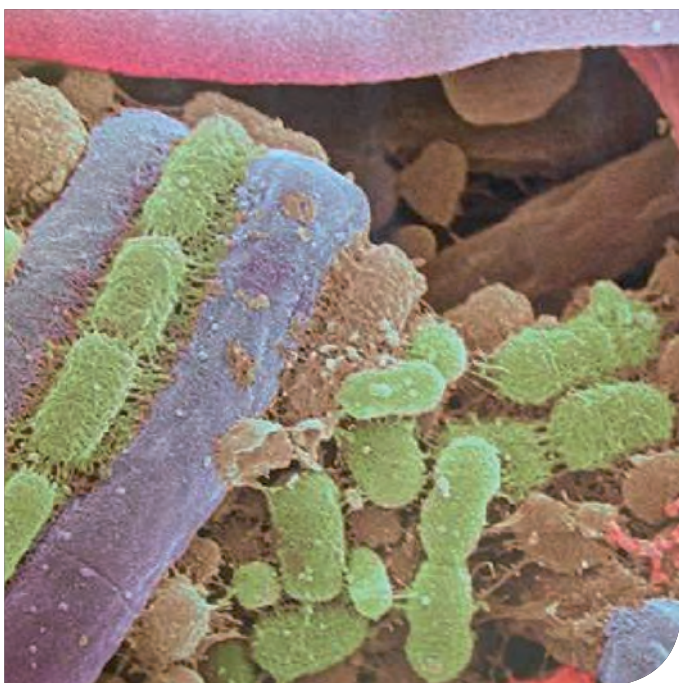
en comparación con los índices máximos registrados en 2005. De hecho, en el año 2012 se produjeron 1,6 millones de muertes, por debajo de los 1,7 millones de personas que murieron por esta patología en 2011 y de los 2,3 millones de 2005. Asimismo, el número de personas infectadas se situó en 2,3 millones en 2012, por debajo de los 2,5 millones de 2011. En el año 2011, los estados miembro de las Naciones Unidas establecieron el objetivo de que, para el año 2015, 15 millones de personas recibirían tratamiento contra este virus. No obstante, cuando los



países comenzaron a mejorar la cobertura de la terapia y aparecieron nuevas pruebas que indicaban que la terapia antirretroviral favorecía la prevención del virus, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció nuevas directrices y señaló que el número de personas que necesitaban tratamiento era superior a 10 millones. "No sólo debemos conseguir el objetivo de que, para 2015, quince millones de personas sigan el tratamiento del VIH sino que, además, tenemos que ir más allá y mantener nuestra visión y compromiso para asegurarnos de que nadie se queda atrás", ha argumentado el director ejecutivo de ONUSIDA, Michel Sidibé. Concretamente, el documento señala que se ha avanzado lentamente en lo que se refiere a garantizar el respeto de los derechos humanos; asegurar el acceso a los servicios relacionados con el VIH para las personas expuestas a un mayor riesgo de infección por el VIH, especialmente los usuarios de drogas; y evitar la violencia contra las mujeres y las niñas, un factor clave en la vulnerabilidad al VIH ■

Regular la flora intestinal puede llevar a tratamientos contra la obesidad y la diabetes

Un fármaco que parece apuntar a las bacterias intestinales específicas en un modelo experimental puede crear una reacción en cadena que podría conducir a nuevos tratamientos para la obesidad y la diabetes en los seres humanos, según explica un equipo de investigadores en un artículo publicado en *Nature Communications*. Los individuos alimentados con una dieta alta en grasa y a los que se les administró tempol, un fármaco antioxidante que puede ayudar a proteger a las personas contra los efectos de la radiación, fueron significativamente menos obesos que los que no recibieron el medicamento. "Los dos hallazgos interesantes son que los sujetos que recibieron tempol no ganaron tanto peso y que tempol, de alguna manera, afectó al microbioma intestinal de estos individuos", explicó Andrew Patterson, profesor asistente de Toxicología Molecular en la Universidad de Pennsylvania, en Estados Unidos. "Con el tiempo, esperamos que esto puede llevar a una nueva línea de productos terapéuticos para el tratamiento de la obesidad y la diabetes", agregó. El microbioma es el entorno biológico de microorganismos dentro del cuerpo humano. Los autores del estudio explican que tempol reduce algunos de los miembros de 'Lactobacillus', en el modelo estudiado. Cuando disminuyen los niveles de 'Lactobacillus', aumenta un ácido biliar, el ácido tauro-beta-muricólico. Esto inhibe FXR, el receptor farnesoide X, que regula el metabolismo de los ácidos biliares, las grasas y la glucosa en el organismo, según los investigadores ■



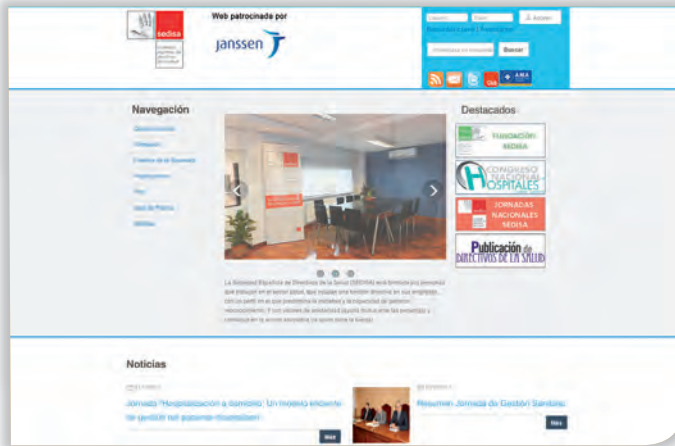
Las estatinas pueden prevenir la demencia y la pérdida de memoria con su uso prolongado

Una revisión sistemática de docenas de estudios sobre el uso de las estatinas para prevenir los infartos de miocardio muestra que los medicamentos comúnmente prescritos no representan una amenaza para la memoria a corto plazo y que pueden, incluso, proteger contra la demencia cuando se toman durante más de un año. Investigadores del Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland, Estados Unidos, que realizaron el análisis dicen que los resultados deben ofrecer una mayor claridad y seguridad a los pacientes y los médicos que recetan estatinas. La cuestión de si las estatinas pueden causar problemas cognitivos se ha convertido en un tema candente entre los cardiólogos y sus pacientes después de los cambios introducidos en las etiquetas de los medicamentos ordenados por la agencia norteamericana del medicamento (FDA) en febrero de 2012, advirtiendo sobre los problemas de memoria con el uso de estatinas a corto plazo. Sin embargo, en su extensa revisión, los expertos de Johns Hopkins encontraron que las estatinas no afectan a la memoria o la cognición a corto plazo, sino que, al contrario, cuando se toman los medicamentos durante más de un año, el riesgo de demencia se reduce en un 29 por ciento, un hallazgo que publica en su edición digital de *Mayo Clinic Proceedings*. Las estatinas reducen los niveles de colesterol en la sangre, en particular de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Se ha demostrado que estos fármacos reducen la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular en personas con alto riesgo y en aquellos que ya han sido diagnosticados con enfermedad cardiovascular después de una insuficiencia cardíaca o una hemorragia cerebral, además de que reducen la cantidad de inflamación de los vasos sanguíneos y previenen el riesgo de trombosis ■



ON-LINE La Medicina en la red

www.sedisa.net



La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) renueva su página web con el fin de adaptarse a las necesidades tanto de los socios como del público general. El site www.sedisa.net, que cuenta con el patrocinio de la compañía Janssen, ha sido rediseñado de manera integral, se han actualizado sus contenidos y mejorado su accesibilidad y funcionalidad en beneficio de los profesionales y otros usuarios interesados en la gestión sanitaria.

La nueva web pretende ser un canal de comunicación que contribuya a ampliar el conocimiento de las personas que trabajan en el sector salud, con una función directiva en sus empresas, y con un perfil en el que predomina la iniciativa y la capacidad de generar reconocimiento. www.sedisa.net pone a disposición de directivos, gerentes y público general esta nueva herramienta informativa sobre los principales eventos de la Sociedad, actividades formativas, documentos de interés, etc. La web incorpora, además, nuevas funcionalidades para el usuario como, por ejemplo, la actualización de contenidos en su sección de prensa o un buscador que permite encontrar de forma rápida la información que se requiera ■

www.historiasdelacun.es

La Clínica Universidad de Navarra pone en marcha un nuevo sitio web, www.historiasdelacun.es, en el que se muestran las experiencias ante la enfermedad de personas tratadas por los profesionales de la Clínica. El nuevo portal digital concita así testimonios de superación y lo hace en diferentes formatos: colección de libros de relatos, entrevistas con textos y fotos para leer en pantalla o descargar en pdf, programas de televisión, vídeos y audios, además de la repercusión en medios de comunicación que han tenido dichas experiencias.

La web abre su ventana a los testimonios con la imagen estática de uno de los pacientes protagonistas de los vídeos. En el margen superior, cinco “pestañas” dan acceso directo a los diferentes contenidos: Historias (vídeos), Libros, Entrevistas, Tu Experiencia y Tú en los Medios.

Historias presenta un total de once vídeos que reflejan la historia de otros tantos pacientes contada en primera persona desde sus entornos más inmediatos. Además, la nueva web muestra los con-

tenidos de “Se trata de ti”, un programa con trece capítulos emitido en La2 en el que se entrevista a 23 pacientes de la Clínica y a los médicos que les atendieron durante su enfermedad.

La sección de Libros recoge la colección de relatos “Historias de la Clínica” con la posibilidad de descargarlos en formato pdf epub y kindle.

En Entrevistas concurren las conversaciones, en formato digital y en pdf, mantenidas con numerosos pacientes para su publicación en la revista corporativa de la Clínica, NoticiasCUN. La pestaña Tu Experiencia ofrece la posibilidad de dejar un breve testimonio de su relación con la Clínica a través del formulario titulado “Tu experiencia en la CUN”. Por último la sección Tú en los Medios recoge las experiencias de los pacientes de la Clínica de las que se han hecho eco los diferentes medios de comunicación y redes sociales ■



www.ferrercincode.com

Ferrer inCode ha presentado oficialmente su nueva web, Ferrercincode.com, con un rediseño de toda la interfaz gráfica y con nuevos contenidos informativos y multimedia. El objetivo es ofrecer, a través de una plataforma más visual, accesible y dinámica, las soluciones en diagnóstico molecular y medicina personalizada que ofrece Ferrer.

Una de las principales novedades es el rediseño del sitio web hacia un formato más intuitivo y navegable. Para ello, se utiliza una cabecera estructurada en tres apartados: distribuidores, profesionales y pacientes, para dar cabida a todos los públicos.

Tanto en el apartado ‘distribuidores’, como en el de ‘profesionales’, se ofrece toda la información sobre las herramientas de diagnóstico genético de Ferrer inCode: MammaPrint, CancerTYPE ID, SudD inCode, Cardio inCode, Thrombo inCode, Nutri inCode, Lac-Test y Drug inCode, que abarcan diversas áreas terapéuticas como cáncer de mama, cáncer de origen desconocido, enfermedades cardiovasculares, obesidad e intolerancia a la lactosa.

Gracias a estas herramientas diagnósticas, el especialista puede identificar pacientes, con mayor predisposición a desarrollar enfermedades prevalentes, lo que le permite aplicar medidas preventivas precoces.

5 MÓDULOS

MÓDULO 1 y 2
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 3-5 EN PROCESO
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

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

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:

<http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com>

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1 Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial

4,8 CRÉDITOS

Módulo 2 Derechos en relación con estudio/diagnóstico

4,8 CRÉDITOS

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

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

MÓDULOS 3-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN



ON-LINE La Medicina en la red



En el apartado dirigido a pacientes el usuario puede encontrar una información completa sobre las patologías asociadas a los diferentes test diagnósticos que se ofrecen ■

www.astrazeneca.es

AstraZeneca lanza su nueva web corporativa que apuesta por un diseño mejorado en aspectos, tanto estéticos, como técnicos, con un claro foco en la transparencia, sencillez y la accesibilidad de contenido. El espacio cuenta con cinco secciones principales: AstraZeneca, Profesionales de Salud, Medicamentos, Investigación y Responsabilidad Corporativa, creadas para satisfacer las necesidades de los distintos stakeholders de la compañía.

Los profesionales sanitarios encontrarán toda la información del vademécum de AstraZeneca y podrán acceder desde la web corporativa al espacio “www.nosconectasalud.com” y encontrar información útil como evidencia científica, documentos y guías de ayuda al paciente, así como formar parte de foros profesionales.

El compromiso con la responsabilidad y la ética gana presencia en la web a través de un apartado propio que incluye documentos accesibles para cualquier usuario como el Código Ético, Estrategia y Visión, Apoyo a organizaciones de pacientes y Actuación Am-



biental. Además, la clara apuesta por la innovación se materializa en una sección en la que los usuarios podrán conocer la política de I+D de la compañía, las áreas terapéuticas en las que centra su labor investigadora, así como la información sobre la presencia internacional de los centros de investigación de AstraZeneca.

Finalmente, la web incluye otras funcionalidades como el acceso a apartados corporativos como Recursos Humanos y a un completo apartado de prensa en el que se unifica la información corporativa, especializada y de la Fundación AstraZeneca ■

www.cinfaformacion.com

Cinfa ha puesto en marcha www.cinfaformacion.com, una plataforma online que centraliza toda la oferta formativa del laboratorio, y que está dirigida al profesional sanitario, con el objetivo de dotarle del material necesario para ampliar conocimientos y apoyar su labor diaria. La web está enfocada y estructurada en diferentes áreas de salud, como el cuidado de la piel, los problemas de movilidad, los medicamentos genéricos, la nutrición o los productos de consejo farmacéutico.



Se trata de un espacio virtual en el que se puede acceder tanto a cursos online acreditados, como a la reserva de plazas en los talleres presenciales que se llevan a cabo en toda España.

Además, a través de esta web, Cinfa pone a disposición de los usuarios el recurso ‘Guía Práctica Cinfa del Medicamento’, un site donde consultar aspectos fundamentales para la prescripción y dispensación. Esta herramienta actúa como buscador para resolver dudas sobre las interacciones farmacológicas de los principios activos con alimentos, productos de autocuidado, otros fármacos de prescripción o plantas medicinales; su compatibilidad en embarazo o lactancia y las advertencias sobre los excipientes en los medicamentos del vademécum de Cinfa.

Por último, la plataforma también ofrece la posibilidad de que el profesional dé respuesta a la información que demanda el paciente, ya que permite descargar materiales sobre el tratamiento de ciertas enfermedades o consejos preventivos que, posteriormente, el profesional puede entregar al paciente ■

**ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN**

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

**El Médico.
Interactivo**

LA SANIDAD DÍA A DÍA

**ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN**



EN PREVISIÓN Citas de interés

Interés General

XVI Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Alicante. Fecha inicio: 06/11/2013. Fecha Fin: 08/11/2013. Secretaría Técnica: DRUG FARMA CONGRESOS. Avda. Córdoba, 21 (3º-B). 28026 Madrid. Tel: 917 921



365-917 922 032. Correo electrónico: sedap2@drugfarmacongresos.com Referencia web: <http://sedap.drugfarmacongresos.com/web/congreso2013>

Congreso SAMEM 2014

Madrid. Fecha inicio: 19/02/2014. Fecha Fin: 21/02/2014. Secretaría Técnica:



Centro Médico Instituto Palacios. Tel: 915 780 517. Correo electrónico: samem@institutopalacios.com Referencia web: <http://www.samem.es/>

Atención Primaria

XXXIV Congreso de la semFYC

Gran Canaria. Fecha inicio: 12/06/2014. Fecha Fin: 14/06/2014. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi nº 11, 2ª Planta, Oficina 13. 08002 Barcelona. Tel: 933 177 129. Fax: 933 186 902. Correo electrónico: congresos@semfyc.es



Referencia web: <http://www.semfyc2014.com>

Cuidados Paliativos

X Jornadas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Toledo. Fecha inicio: 14/11/2013. Fecha Fin: 15/11/2013. Secretaría Técnica: Barcelo Congresos. Plaza de



Europa 17-19, 1ª planta. 08902 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Tel: 938 823 878. Correo electrónico: secpal2013@barcelocongresos.com Referencia web: <http://www.secpal2013toledo.com>

Endocrinología

IDF-2013 World Diabetes Congress

Melburne. Australia. Fecha inicio: 02/12/2013. Fecha Fin: 06/12/2013. Secretaría Técnica: International Diabetes Federation (IDF).



Chaussée de la Hulpe 166 1170 Brussels. Belgium. Tel: +3 225 431 631. Fax: +3 224 030 830. Correo electrónico: wdc@idf.org Referencia web: <http://www.idf.org/worlddiabetescongress>

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes

Pamplona. Fecha inicio: 03/04/2014. Fecha Fin: 05/04/2014. GRUPO PACIFICO. Pº General Martínez Campos, 44 - 1º A-C. 28010 Madrid. Tel: 913 836 000. Fax: 913 023 926. Correo electrónico: info@sedpamplona2014.com Referencia web:



<http://sedpamplona2014.com/>

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/>



23rd Biannual International Congress on Thrombosis

Valencia. Fecha inicio: 14/05/2014. Fecha Fin: 17/05/2014. Secretaría Técnica: Grupo Geysco. C/ Universidad, 4. 46003 Valencia. Tel: 963 524 889. Fax: 963 942 558. Correo electrónico: mlt2014@geysco.es

Referencia web: <http://www.thrombosis2014.org/>

Reumatología

10º Congreso de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica

Granada. Fecha inicio: 14/11/2013. Fecha Fin: 16/11/2013. Secretaría Técnica: GRUPO PACIFICO. General Martínez Campos, 44, 1ª A y C. 28010 Madrid. Tel: 913 836 000. Fax: 913 023 926. Correo electrónico: serpe2013@pacifico-meetings.com Referencia web: <http://serpe2013.pacifico-meetings.com/>



Spiraxin®

(rifaximina-α)

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

Imagen en 2ª de cubierta

BAMA — GEVE

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

REPORTAJE

EN PORTADA

El Registro Nacional de Profesionales, ¿avance o foco de conflicto?



Conocer el número real de profesionales sanitarios, desglosados por especialidades, y no hacer todos los estudios de planificación profesional basados en estimaciones ya no es sólo una necesidad reclamada por los profesionales, es una exigencia europea. La nueva directiva europea transfronteriza incluye la necesidad de crear un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS), que por fin parece que verá la luz en 2014. El Ministerio trabaja ya de forma simultánea en un Real Decreto que regulará el mismo, mientras avanza en el sistema informático que recogerá los 21 ítems de cada uno de los profesionales sanitarios españoles. Si bien todos se muestran de acuerdo en el gran avance que supondrá este registro, el conflicto ha venido de la mano de colegios profesionales y comunidades autónomas a la hora de delimitar las competencias de cada uno y su papel como fuentes.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Pilar Román

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna:
"Guías de práctica clínica ¿Son útiles para los pacientes con varias enfermedades?"

Ángel 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"

José María Abellán

Profesor Titular de Universidad en la Universidad de Murcia. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales:
"Evaluación económica y eficiencia"

Alberto López Rocha

Presidente de SEMER:
"La gestión de los cuidados de salud"

ENTREVISTAS

Marta Trapero



Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud

Francisco José Martínez Amo

Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos



Virgili Páez



Responsable de Bibliosalut. Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud de las Islas Baleares

OTROS TEMAS

REPORTAJE



El nuevo sistema de precios de referencia

RADIOGRAFÍA



Manejo de las adicciones

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



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

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

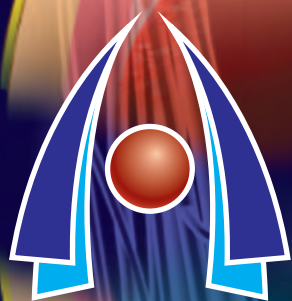
A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. **914 31 06 43** villanueva@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL

www.amaseguros.com 902 30 30 10



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



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas, Sulodexida (D.C.L.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinógenesis; inhibir el factor X activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.L.) 150 ULS; Excipientes: launilscosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinilla A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes. Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinilla A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Efectos secundarios:** No se ha presentado ningún tipo de efectos secundarios. **Incompatibilidades:** No se han descrito ningún tipo de incompatibilidades. **Posología:** Las pautas posológicas recomendadas son: 3 a 4 cápsulas al día, antes de las comidas, durante 35-40 días. **Intoxicación y su tratamiento:** No se conoce hasta la fecha ningún tipo de intoxicación a las dosis recomendadas. En caso de intoxicación voluntaria o accidental se recomienda un lavado de estómago y medicación antisintomática. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20*. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Titular de la Autorización de Comercialización:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona (España). **Presentación:** Envase con 60 cápsulas. **PVPiva:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 55.545. **Texto revisado:** Junio 1999.

BAMA - GEVE

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es - e-mail: laboratorio@bamageve.es - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92